



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo



INFORME PRELIMINAR

Envejecimiento y Derechos Humanos: su impacto en materia de políticas públicas

Con especial referencia a los cuidados, ingreso
y permanencia en establecimientos de larga estadía

Informe preliminar envejecimiento y derechos humanos



Mayo, 2021



INFORME PRELIMINAR

**ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS
HUMANOS**

**SU IMPACTO EN MATERIA DE
POLÍTICAS PÚBLICAS**

*Con especial referencia a los cuidados, ingreso y permanencia
en establecimientos de larga estadía*

Consejo Directivo de la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo

Dr. Juan Faroppa (Presidente)

Dra. Mariana Blengio Valdés

Dra. María Josefina Plá

Dra. Mariana Mota

Dr. Wilder Tayler

Elaboración del Informe

Elaboraron el presente informe Directora la Dra. Mariana Blengio Valdés y los integrantes del equipo técnico Dras.

Leticia Alcarraz y Gabriela Brunetto con la colaboración del Dr. Gianni Di Palma y la Lic. en Psic. Andrea Mazzei.

ISBN digital: 978-9915-9421-1-7

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	5
I. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN COMO REALIDAD SOCIAL A NIVEL MUNDIAL	7
II. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN URUGUAY	10
i. Porcentajes de personas mayores de 65 años en Uruguay	10
ii. Grupos y subgrupos entre mayores de 65 años	11
iii. Distribución según lugar de residencia:	11
Urbana y rural.....	11
Entorno o núcleo familiar y establecimientos de larga estadía	11
iv. Actividades desarrolladas por personas adultas mayores.....	12
v. Feminización de la vejez.....	12
vi. Cobertura de seguridad social.....	13
III. MARCO JURÍDICO SOBRE ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS HUMANOS.....	16
i. Normas constitucionales y estándares internacionales	16
ii. Legislación e institucionalidad en materia de envejecimiento en Uruguay	19
iii. Desarrollo normativo en materia de envejecimiento y establecimientos de larga estadía	19
iv. INMAYORES	23
IV. SITUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA	26
i. Relevamiento de INMAYORES, MIDES y aspectos sanitarios en los ELEPEM.....	30
Aspectos sanitarios. Fiscalización	31
ii. Requisitos para la habilitación de los ELEPEM	37
iii. Debilidades en el trámite de habilitación.....	39
iv. Aspectos particulares referidos al ingreso a ELEPEM	40
Situaciones especiales. Personas judicialmente declaradas <i>incapaces</i>	42
Situaciones especiales. Personas no declaradas <i>incapaces</i> , pero en «estado de confusión mental»	45
v. Egresos de los ELEPEM	46
vi. Suscripción del contrato de arrendamiento de servicios	47
vii. Escasa valoración del trabajo del/a cuidador/a.....	48

viii. Prestaciones sociales a la vejez	49
Pensión por vejez	49
Pensión por invalidez	50
Cupo cama	50
Atención integral.....	50
Apoyo de ONG sin fines de lucro	50
Programa de asistentes personales	51
Otras ayudas	51
V. La INDDHH y LOS ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA PERSONAS MAYORES (ELEPEM).....	52
i. Consideraciones generales.....	52
ii. Sistematización de denuncias y recomendaciones a los organismos estatales	52
iii. A modo de síntesis en materia de recomendaciones de la INDDHH.....	58
VI. CONCLUSIONES	60
i. Situación de personas mayores y su condición de vida.....	60
ii. Aspectos vinculados con la situación de los establecimientos de larga estadía en sus diferentes categorías.....	61
iii. Aspectos puntuales a evaluar, adecuar o promover en relación con la situación de los ELEPEM.....	63
VII. INTERÉS SUPERIOR DE LA VEJEZ.....	68

INTRODUCCIÓN

En el marco de las competencias de INDDHH y la Defensoría del Pueblo, atento a lo dispuesto en el artículo 4.º, inciso *f*, y en seguimiento de la resolución del Consejo Directivo de fecha 5 de mayo 2020, que aprobara la moción presentada por la directora Mariana Blengio Valdés,¹ se ha elaborado el siguiente informe titulado ***Envejecimiento y derechos humanos. Su impacto en materia de políticas públicas. Con especial referencia a los cuidados, ingreso y permanencia en establecimientos de larga estadía.***

El documento se elaboró a partir de un análisis que parte de la situación general del envejecimiento en el mundo y específicamente en el país. Sobre el punto se aborda la importancia de la elaboración y consolidación de políticas públicas con perspectiva de derechos humanos que apunten a comprender el envejecimiento y a erradicar conductas o acciones estereotipadas o estigmatizantes desde el punto de vista cultural y social, además de sanitario.

Se describen las normas de fuente nacional e internacional que regulan la temática, focalizándose en las que refieren a la atención y el cuidado de las personas que residen voluntaria o no voluntariamente en establecimientos de larga estadía.

Desde este enfoque general, marco del presente estudio, se analiza la situación y regulación legal de dichos establecimientos, vinculando el estudio con la realidad social de los residentes. Así también se formulan observaciones sobre debilidades del sistema y problemáticas que aluden a la realidad de posible desamparo de cierto grupo de mayores de edad.

Se incluye un capítulo en el que se sistematizan las diferentes resoluciones adoptadas por el Consejo Directivo de la INDDHH en el ámbito de la protección no jurisdiccional en relación con el tema desde el año 2017 a la fecha, basadas fundamentalmente en el procedimiento de denuncias previsto en la ley 18446.

Por último, se realizan algunas propuestas que apuntan a la proyección de la temática y tienen por objetivo contribuir al fortalecimiento de las políticas públicas en la materia, destacándose la existencia de una institucionalidad en Uruguay abocada a su elaboración y puesta en marcha, a los efectos de que redunde en una mayor protección de los derechos humanos de los adultos mayores.

1 Acta núm. 19/2020, de 5 de mayo 2020. La moción se fundó en la realización de un trabajo interdisciplinario e interáreas. En virtud de ella, se resolvió que se coordinara por la referida directora en un trabajo que se llevó adelante desde el área de Educación.

Acerca del punto de vista metodológico, el trabajo se inició en mayo de 2020, se realizaron entrevistas con diversos actores claves en la temática y se solicitó información a los organismos más involucrados. Así también, a diversas organizaciones de la sociedad civil que trabajan la temática, a la académica y otros actores involucrados.

I. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN COMO REALIDAD SOCIAL A NIVEL MUNDIAL

- Entre 2015 y 2050 casi se duplicará el porcentaje de población mundial mayor de 60 años, que pasará de 12 % a 22 %, y superará al de menores de 5 años.²

Datos estadísticos señalan que la esperanza de vida es mayor a 60 años, lo que implica en los hechos que las personas vivan más tiempo. Este fenómeno demográfico genera múltiples consecuencias y retos para garantizar el efectivo goce de los derechos humanos, tanto en el plano individual como social. Estos retos refieren, entre otros, a los vínculos comunitarios, sanitarios y de libertades individuales en el marco del interés general.

De acuerdo con las estimaciones de las Naciones Unidas, si la relación entre natalidad y mortalidad se mantiene como hasta ahora, en el año 2050, la población mayor de 60 años llegará al 28 % y la esperanza de vida, a los 82 años. Esto traerá importantes consecuencias en la ecuación entre las personas que necesitarán de cuidados personales y la cantidad que estén en condiciones de brindarlos.

A nivel mundial, el 60 % de la población mayor de 60 años son mujeres, y este porcentaje sube al 70 % en la población de más de 80 años (Naciones Unidas, 2017). Este dato revela la importancia de una dimensión de género al tratar el tema del envejecimiento, ya que en nuestro país se da lo que se conoce como *feminización de la vejez*, cuanto más avanzada es la edad, mayor el porcentaje de personas del sexo femenino que alcanzan a la vejez.

El envejecimiento es una realidad social que en muchos casos no se ha logrado visibilizar desde una perspectiva de derechos humanos. En función de ello, el gran desafío de las sociedades actuales radica en afrontar el fenómeno del envejecimiento desde una perspectiva integral y holística que se nutra de la perspectiva de los derechos humanos. Lo cual, una vez asumido como sustancial, debe derivar en la elaboración o el ajuste de políticas públicas que promuevan el goce de los derechos humanos de la población mayor a 65 años.

Sobre el punto, conviene precisar algunos aspectos vinculados con la temática de fondo: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en informe al que nos remitimos, no existe una persona adulta mayor «típica».

Con el transcurso del tiempo, aunque con algunas excepciones, la figura de la

2 OMS (2018): *Envejecimiento y salud*. Disponible en: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,y%20finalmente%20a%20la%20muerte>>.

persona mayor en años o «anciano/a», de enorme importancia en otras culturas originarias, ha dado lugar a un proceso de estigmatización que, en muchos casos, ha llevado a la consideración de lo que en la actualidad se entiende por «edadismo» o «actitudes y acciones peyorativas que vienen a marginar y excluir a la persona mayor».

Este fenómeno mundial, recogido y visibilizado por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de los Estados Americanos (OEA), entre otros, ha determinado la necesidad de que se protejan estas franjas etarias de las consecuencias de acciones que puedan vulnerar sus derechos o del fenómeno de la invisibilidad. De ahí el consenso internacional en la aprobación de tratados internacionales como la Convención Interamericana sobre la protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la que fuera adoptada por nuestro país en 2016, por ley 19430. En los hechos, esta convención hace que se atienda al ser humano mayor de 60 años en su especificidad, fortaleciendo sus particularidades como sujeto de derecho y promoviendo el goce de derechos y libertades en lo individual y social.

En función de lo expuesto y con el objetivo de erradicar acciones que vulneren el goce de los derechos, la puesta en marcha de políticas públicas debe ser integral a fin de atender las enormes diferencias en las necesidades de las personas de edad avanzada, muy diferentes a las de la niñez, adolescencia y juventud, entre otras franjas etarias. Y eso debe luego traducirse en medidas que aseguren la convivencia y la organización social.

En tal sentido, conviene subrayar que resulta prioritario erradicar los estereotipos obsoletos y discriminatorios de las personas adultas mayores. Por ejemplo, dar por supuesto que la población de edad avanzada es, por defecto, frágil, dependiente y, en definitiva, una carga para la sociedad. Y en ese marco, basado en la erradicación de estereotipos o estigmatizaciones, se vuelve necesario labrar políticas acordes con las tendencias actuales y futuras, en consideración de los cambios demográficos.

Múltiples factores influyen en el envejecimiento y la inactividad. Por su parte, la reducción o eliminación de oportunidades —que pueden incluso observarse en prácticas cotidianas— no son positivas, sino que acentúan la inactividad y la dependencia.

Es necesario comprender el envejecimiento para dar base a las políticas públicas. Esto supone asumir que «los cambios no son lineales ni uniformes y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Además de los cambios biológicos, al envejecimiento también se asocia otras consecuencias de tipo social o comunitario, como puede ser la jubilación, la muerte de amigos familiares, el traslado a viviendas más seguras para la movilidad, entre otras».³

³ *Ibidem.*

En este marco emergen, entonces, las obligaciones del Estado al momento de determinar normas de convivencia que sienten la base para sólidas políticas públicas. Debiendo el Estado a través de sus organismos procurar y reforzar la adaptación y crecimiento sicosocial y comunitario de las personas adultas mayores de 65 años. Las políticas públicas deben orientarse a la adaptación de toda la sociedad al paulatino envejecimiento, enfocándolo de forma activa y adaptando la sociedad toda a dicho fenómeno social, esto es: que las personas viven más tiempo.

Las bases ético–jurídicas para asumir el problema existen. Así lo constatan las normas de fuente interna como internacional que aluden al tema en forma específica y han avanzado en su abordaje, partiendo de la propia Constitución de la República. Sin perjuicio de ello, es necesario evaluar su aplicación práctica para tomar conciencia de una situación que sigue siendo tabú y marcadamente estigmatizada.

II. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN EN URUGUAY

Desde principios del siglo XX, nuestro país comenzó un proceso de envejecimiento de la población en forma acorde con lo que sucede en el mundo. Uruguay se caracteriza por la longevidad de su población y en este sentido ocupa, junto con Cuba, el primer lugar en Latinoamérica. La esperanza de vida sigue en aumento y es una de las más altas de la región, alcanzando los 77 años en el período que comprende de 2010 a 2015.

Si analizamos la longevidad de la población, con la alta esperanza de vida, y agregamos el bajo índice de nacimientos de nuestro país, donde la tasa de fecundidad en el año 2000 era de 2,23 y en el 2004, de 2,08, previéndose su descenso en 2020, vemos cómo la población de Uruguay es claramente envejecida y esta realidad va acentuándose paulatinamente.⁴

i. Porcentajes de personas mayores de 65 años en Uruguay

Siguiendo los datos del último censo, si bien existen ciertas diferencias en las distintas zonas del país, según lo relevado en este, el 14 % de la población tiene más de 64 años. Sin perjuicio de ello, en tanto el censo es de 2011, la tendencia al envejecimiento de la población sigue en aumento y, según datos más cercanos, el 19.5 % de la población del país es mayor de 60 años. El grupo de 80 años y más es el que presenta un crecimiento más acelerado, estimando un número aproximado de 137.996 personas de esta franja, de las cuales 45.296 son hombres y 92.771 son mujeres.⁵

Se estima que hacia el año 2050, la población de adultos mayores se acrecentará en relación con la población total. En números absolutos se estima que la población actual de 65 años y más casi se duplicará, previéndose en algunos estudios que el 29 % tendrán 80 años y más de edad. La actual relación entre la población joven (menores de 15 años) y la adulta mayor, es decir, el índice de renovación de la estructura por edades, que es de 2 a 1, pasará a ser en el 2050 de 1 a 1, con lo cual los adultos mayores igualarán numéricamente a los jóvenes.⁶

4 Scardino, A. (2007): *El envejecimiento poblacional y sus implicancias*. Disponible en: <<https://www.bps.gub.uy/bps/file/1669/1/el-envejecimiento-poblacional-y-sus-implicancias.-a.-scardino.pdf> al 6/04/2021>.

5 Llado, M. y R. Pérez (Coords.) (2016): *Atlas Sociodemográfico de la desigualdad en Uruguay. Envejecimiento y personas mayores en Uruguay*. Disponible en: <<https://www.ine.gub.uy/documents/10181/34017/Atlas+Fasciculo+7/#:~:text=1%20aspectos%20sociodemogr%C3%A1ficos-,del%20envejecimiento%20poblacional,personas%20superan%20los%20100%20a%C3%B1os>>.

6 Damonte, A. M. (1999): *Uruguay: envejecimiento demográfico y salud. Características generales de la población adulta mayor*. Consultora de la Oficina de CEPAL en Montevideo. Disponible en: <<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/cepal-uruguayenvej-01.pdf>>, información al 6/4/2021.

ii. Grupos y subgrupos entre mayores de 65 años

Comprendidos dentro del grupo de los adultos mayores, cabe distinguir dos grupos con características diferentes: por un lado, la población entre 65 y 84 años de edad y, por otro, los mayores de 85 años.

En el primer grupo se encuentran personas con mayor grado de autonomía, independencia, integración social y actividad, incluso algunos vinculados con el mercado del trabajo.

Mientras que los mayores de 85 años de edad conforman un grupo de personas con mayores problemas de salud, menor interacción social y con mayor grado de dependencia y necesidad de cuidados especiales.

iii. Distribución según lugar de residencia

Urbana y rural

El 87 % de los adultos mayores viven en zonas urbanas, entendiéndose por tales poblaciones de más de 10 000 habitantes; el 7 % viven en zonas rurales y el 6 %, en intermedias, entendiéndose por estas las poblaciones de entre 2500 a 9999 habitantes. Los departamentos con mayor proporción de adultos mayores son Rocha, Flores, Florida, Lavalleja, Montevideo, mientras que los que tienen menor cantidad de población de esa franja etaria son Artigas, Maldonado, Salto, Rivera y Río Negro.

Entorno o núcleo familiar y establecimientos de larga estadía

Considerando el lugar de residencia, el 97 % de las personas mayores de 65 años viven en casas de familia, mientras que el 3 % comprende el porcentaje que mayoritariamente vive en establecimientos de larga estadía (Llado, M. y R. Pérez).

a. Vida familiar:

Cabe destacar que dentro de las personas mayores que viven en casas de familia, el 34,22 % lo hace en hogares unipersonales, el 23,47 % vive en pareja sin hijos, el 6,50 % en familias biparentales con hijos de ambos, el 0,74 % en familias biparentales con al menos un hijo de uno, el 7,35 % en familias monoparentales, el 24,70 % viven en hogares extendidos. De lo mencionado se desprende que la tercera parte de este colectivo vive solo.

Debe valorarse la alta probabilidad de que exista un subregistro de personas institucionalizadas entre las personas mayores que figuran viviendo en familias, debido a la existencia de una diversidad de residentes por fuera de la regulación

o en situaciones irregulares, así como de los llamados Servicios de Integración Familiar (SIF), que funcionan sin la correspondiente habilitación, muchos de ellos sin respetar los requisitos que deben cumplir para su desempeño, como se verá más adelante.

iv. Actividades desarrolladas por personas adultas mayores

En lo que respecta a las actividades desarrolladas por los mayores de 65 años, en nuestro país el 19,79 % trabaja, siendo 27,62 % varones y 13,72 %, mujeres. Esta continuidad refleja múltiples problemas económicos a enfrentar. Quienes más continúan trabajando son las personas que pertenecen a los sectores socioeconómicos más bajos y el 21 % de las personas que continúan trabajando lo hacen a pesar de haberse jubilado, lo que puede demostrar, en muchos casos, la insuficiencia de sus haberes jubilatorios para cubrir el presupuesto de una vida digna, al mismo tiempo que, en numerosos casos, deben estar en condiciones físicas e intelectuales para seguir activos durante algunos años más.

En Uruguay, un gran número de mujeres mayores de edad no han realizado actividad laboral remunerada a lo largo de su vida, por haberse dedicado a los trabajos del hogar y cuidado de hijos y/o familiares, o si trabajaron fuera de la casa, un gran porcentaje lo hizo en muchos casos de manera no formal, o a medio horario, o ingresó con más años al mercado laboral, así como debe también tomarse en cuenta que las remuneraciones de los varones, por lo general, han sido mayores que las de las mujeres, por lo que existe una importante población de este colectivo (mujeres mayores de 65 años) cuyos ingresos son muy magros: bajas jubilaciones o tan solo pensiones a la vejez.

v. Feminización de la vejez

Según el *Atlas Sociodemográfico de la desigualdad en Uruguay*, «el país viene atravesando un creciente proceso de sobre envejecimiento a partir de la expansión del peso relativo de personas mayores de 84 años en el total de personas mayores. Por otra parte la mayor esperanza de vida de las mujeres respecto a los varones (tanto al nacer como a los 65 años y más) se traduce en un proceso de feminización de la vejez» (op. cit.: p. 11).

Siendo nuestro Uruguay un país altamente envejecido, la carga de feminización de la vejez es —como muestran los datos— de destacar. A su vez, la prevalencia es de mujeres solas, caucásicas de entre 65 y 85 años (op. cit.: pp. 22 y 23).

La oportunidad de políticas públicas específicas para dicha población es notoria. Del estudio armónico de disposiciones específicas relativas a los derechos de las personas adultas mayores de edad y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se destaca: «[...] el compromiso de los Estados Partes en asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales». En tal sentido, el Comité DESC considera que «los Estados Partes deberían prestar atención a las mujeres de edad avanzada que, por haber dedicado toda, o parte de su vida, a cuidar de su familia, sin haber desarrollado una actividad productiva que les haga acreedoras a percibir una pensión de vejez, o que no tengan tampoco derecho a percibir pensiones de vejez, se encuentren en situaciones críticas de desamparo».⁷

Pensando la variable género como una categoría que tiene que ver con mucho más que con las atribuciones sociales en relación con lo esperado de la identidad femenina y masculina y, en ese sentido, sin duda con mucho más que las modalidades vinculares de parejas (lo que reduciría el fenómeno a lo relacionado con la vida emocional y muchas veces familiar dejando de lado el ámbito público, político y académico), es pertinente focalizar en la inequidad estructural que conlleva el ser mujer y la feminización de la vejez.

El impacto de la inequidad basada en género acompaña a las mujeres a lo largo de todo su curso de vida. Las posibilidades de desarrollo profesional, inserción laboral (atravesada por la carga de responsabilidad por los cuidados familiares), obtener una remuneración en relación a la carga laboral (intra y extrahogar), las divisiones del trabajo según el género, van marcando una trayectoria en relación con los ingresos que, a la hora de lo que se percibe por pensiones y/o jubilaciones en la vejez, generan en los ingresos de las mujeres una diferencia que es imperioso tener en cuenta.

vi. Cobertura de seguridad social

«La cobertura de seguridad social es alta en Uruguay: en 2014 el 83,8 % de los varones mayores y el 62,2 % de las mujeres cobraba una jubilación, siendo la proporción aún superior en el tramo etario de 80 y más años. La cantidad de mujeres que cobra

7 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (1995): *Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores: 08/12/95*, CESCR OBSERVACIÓN GENERAL N.º 6 (General comments), 13.º período de sesiones (1995), disponible en: <<https://www.acnur.org/fileadmin/documentos/bdl/2005/3592.pdf?view=1>>, p. 5.

pensión es muy superior a la de los varones, cuyo porcentaje es menor al 8 %. Esto es negativo para ellas, porque habla de menores ingresos y menos derechos.»⁸

Entre los mayores de 60 años, este porcentaje asciende al 8 %. Nuevamente, las diferencias de género son notorias: mientras que un 12 % de las mujeres mayores de 60 años dice haberse jubilado para tener más tiempo para dedicarle al cuidado de personas, solo el 2 % de los hombres en este grupo etario se jubiló por las mismas razones.

Estas cifras ponen de relevancia la importancia de la dimensión y perspectiva de género en el área de cuidados. En este sentido, las mujeres se encuentran en una situación de particular vulnerabilidad en cuanto a los servicios de apoyo a largo plazo se refiere: por un lado, son quienes tradicionalmente han asumido el rol de cuidadoras; por otro lado, son quienes más probabilidades tienen de caer en situación de dependencia funcional, al ser más longevas y, además, experimentar peores condiciones de salud que los hombres.⁹

El Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (ECOSOC, 1997) definió el concepto de la transversalización de la perspectiva de género, que consideramos de interés relevar:

«Transversalizar la perspectiva de género es el proceso de valorar las implicaciones que tiene para los hombres y para las mujeres cualquier acción que se planifique, ya se trate de legislación, políticas o programas, en todas las áreas y en todos los niveles. Es una estrategia para conseguir que las preocupaciones y experiencias de las mujeres, al igual que las de los hombres, sean parte integrante en la elaboración, puesta en marcha, control y evaluación de las políticas y de los programas en todas las esferas políticas, económicas y sociales, de manera que las mujeres y los hombres puedan beneficiarse de ellos igualmente y no se perpetúe la desigualdad. El objetivo final de la integración es conseguir la igualdad de los géneros».¹⁰

La categoría género y lo que conlleva como producida y productora de subjetividad, sin dudas, se manifiesta con claridad en las expresiones más básicas de la posibilidad de una vida digna de las personas mayores en nuestro país: salud, protección social, ingresos, vida digna, recreación, vivienda, entre otros.

«En efecto las mujeres registran una esperanza de vida mayor que los varones con

8 Nota de prensa. Disponible en: <<https://www.republica.com.uy/avanza-la-feminizacion/>>, consultado en 2/10/20.

9 Aranco, N. y R. Sorio (2020): *Panorama de envejecimiento y Atención a la Dependencia en Uruguay*. Disponible en: <<https://eurosocial.eu/biblioteca/doc/panorama-de-envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-uruguay/>>, consultado en 2/8/20, p. 52.

10 OIT (s./d.): «Definición de la transversalización de la perspectiva de género». Disponible en: <<https://www.ilo.org/public/spanish/bureau/gender/newsite2002/about/defin.htm>>, consultado en 2/10/20.

una diferencia que se ubica en los seis o siete años de edad. En tanto que una mujer que nacía en Uruguay a mediados del siglo pasado registraba un promedio de 69 años por vivir —siendo este guarismo de seis años menos para los varones— actualmente esa cifra se supera en diez años y alcanzará los 78 y 85 años para los que nacerán a mitad de este siglo».¹¹

«En el caso de Uruguay, las principales tendencias en relación a los arreglos de convivencia en la vejez son las siguientes: A medida que aumenta la edad (en la vejez) las personas pasan a vivir en hogares unipersonales dejando los hogares nucleares. Dicho proceso se da de forma diferente entre hombres y mujeres, las mujeres duplican a los hombres en los hogares unipersonales. Los hogares nucleares descienden para las mujeres en mayor medida que para los hombres. Se constata mayor presencia de mujeres en hogares extendidos».¹²

«Hay grandes diferencias de género en lo que refiere a esta caracterización, en particular las mujeres están más solas que los hombres y también conforman en gran medida el sector más vulnerable en la vejez.»¹³

La soledad es un elemento de relevancia al considerar el envejecimiento, como un indicador de especial vulnerabilidad; no solo por la necesidad de cuidados especiales en casos de dependencia física, sino también por las consecuencias psicológicas, emocionales y por la posibilidad de ser sujetos pasivos de abuso físico, emocional y económico.

11 Paredes, M., M. Llado, M. Carbajal y F. Berriel (2013): *La sociedad uruguaya frente al envejecimiento de su población*, Montevideo: Universidad de la República- CSIC, Bibliotecaplural, p. 59.

12 Monteiro, L. y M. Paredes: *Arreglos de convivencia en la vejez en Uruguay: perfiles específicos para una política de cuidados*. Disponible en: <<https://observatorioenvejecimiento.psico.edu.uy/>>, consultado el 16/09/20, p. 136.

13 *Ibidem*, p. 140.

III. MARCO JURÍDICO SOBRE ENVEJECIMIENTO Y DERECHOS HUMANOS

i. Normas constitucionales y estándares internacionales

Partiendo de las consideraciones generales que hemos realizado sobre el envejecimiento y los derechos humanos, debemos considerar que el marco normativo comprende las disposiciones constitucionales y de fuente internacional que regulan a este colectivo y que, en su conjunto, establecen determinados estándares de reconocimiento y protección de sus derechos, tanto de las personas adultas mayores institucionalizadas como de las que no lo están.

Nuestra Constitución, en su artículo 7.º, reconoce el derecho a la vida, honor, libertad, trabajo y propiedad de todos los habitantes. El artículo 8.º reconoce el derecho y principio de igualdad. El artículo 67.º establece los derechos que devienen de la seguridad social, jubilación, seguros por accidentes enfermedad desocupación forzosa y la pensión a la vejez. Dos de las cuatro reformas parciales que se realizaron de la Constitución vigente (1967) a la fecha refirieron a aspectos vinculados con la seguridad social. En 1989, la ampliación de la normativa referida al derecho a la seguridad social (artículo 67.º, incisos 2.º y 3.º) y en 1994 la anulación de las leyes violatorias de éste en sede de disposiciones transitorias y especiales (artículo 2.º, letra V).

Los derechos fundamentales de las personas adultas mayores en Uruguay están garantizados en la Constitución, no como temática o abordaje de regulación específico de este colectivo, salvo en lo que refiere al derecho a la pensión por vejez. En una futura reforma constitucional se considera ampliamente conveniente y necesario introducir aspectos que refieran al envejecimiento atendiendo al grupo etario en su especificidad.

En el derecho internacional de los derechos humanos, la temática relativa al envejecimiento y los derechos de las personas de más edad son objeto de preocupación de las Naciones Unidas desde hace décadas. Se trata de una temática recurrente en lo que refiere a las acciones internacionales aunque aún no exista un tratado en el sistema universal que se aboque a este grupo en forma específica, como sí existe en materia de niñez desde fines de la década del 80.

En función de lo expresado, resulta ilustrativo constar que el Consejo Económico y Social de la ONU, en 1989, realizó un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y, en sesión del 16 de diciembre de 1991, aprobó los *Principios de las Naciones Unidas*

en Favor de las Personas de edad. Dicho documento es el resultado de la toma de conciencia de la comunidad internacional, del proceso de creciente envejecimiento que se viene desarrollando a nivel de la población mundial, y da cuenta de la necesidad de una base y marco de referencia común para la protección y promoción de los derechos de las personas de edad, incluyendo la necesidad de considerar lo que este colectivo podía contribuir a la sociedad.

Estos principios exhortan a los Estados miembros de las Naciones Unidas a incorporarlos en sus programas nacionales, legislación y políticas públicas. En estos principios se establece el derecho a la participación y asociación; al trabajo y a decidir cuándo dejar de realizar actividades laborales; el derecho a recibir educación; el derecho a residir en su domicilio por tanto tiempo como sea posible, y el respeto de sus derechos cuando estos deben residir en instituciones que les brinden cuidados o tratamientos, respetando su dignidad, creencias, e intimidad, así como a poder adoptar sus decisiones sobre su cuidado y calidad de su vida.

Por su parte, organismos como la OMS trabajan con énfasis el envejecimiento y su vínculo con la salud, concebida esta como un derecho inclusivo determinado y determinante de la condición de vida. Como hemos señalado, según la OMS, en informe sobre Envejecimiento y Salud, se constata que no existe una persona mayor «típica». La figura de la persona mayor en años o «anciano/a», de enorme importancia en otras culturas originarias, ha dado lugar con el transcurso del tiempo, aunque con algunas excepciones, a un proceso de estigmatización. Este fenómeno, que conlleva discriminación basada en la edad, en muchos casos ha llevado a la consideración de lo que en la actualidad se entiende por «edadismo». Se entiende por tal concepto las «actitudes y acciones peyorativas que vienen a marginar y excluir a la persona mayor». Este fenómeno que obliga a comprender y valorizar el envejecimiento es objeto de múltiples análisis internacionales, fomentados por las cifras de longevidad que antes reseñamos, así como también por la baja de la natalidad a la que se hizo referencia.

En relación con el envejecimiento saludable, la Asamblea General de la ONU declaró el pasado 14 de diciembre que el período 2021-2030 será la Década del Envejecimiento Saludable en respaldo a lo promovido por la OMS. Se apunta a cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos con respeto a la edad y el envejecimiento.¹⁴

En lo regional, la OEA suscribió en Washington el 15 de junio de 2015 la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, que fue ratificada por nuestro país por la ley 19430, del 8 de setiembre de 2016. El tratado define «discriminación por edad en la vejez», señalando que se trata

14 MIDES (2020): *Decenio del Envejecimiento saludable*. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/comunicados/decenio-del-envejecimiento-saludable>>.

de «cualquier distinción, exclusión o restricción basada en la edad que tenga como objeto o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social o cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada». Sobre «envejecimiento», señala que se trata de un «proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, sicosociales y funcionales de variadas consecuencias, las cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre el sujeto y su medio».¹⁵

Este tratado internacional del sistema de protección interamericano establece determinados estándares internacionales de respeto a los derechos humanos, basados en ciertos principios que constituyen el eje central del instrumento y sobre la base de los cuales todos los Estados signatarios deben adaptar su legislación y políticas públicas para su cumplimiento.

Estos principios son el de igualdad y no discriminación; la equidad de género, el respeto a la autonomía, libertad y autodeterminación, el derecho a la participación e inclusión en la sociedad.

El espíritu de la Convención establece un nuevo paradigma respecto de la concepción social del envejecimiento, definiendo que debe ser «activo y saludable», entendiendo que la persona mayor tiene el derecho de participar en la vida social, económica y cultural, lo que, además de ampliar la esperanza de vida saludable, permite así su contribución en la vida familiar y social, reconociendo que son sujetos que aportan a la sociedad tanto en lo cultural, social como económico.

El nuevo paradigma impone una valorización de este colectivo por el Estado y la sociedad, lo que supone también cambios culturales y la supresión de estereotipos y prejuicios que existen en nuestra cultura, que asocian a la vejez con la pérdida de habilidades motrices, cognitivas y sociales, por el solo hecho del transcurso del tiempo.

Supone también distinguir entre discapacidad y dependencia, comprender que un sujeto puede requerir asistencia para su vida cotidiana sin que esto suponga su discapacidad intelectual que le impida ejercer su autonomía y el poder de decisión en los actos que afectan su vida.

El respeto a la intimidad, su autonomía y libertad constituyen conceptos básicos para entender el derecho a una vida digna de la persona mayor.

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

ii. Legislación e institucionalidad en materia de envejecimiento en Uruguay

El proceso de elaboración y aprobación de normas vinculadas a personas de un rango etario de 65 o más ha sido paulatino en nuestro ordenamiento jurídico en las últimas décadas. Lo que va en consonancia con los datos antes relacionados de aumento del envejecimiento de la población y los estándares internacionales antes reseñados.

En cuanto a la institucionalidad, si bien en un comienzo se atiende fundamentalmente al rol del Ministerio de Salud Pública (MSP) como órgano clave en el abordaje de la vejez, paulatinamente se va incorporando una mirada más amplia integrada por otros actores del ámbito estatal hasta llegar a la creación de un Instituto específicamente abocado a la temática (INMAYORES) en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), tal cual se verá. Esta institucionalidad asimismo condice con la perspectiva amplia e integradora de la perspectiva de derechos en materia de envejecimiento.

Debe señalarse que las normas nacionales reciben, además, el impulso de otras de fuente internacional, como por ejemplo la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, adoptada por nuestro país en 2016 por ley 19430, como se ha señalado antes. Esta convención, que se incorpora en nuestro ordenamiento jurídico como norma autoejecutable, promueve la protección del goce de derechos y libertades a todos los seres humanos mayores de 60 años en su especificidad, fortaleciendo sus particularidades como sujetos de derecho y promoviendo el goce de derechos y libertades en lo individual y social. El tratado introduce aspectos especialmente relevantes en relación con la libertad y autodeterminación de las personas mayores de 60, su salud y bienestar sicofísico, su educación, vivienda y otros derechos en un abordaje integral que apunta a atender esta franja etaria en función de la indivisibilidad e interdependencia de derechos.

iii. Desarrollo normativo en materia de envejecimiento y establecimientos de larga estadía

La problemática vinculada al régimen de establecimientos que alojan personas mayores fue objeto de regulación en 1998 (ley 17066), seis años antes de la adopción de la ley de promoción integral de los adultos mayores (ley 17796), lo que ilustra una preocupación puntual en la temática amplia del envejecimiento.

En **1998, se sancionó la ley 17066**,¹⁶ que atiende al régimen de los establecimientos privados que alojan adultos mayores. En el primer capítulo se estableció la competencia del Poder Ejecutivo para determinar la política general en materia de ancianidad. En el primer artículo se dispuso que el MSP, en el ejercicio de sus competencias, ejecute políticas específicas correspondientes y coordine su aplicación con otras instituciones públicas. Determinó que se entiende por *adulto mayor* a toda persona que haya cumplido 65 años. En este punto la normativa interna se mantiene sin cambios mientras que la convención interamericana antes reseñada la sitúa en los 60 años.

En su segundo capítulo, la ley 17066 clasificó los establecimientos que alojan personas mayores (artículo 2.do). Los establecimientos privados a los que refiere la ley son todos aquellos que ofrecen a adultos mayores vivienda permanente o transitoria, así como alimentación y otros servicios de acuerdo con el estado de salud de los beneficiarios.

Estableció el concepto de **HOGARES** en su artículo 3.^o: «aquellos que sin perseguir fines de lucro ofrezcan vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores».

Definió en el artículo 4.^o el concepto de **RESIDENCIAS**, aquellos «establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrica gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación».

Previó la existencia de los **CENTROS DIURNOS Y REFUGIOS NOCTURNOS**, definidos como aquellos establecimientos privados con o sin fines de lucro que brinden alojamiento en horario parcial, ofreciendo servicios de corta estadía, recreación, alimentación, higiene y atención sicosocial (artículo 5.^o).

Por último, reguló lo relativo a los **SERVICIOS DE INSERCIÓN FAMILIAR (SIF)**: «ofrecidos por un grupo familiar que alberga en su vivienda a personas mayores autoválidas en número no superior a tres, no incluyendo aquellas a las que se deben obligaciones alimentarias. Para brindar este servicio, deberán operar como núcleo familiar continente, estar dotadas de sólidas condiciones morales y estabilidad, procurando el desarrollo de la vida del adulto mayor con salud y bienestar» (artículo 6.^o).

La ley previó que la habilitación de todos estos establecimientos deberá contar con la habilitación del MSP e inscripción en el Registro Único Nacional, dependiente de dicho ministerio, que tendrá a su cargo el control de dichos establecimientos.

En **2004, se sancionó la ley 17796**,¹⁷ que atiende la promoción integral de las

16 Ley 17066, disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17066-1998>>.

17 Ley 17796, disponible en: <<https://legislativo.parlamento.gub.uy/temporales/leytemp5065453.htm>>.

personas que tengan 65 años y residencia permanente o fehacientemente demostrable en el país, independientemente de la nacionalidad o ciudadanía.

Su segundo artículo ofrece una declaración de derechos que comprende tanto civiles como económicos y sociales, esto es, lo vinculado con la vida, la integridad física, la salud, la educación, la libertad y otros aspectos que hagan posible la integración activa en la familia y en la comunidad, el goce de un trato digno y sin ninguna discriminación en todos los órdenes de la vida. Dentro de los aspectos a considerarse en relación con su atención integral, se dividen aquellos vinculados con: a) la salud, garantizando su atención sanitaria en forma holística; b) la integración social y las condiciones de vida, garantizando la participación activa mediante estímulos económicos y la eliminación de barreras arquitectónicas y edilicias, el acceso al sistema educativo, y previéndose la necesidad de introducir en la política habitacional normas que garanticen al adulto mayor el acceso a una vivienda decorosa y digna, costo reducido y un ambiente agradable y seguro; c) asesoramiento y protección legal, con el fin de garantizarlo especialmente si ha sido víctima de discriminación o violencia; y d) Seguridad social.

La norma fue derogada en **2009, por la ley 18617**,¹⁸ que creó el INMAYORES en la órbita del MIDES. Al instituto le compete la promoción integral de las personas adultas mayores y la planificación, diseño, ejecución y evaluación de políticas nacionales relativas a dicha población, sin perjuicio de la coordinación institucional en el ámbito del Poder Ejecutivo y el vínculo con la sociedad civil. En relación con tal coordinación, el tercer artículo de la ley 18617 creó un consejo consultivo integrado por el MSP, el Banco de Previsión Social (BPS), la Cátedra de Geriátrica de la Facultad de Medicina, el Congreso de Intendentes y tres organizaciones de la sociedad civil. Este organismo tiene como competencia la promoción integral de las personas adultas mayores con residencia permanente en Uruguay sin perjuicio de su nacionalidad o ciudadanía. Al igual que la anterior ley, prevé la edad en 65 años.

Dentro de sus competencias está la regulación social de los establecimientos de larga estadía para personas mayores, así como contribuir a la protección de los derechos de las personas mayores que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad, abuso y/o maltrato. El cuarto artículo establece dentro de sus principios rectores el de «colaborar con el MSP fijando las bases sobre las cuales este controlará las condiciones básicas de funcionamiento de los establecimientos de atención, inserción familiar y residencia del adulto mayor, sean públicos o privados». También prevé, en el décimo inciso, «incluir en las políticas habitacionales nacionales normas que garanticen el acceso a una solución habitacional digna y decorosa, de costos accesibles y de ambientes agradables y seguros con destino a adultos mayores, incluyendo aquellos

18 Ley 18617. Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18617-2009/2>>.

que padecen de diversos grados de pérdida de autonomía y discapacidad». El undécimo inciso establece que debe promoverse «la capacitación en prevención de la violencia hacia el adulto mayor, tanto en la comunidad como en el ámbito doméstico, haciendo conocer sus derechos legales al respecto».

En **2015 se aprobó la ley 19353**,¹⁹ que crea el Sistema Nacional Integral de Cuidados, declarándose de interés general la universalización de los cuidados a las personas en situación de dependencia.

Resulta de interés reseñar la definición que se introduce en sede legal (tercer artículo, inciso *a*). Se entiende por *cuidados*, «las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es tanto un derecho como una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, la atención y asistencia a las personas dependientes». Por *dependencia* se entiende «el estado en que se encuentran las personas que requieren de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas y satisfacer necesidades a la vida diaria».

Dentro del ámbito de aplicación de esta ley, encontramos que son titulares las personas mayores de 65 años que carecen de autonomía para desarrollar las actividades y atender por sí mismas sus necesidades básicas de la vida diaria.

El **decreto 356/2016, con fecha 7 de noviembre de 2016**,²⁰ reglamenta la regulación, habilitación y fiscalización que ofrezcan servicios de cuidados a personas mayores. El ámbito objetivo aplica a los establecimientos públicos y privados que en forma permanente o transitoria brinden cuidados a personas mayores, tales como alojamiento, alimentación y otras prestaciones sociales y sanitarias además de los comprendidos en los servicios de cuidados residenciales del Sistema de Cuidados. Quedan excluidos centros diurnos, refugios nocturnos y SIF.

Comprende a personas mayores de 65 años sin perjuicio de que pueda ampliarse en función el estado social o sicofísico que lo justifique. Quedan excluidos de esta posibilidad las personas con trastornos psiquiátricos severos o consumo problemático de drogas y o alcohol.

Compete al MSP regular, habilitar y fiscalizar según criterios geriátricos–gerontológicos a los establecimientos y evaluar el cumplimiento de las condiciones sanitarias. Por su parte, compete al MIDES regular y fiscalizar en materia social. Será responsabilidad de la Secretaría Nacional de Cuidados validar las competencias de las personas que trabajan en estos establecimientos e inscribirlos en un Registro Nacional de Cuidados. Por su

19 Ley 19353. Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19353-2015>>.

20 Decreto 356/2016. Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/356-2016>>.

parte, el MIDES emitirá un certificado social y fiscalizará el respeto de los derechos de los usuarios. Este certificado es condición previa para el otorgamiento de la habilitación que debe otorgar el MSP.

Todos los establecimientos deben estar inscriptos en el Registro que establece la ley 17066 y 19355 (artículo 518.^{vo}).

El decreto regula aspectos formales y de fondo, relativos a las condiciones que deben tener los establecimientos y múltiples aspectos vinculados con el ingreso y otros detalles.

Este decreto se complementa con la promulgación por parte del MSP de las **Ordenanzas 483/2017²¹ y 1032/2019.²²** Ambas incorporan herramientas vinculadas con el consentimiento informado y los usuarios, generando referencias y marcos de interpretación en materia de recursos humanos a cargo y las condiciones en las cuales se pueden admitir personas menores de 65 años.

iv. INMAYORES

Como puede apreciarse, los principios rectores del INMAYORES, órgano que se crea en articulación con otros del Poder Ejecutivo y en vínculo con la sociedad civil, vinculan claramente a la perspectiva integral que ha de primar en las políticas de envejecimiento articulando no solo con aspectos sanitarios, también sociales y educativos.

El MIDES, a través de INMAYORES, desarrolla tareas vinculadas con la temática específica de regulación de los establecimientos y concretamente en la División de Regulación de dicho instituto. La referida División tiene entre sus cometidos la regulación y fiscalización en materia social de establecimientos de cuidados de larga estadía para personas mayores procurando garantizar las condiciones que permitan el pleno ejercicio de derechos de las personas mayores que allí residen. Pero esta no es la única competencia del Instituto que se ocupa, en general, de las políticas de envejecimiento, dividiendo su trabajo en cuatro áreas:

- División de Regulación: regula y fiscaliza en materia social los Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM).
- División de Acciones Estratégicas: atiende la protección de los derechos de las personas mayores que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad, abuso y/o maltrato.
- División de Articulación y Participación: gestiona la descentralización y el despliegue territorial de las líneas de trabajo llevadas adelante por el instituto.

21 Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/normativa/ordenanza-n-483017-ordenanza-483-2017>>.

22 Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/normativa/ordenanza-n-1032019-ordenanza-1032-2019>>.

- División de Fortalecimiento y Estudios sobre Envejecimiento y Vejez: aporta al desarrollo del conocimiento y de marcos conceptuales sobre los derechos humanos de las personas mayores que orienten la política pública, contribuyendo así al fortalecimiento de la función rectora de INMAYORES.²³

INMAYORES ha elaborado los denominados *Planes de Envejecimiento*, un Primer Plan que comprendía los años 2013 a 2015 y un segundo Plan, los años 2016 a 2019.

Estos planes tuvieron como objetivo establecer lineamientos que articulaban las políticas públicas dirigidas al bienestar de las personas mayores, definiendo criterios que aseguren el goce de los derechos de este colectivo.²⁴

En la realización de los Planes Nacionales de Envejecimiento ha participado la sociedad civil a través de la Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM). La REDAM²⁵ es la unión de diferentes organizaciones de todo el país enfocadas a las personas mayores. Esta red se relaciona con el MIDES a través de INMAYORES, fomentando la participación del colectivo en el diseño y monitoreo de las acciones del Estado en los asuntos del envejecimiento y la vejez.²⁶

En relación con los recursos humanos que cuenta la división de fiscalización de INMAYORES, según la información proporcionada por el organismo en reunión de fecha 6 de julio del 2020, así como el informe que luce en adjunto.²⁷ Al 2020, se contaba con 10 funcionarios, quienes tenían a cargo la tarea de fiscalizar y regular 1204 servicios en todo el territorio nacional. Dentro de estos 10 funcionarios existe 1 director de División, 1 jefa de departamento, 2 administrativos, 6 técnicos (4 fiscalizan en todo el país, 2 solamente Montevideo y Canelones).

Los funcionarios trabajan en forma presencial en Montevideo y el área metropolitana, mientras que en el interior del país lo hacen con referentes territoriales.

23 Ministerio de Desarrollo Social: *Presentación Institucional del Instituto Nacional de las Personas Mayores*. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/normativa/ordenanza-n-483017-ordenanza-483-2017>>.

24 Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor – INMAYORES (2012): *Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, 2013-2015*. Disponible en: <<http://dspace.mides.gub.uy:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/945/Plan%20Nacional%20de%20Envejecimiento%20y%20Vejez%202013-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
<<https://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/inmayores-presento-segundo-plan-de-envejecimiento-y-vejez-2016-2019>>.

25 REDAM: nuclea un importante número de organizaciones sociales vinculadas con la temática.

26 Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/node/1102>>.

27 INMAYORES (2020): *Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM)*. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/2020-04/Informe%20ELEPEM.pdf>>.

En informe proporcionado por el MIDES antes mencionado, surge que la tarea de fiscalización de los ELEPEM se realiza en tres modalidades de intervención:

- Habilitación, en la que se fiscaliza y valora la pertinencia de otorgar o denegar el certificado social;
- Denuncias, en el que se fiscalizan los establecimientos denunciados, se elabora un informe y se proponen lineamientos a seguir.
- Seguimiento de la situación.

En dicho informe se constata la cantidad de visitas realizadas en 2018 y 2019. En este último año, el detalle de las visitas resulta en 75 % por denuncias, 152 por habilitación y 121 por seguimiento.

De los datos relacionados se verifica como constante una insuficiencia de recursos humanos en este organismo, y especialmente los aplicados al interior del país. Aspecto relevante en tanto tiene a su cargo las políticas de envejecimiento y vejez, así como su evaluación, la promoción y protección de los derechos de las personas mayores en general (no solo las que se encuentran institucionalizadas) y con especial atención a las que se encuentran en especial situación de vulnerabilidad.

Los escasos recursos humanos serían aún más notorios, en el área de supervisión y contralor de los ELEPEM, tan solo 10 personas tienen a su cargo la fiscalización de 1204 establecimientos donde se alojan aproximadamente 16 106 personas mayores.

Se puede apreciar una clara diferencia entre Montevideo y el interior, dado que fuera de la capital y el área metropolitana, no existen oficinas del organismo, sino tan solo un referente, lo que hace imposible el trabajo presencial y de campo en la forma que debiera realizarse. Si bien se destaca la creación de este instituto como un organismo con competencia exclusiva para la población de personas adultas mayores, como un avance en el reconocimiento de sus derechos, parece desprenderse claramente que no pueden ejecutarse adecuadamente los objetivos trazados por la ley 18617 si no se dota al organismo del presupuesto necesario para que pueda trabajar con los recursos humanos y profesionales necesarios para su labor.

IV. SITUACIÓN DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA

Como se ha visto, por Establecimientos de Larga Estadía de Personas Mayores (ELEPEM) se comprende aquellas instituciones públicas o privadas que tienen por objeto albergar, en forma permanente o transitoria, a personas mayores, brindando alojamiento, alimentación y cuidados personales, atendiendo a la persona en forma integral, no solo en lo que refiere a los aspectos sanitarios, también sociales.

Según se describió en el capítulo anterior, están regulados por la ley 17066, que atribuye al MSP la competencia de su habilitación y contralor. También por la ley 19355, en su artículo 518.vo, le asigna al MSP la competencia de regulación y fiscalización social de estos establecimientos, que ofrecen en forma permanente o transitoria servicios de cuidados a adultos mayores con dependencia o auto válidos. Se estableció en dicha norma que «estos establecimientos deberán estar inscriptos en el registro de establecimientos del MIDES y contar con el certificado que este emite. Dicho certificado será requisito necesario de habilitación por parte del MSP». Estas funciones son realizadas por el MIDES a través del INMAYORES.

La ley 19353 crea el Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), aportando determinados elementos en relación a esta temática, y teniendo como objeto «la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia, mediante la creación del SNIC, como conjunto de acciones y medidas orientadas al diseño e implementación de políticas públicas que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado».²⁸

Esta ley procura no solo evaluar los aspectos relativos a la salud, sino cumplir con estándares mínimos de calidad que van más allá de lo estrictamente sanitario.

En 2016, el decreto 356 reglamentó estas leyes, estableciendo el procedimiento de habilitación y las condiciones que deben reunir los establecimientos, lo que se complementó con las ordenanzas antes reseñadas (483/2017 y 1032/2019).

Estos establecimientos están supervisados por: a) el MSP, en lo que respecta a regular, habilitar y fiscalizar las condiciones sanitarias; b) el MIDES, que regula y fiscaliza los aspectos sociales; y c) la Secretaría Nacional de Cuidados (perteneciente a este ministerio), a la que compete validar las competencias de las personas que trabajan

28 Ley 19353, Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/normativa/ley-19353-fecha-08122015-creacion-del-sistema-nacional-integrado#:~:text=La%20presente%20ley%20tiene%20por,implementaci%C3%B3n%20de%20pol%C3%ADticas%20p%C3%ABlicas%20que>>.

en estos establecimientos, e inscribir los establecimientos en el Registro Nacional de Cuidados.

Como ya se ha mencionado al analizarse la ley 17066, los ELEPEM pueden clasificarse en cuatro tipos:

Los denominados *Residenciales* son gestionados en forma privada por personas físicas o jurídicas y tienen fines de lucro. Coexiste en relación con el costo mensual de los residentes una amplísima gama de ejemplos. Desde los que cobran un total aproximado de \$U 13 000 (el monto equivalente a las pensiones por vejez) hasta los que dicha cuota asciende a un total aproximado de \$U 200 000.

En algunos puntos del país funcionan con cuotas muy bajas, lo que habilitaría a realizar una evaluación sobre la calidad del servicio prestado. En muchos casos funcionan con el cupo cama del BPS, que asciende a un monto aproximado a \$U 35 000 mensuales.

Según informe proporcionado por el BPS con fecha 1.º de diciembre 2020, el programa CUPO CAMA está integrado por beneficiarios titulares del Programa de Soluciones Habitacionales del organismo. Se distribuyen un total de 266 en Montevideo y 466 en el interior del país.

Los denominados *Hogares* no tienen fines de lucro y son gestionados por organizaciones no gubernamentales, asociaciones civiles o fundaciones, que pueden o no contar con apoyo estatal nacional o departamental. Estos son en su mayoría en convenio o subvención del BPS, además de la posible ayuda que brinda este organismo al residente por el «cupo cama». El trabajo que realizan se basa en la solidaridad y el principal problema, según se pudo recabar, es el abandono familiar y la soledad.

Los establecimientos de gestión *exclusivamente estatal* son tan solo seis en todo el país. Uno en Montevideo, el Hospital Luis Piñeyro del Campo, dos en Salto (uno de ASSE y otro de la Intendencia), dos en Canelones (uno en la capital y otro en Pando, ambos bajo gestión departamental) y uno en Flores (Trinidad a cargo de ASSE).

En el Hospital Luis Piñeyro del Campo residen personas mayores de 65 años, con discapacidad física o mental usuarias de ASSE de Montevideo, sin familia o con ella, pero sin capacidad de sostén económico. Los criterios de ingreso implican que sean personas frágiles, pero que no tengan dependencia grave ni demencia. Existe una alta demanda de ingreso por lo cual se ampliaron los criterios aceptando personas con deterioro cognitivo y/o dependencia física. A junio de 2020, existía una lista de espera de 88 personas desde hace un año. El egreso en el 99 % de los casos es por fallecimiento y en casos muy excepcionales por altas producidas por cambios organizacionales u económicos en los que la familia luego puede hacerse cargo de la persona. En los pabellones de larga estadía hay un total de 224 camas. Se dividen en cuidados de alta dependencia y paliativos; unidad de semi dependientes; unidad sicogeriatría y unidad

de demencias graves. El centro diurno comprende 40 plazas. Luego se prevé una unidad de media estancia con internación para 8 personas proveniente de hospitales de agudos de ASSE y de RAP, que llegan para rehabilitación de impacto. Un total de 415 funcionarios atienden el centro.

Un cuarto tipo de establecimientos son los denominados **Sistemas de Inserción Familiar (SIF)**, tal cual se describió en el capítulo referido al marco jurídico. Se trata de unidades que en un principio fueron concebidas para evitar la institucionalización de las personas mayores, con el objetivo que estas vivan en familias o sistemas familiares, y así brindar una mejor y más personalizada atención.

Estos sistemas familiares fueron contemplados en la ley 17066, en su artículo 6.º. «Los “servicios de inserción familiar” para adultos mayores son los ofrecidos por un grupo familiar que alberga en su vivienda a personas mayores autoválidas, en número no superior a tres, no incluyendo aquellas a quienes se les deben obligaciones alimentarias (artículos 118.vo a 120.mo del Código Civil). Para brindar este servicio, las familias deberán operar como núcleo familiar continente, estar dotadas de sólidas condiciones morales y estabilidad, procurando el desarrollo de la vida del adulto mayor con salud y bienestar.»

De esta manera y con el objetivo antes señalado, se crearon estos SIF, que pueden tener de hasta tres personas mayores autoválidos, y que no pueden ser gestionados por familiares de los residentes que estén dentro de los obligados a servir alimentos de acuerdo con lo establecido en los artículos 118.vo a 120.mo de nuestro Código Civil, es decir no pueden ser gestionados por descendientes, yernos, nueras, ni hermanos legítimos.²⁹

Lo que se estima ha ocurrido en los hechos es que, si bien en un principio comienzan a funcionar cumpliendo con las condiciones legales exigidas, con el transcurso del tiempo reciben más residentes de los permitidos, llegando a alcanzar en algunos casos a 40, aún con problemas de dependencia. Esto determina que se constituyan en verdaderos establecimientos sin cumplir con los requisitos necesarios para los ELEPEM, debido a que su regulación ha quedado al margen del decreto 356/16, por ser considerados sistemas familiares y no establecimientos.

De hecho, funcionan como establecimientos por fuera del marco normativo, en forma muchas veces clandestina, sin identificación que permita su fiscalización.

La fiscalización se enfrenta a la siguiente problemática en relación con cuál es el organismo encargado de esta labor. La ley 17066 de 1998 define las características de los diferentes ELEPEM, entre ellos los servicios de inserción familiar, y en su artículo 7.mo establece que la habilitación de todos los establecimientos, sean «residencias, hogares,

29 Ley 17066, artículo 6.^{to}

centros y demás servicios para adultos mayores, autoválidos o discapacitados», estará a cargo del MSP, debiéndose reglamentar la forma en que se realizara su contralor y la periodicidad de las inspecciones, es decir su fiscalización; para lo cual el MSP puede coordinar con el BPS esta labor.³⁰ Esta ley es reglamentada por el decreto 320 de 1999, que establece como se habilita y fiscaliza a todos los ELEPEM, siendo competente, como se mencionara, del MSP.

Posteriormente, en 2015, la ley 19335, en su artículo 518.vo, establece que todo lo relacionado con la regulación y fiscalización de los ELEPEM en lo que respecta a los aspectos sanitarios corresponden al MIDES, previendo también que deberá reglamentarse este proceso.³¹ El decreto 356 de 2016 reglamenta todo el proceso de fiscalización y habilitación de los ELEPEM, quedando este proceso en manos de dos ministerios, los aspectos sanitarios a cargo del MSP y los sociales a cargo del MIDES, que lo hace a través de INMAYORES. Lo que sucede es que este decreto —expresamente— establece que no se aplica a los denominados SIF, previendo que su fiscalización sería objeto de una «reglamentación especial», que no se ha realizado hasta la fecha.³²

Frente a esta situación, caben dos posibles interpretaciones: una posible lectura es que los denominados SIF están frente a un vacío legal debido a que están fuera del ámbito de aplicación del decreto 356/2016 que expresamente los excluyó; otra interpretación podría ser que su fiscalización se seguiría rigiendo por la ley 17066 y su decreto reglamentario 320 de 1999, por lo cual solamente estaría a cargo del MSP. Cualquiera de las dos interpretaciones coloca a estos establecimientos y a sus residentes en una situación poco alentadora, ya que o no existe organismo ni proceso de fiscalización, o de existir solamente sería el MSP, quedando de lado la importancia de los contralores que tienen que ver con los aspectos no sanitarios, todo lo relacionado con los aspectos sociales. Las reformas legislativas referidas, que involucran al MIDES en los procesos de habilitación y fiscalización, se han fundamentado en dar especial importancia a estos aspectos como forma de contemplar el respeto y efectividad de los derechos de las personas mayores. Los denominados SIF no son centros de salud, son lugares donde residen personas autoválidas, por lo que parece relevante priorizar en estos establecimientos el contralor de los aspectos sociales a los sanitarios.

Existen, también, personas mayores que se encuentran institucionalizadas en otros establecimientos por padecer patologías psiquiátricas, como ser la Colonia Echepare, o discapacidades como el Cotelengo Don Orione; en estas condiciones existen un total

30 Ley 17066. Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/17066-1998>>.

31 Ley 219355. Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/19355-2015/518#:~:text=As%C3%ADgnanse%20al%20Inciso%2015%20%22Ministerio,mayores%20con%20dependencia%20o%20autov%C3%A1lidos>>.

32 Decreto 356-2016. Disponible en: <<https://www.impo.com.uy/bases/decretos/356-2016>>.

de 100 mujeres y 94 hombres.³³ Estos establecimientos también quedan por fuera de la reglamentación de la ley y el decreto que reglamenta los ELEPEM, por lo que su fiscalización no es realizada por INMAYORES, ni por el MIDES.

i. Relevamiento de INMAYORES, MIDES y aspectos sanitarios en los ELEPEM

Tal cual surge del informe de MIDES-INMAYORES de 2020 antes referenciado, se identifican 1204 establecimientos, de los cuales 1122 son Residenciales y SIF, y 82 son Hogares sin fines de lucro.

En atención a las dificultades que mencionáramos anteriormente respecto a la ubicación e identificación de los SIF, se desconoce efectivamente cuántos son, pero la información de INMAYORES los incluye dentro de esos 1122, por lo que podemos deducir que es un número aproximado.

En estos establecimientos residen un total de 16.106 personas adultas mayores, 4.282 hombres y 11.279 mujeres.

En cuanto a la valoración de la situación realizada por el organismo:

En el informe se clasifican los establecimientos en tres categorías: a) condiciones mínimas de funcionamiento; b) en vigilancia; y c) en situación de riesgo inminente. Se señala también una cantidad de 328 establecimientos sin fiscalizar.

Los establecimientos en condiciones mínimas de funcionamiento son aquellos que solamente reúnen las condiciones mínimas, suficientes y/o necesarias exigidas por la normativa vigente y que eventualmente se encontrarían en condiciones de lograr la correspondiente habilitación. Estos establecimientos no presentarían riesgo de vulneración de los derechos de sus residentes. Se constataron un total de 230 en todo el país, 139 en Montevideo y 91 en el interior.

Los ELEPEM que se categorizan como en vigilancia son aquellos que no cumplen con la totalidad de los requisitos exigidos por la normativa vigente y que presentan irregularidades o infracciones moderadas; se encontraron 537 en todo el país, 188 en Montevideo y 349 en el interior.

Los establecimientos que se clasifican como en riesgo inminente, también

33 Según información aportada por el Pequeño Cotelengo Don Orione Masculino, al 9 de setiembre de 2020 existían 13 hombres dentro del rango etario de 65 a 84 años de edad, y una persona de más de 85.

El Cotelengo Femenino Don Orione al 10 de setiembre de 2020 tenía institucionalizadas 19 mujeres entre los 65 y 84 años de edad y 3 mujeres de más de 85 años.

En la antes Colonia Asistencial Siquiátrica Bernardo Etchepare, al 10 de setiembre de 2020, se encontraban internados 72 varones y 63 mujeres entre los 65 y 84 años de edad, y 8 varones y 15 mujeres de más de 84 años de edad.

denominados *críticos*, son aquellos que «presentan irregularidades graves a nivel estructural, sanitario y/o social, que se entiende supondrían un riesgo de vida potencial o probado para las personas mayores que allí residen. En consecuencia y de no subsanarse dichas irregularidades o considerarse que no es posible su corrección, debería iniciarse el proceso de realojo de los residentes y la clausura del establecimiento». Se encontraron 109 en todo el país, 31 en Montevideo y 78 en el interior.

En agosto de 2020, a solicitud de la Clínica de Litigio Estratégico de la UDELAR,³⁴ el MIDES brindó una información más detallada respecto de los ELEPEM denominados *críticos*, que se ha hecho pública. Esta información releva que en Montevideo existen 37 ELEPEM identificados con nombre y domicilio, en los cuales se han constatado importantes situaciones de vulneración de derechos de sus residentes.

Estas situaciones de vulneración de derechos pueden corresponder a diferentes causas, algunas a malas o regulares condiciones edilicias, falta de higiene del local, en otros, escasa provisión de alimentos, mala higiene de los residentes, situaciones de hacinamiento y en algunos casos, sujeciones físicas sin justificar.

De un total de 37 establecimientos, las condiciones edilicias de 12 eran malas y 13 eran regulares; las condiciones de higiene de los establecimientos, en 14 eran regulares y en 10 malas, y en 23 no existía reserva de alimentos suficiente de acuerdo con la cantidad de residentes.

En lo que respecta a la situación de los residentes de estos establecimientos, en 14 se encontraron residentes con sujeciones físicas sin justificar, en 14 de estos centros tenían a sus residentes en condiciones de hacinamiento, y las condiciones de higiene de los residentes, en 18 establecimientos era regular y en 5 eran malas.

Aspectos sanitarios. Fiscalización

Como se ha señalado, este informe aborda la temática desde una perspectiva general que comprende diversos aspectos, tanto desde el punto de vista demográfico, sanitario, económico, social y sanitario.

Se parte de la base que la existencia de establecimientos donde residen personas mayores de edad no se acota a lo sanitario, sin perjuicio de lo cual la atención de la salud conforma un eje esencial en el marco de los derechos inherentes a la persona humana y el efectivo goce de ellos, lo que comprende la obligación del Estado de protegerlos y asegurarlos.

34 La Clínica de Litigio Estratégico de la UDELAR funciona en la Facultad de Derecho y tiene como objetivo entablar acciones judiciales de restablecimiento de derechos en los casos en que estos sean vulnerados. Es atendida por los alumnos de la facultad, dirigidos por un docente, entablando los procesos judiciales, forma parte de la currícula de la carrera en la cátedra de Técnica Forense.

Los residentes, en su carácter de habitantes y sujetos de derecho, en cualquier tipo de categoría en la que se encuentren, deben contar con acceso a la salud y en función de la normativa vigente su atención se realizará según la casuística correspondiente (SNIS). Todo ello en forma independiente al lugar donde habiten, ya sea circunstancialmente o por períodos indeterminados que pueden llegar a ser muy largos.

El Estado debe asegurar a todos los integrantes de este grupo especialmente vulnerable, el acceso a la atención sanitaria en forma integral, inmediata, efectiva y de calidad.

El residente no debe considerarse en situación de encierro, más allá de las características de la supervisión previstas en el establecimiento que habita y sus particularidades sicofísicas que puedan determinar su condición. Tiene la potestad de circular libremente bajo las pautas establecidas y acordadas, y solicitar la atención médica necesaria con el debido apoyo del centro en el que reside, sin perjuicio de situaciones en las cuales deba disponerse su atención en función de su incapacidad, confusión mental o situaciones que lo aquejen. También puede decidir y debe hacerlo en situaciones que afecten su salud, y eso se encuentra reconocido como derecho inherente a su persona, que emana de las normas nacionales e internacionales vigentes en el país.

El marco jurídico analizado en forma específica incluye diferentes previsiones en materia sanitaria, contemplándose el respeto a la vida, integridad física, salud y libertad de la persona, lo que comprende su autonomía y la instrumentación de garantías, como el consentimiento informado, entre otras. Todas ellas en armonía con las disposiciones sanitarias que refieren a los derechos y obligaciones de pacientes y usuarios establecidas en la ley 18335 y otras que puedan complementar dichas previsiones. Téngase presente a modo de ejemplo que dicha ley dispone el trato digno de los pacientes, así como también establece el derecho a cuidados paliativos, entre otras múltiples consideraciones, incluyendo las que refieren al consentimiento informado en el marco del respeto a la dignidad inherente a la persona.

En el ámbito específico que abordamos, se establece claramente la obligación de fiscalizar y sancionar con diferentes opciones de mínima y máxima responsabilidad los incumplimientos, lo que puede derivar —y tal cual está previsto— en acciones penales. Debiéndose en su caso activar con total urgencia los mecanismos jurídicos que permiten la actuación de la Fiscalía de la Nación, el Poder Judicial y en su caso la protección no jurisdiccional que lleva adelante la Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría (INDDHH).

La **pandemia provocada por el COVID-19** ha puesto en exposición máxima los establecimientos donde residen adultos mayores en todo el mundo. Esto se debe a que este virus, según datos a nivel mundial que se relevan a la fecha, afecta especialmente a las personas mayores de 65 años. Por tanto, la preocupación de las autoridades

estatales en la prevención y efectiva atención de los residentes, cualquiera sea la condición del centro, ha sido latente y objeto de especial reclamo debiéndose en su caso asumirse las responsabilidades que correspondan.

La pandemia del COVID-19 ha ocasionado un desafío mayúsculo para los sistemas sanitarios. El peligro latente de la saturación del sistema y, por ende, la denegación de servicios básicos por parte del Estado, referidos al acceso a la atención de la salud, se hace palpable en diversos países con diferentes grados de desarrollo socioeconómico y potencializado en función de la población y las medidas que en forma diversa se han adoptado en cada Estado y región, incluyendo las referidas a la vacunación como acción preventiva a comienzos de 2021.

En este escenario, la profundización de las medidas de fiscalización y el fortalecimiento de la estructura sanitaria basada en el acceso universal a la prestación sanitaria y transversalizada con la humanización de la medicina y la observancia de los principios bioéticos resulta más que determinante para alivianar el impacto de la pandemia y su devastador saldo en materia de vida y salud humanas. Así también, actividades pautadas para personas que trabajan en equipos interdisciplinarios con personas mayores.³⁵

El rol de la «policía sanitaria» reviste en esta realidad una función capital y determinante en la protección de derechos. Y el control de los establecimientos donde residen personas mayores emerge como un imperativo primordial a los efectos de poder prevenir y articular la atención sanitaria dentro del establecimiento y también en caso de corresponder habilitando la derivación inmediata fuera del establecimiento con el prestador que lo habilite. A los efectos de prevenir y atender cualquier tipo de vulneración de derechos.

Según datos relevados en reuniones mantenidas con el MSP en los primeros meses de la pandemia (abril–mayo 2020), este describió la instrumentación planificada referida a la fiscalización de los residenciales asegurando la atención sanitaria en la máxima cobertura, estableciendo un sistema de registro en tiempo real de la cobertura médica.

Por su parte, a partir de marzo 2020 se pautan recomendaciones para las personas mayores y para los ELEPEM de larga Estadía ante el COVID-19. Allí constan los planes de continencia elaborados por MIDES y MSP;³⁶ Recomendaciones a los ELEPEM ante

35 Pueden verse en tal sentido actividades organizadas por el Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn) y el Núcleo de Estudios de Envejecimiento y Vejez (NIEVE), pautado en diversos encuentros en agosto, setiembre 2020, dirigidos a generar espacio participativo que habilite la reflexión y el intercambio entre los equipos que trabajan con adultos mayores. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/comunicacion/comunicados/personas-mayores-covid-19>>.

36 Disponible en: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/msp_planes_de_contingencia_para_los_elepem.pdf>.

el coronavirus MIDES–MSP; Declaración de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriátrica para la prevención del COVID–19; y Recomendaciones para ELEPEM. Sistema de Cuidados.³⁷

El plan de contingencia fue elaborado en conjunto por el MIDES y el MSP. Plantea estrategias y metodologías de actuación, tanto en casos confirmados como positivos de COVID–19 como contactos.³⁸

En el documento titulado *Memoria de actividades del MSP* del año 2020³⁹ se recoge una descripción de las principales actividades desarrolladas por el MSP durante el año, haciéndose hincapié de la particularidad de la situación creada por el COVID–19. Las orientaciones que se prevén para la actuación del MSP, según se releva en dicho documento, debieron ser graduadas frente al desafío sanitario que generó el impacto de la pandemia y la necesidad de asegurar la atención sanitaria de la población.

Por su parte se han relevado otros documentos vinculados con el tema, como ser el titulado: *Recomendaciones a ELEPEM para la prevención y actuación del COVID–19*.⁴⁰ Este documento comprende medidas de actuación para los responsables de establecimientos, previéndose las que son de carácter obligatorio, como la relativa a «denunciar en caso de que un funcionario y/o residente del ELEPEM sea portador de COVID–19 positivo o se tenga sospecha del mismo por sintomatología sin aun tener su confirmación». Así, se previó la continuación del censo en tiempo real de los residentes en seguimiento de acciones organizadas a partir de marzo de 2020, al decretarse el estado de emergencia sanitaria.

También se establecen previsiones vinculadas con el régimen de visitas y la obligación de suspensión en caso de brote del COVID–19. Entre otros aspectos, prevé las diferentes conductas a llevar a cabo según distintos escenarios, estableciendo, en tal sentido, que la «edad por sí sola no debe ser un criterio de exclusión para decidir traslados a centros hospitalarios o medidas de asistencia respiratoria, a excepción de aquellas circunstancias manifiestas a priori por las personas, según condiciones que la ley regula». Esta previsión se encuentra ya incorporada en el plan de contingencia antes referido.

El documento establece que es «preciso optimizar los dispositivos asistenciales del

37 Pueden consultarse estos documentos en el siguiente enlace: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/tematica/salud?page=2>>.

38 Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/msp_planes_de_contingencia_para_los_elepem_0.pdf>.

39 MSP: *Memoria 2020*. Disponible en: <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2021-03/MSP_Memoria%202020%20%282%29.pdf>.

40 MSP: *Recomendaciones a Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores (ELEPEM) para la prevención y actuación frente al Covid-19*. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/MSP%20ELEPEM.pdf>>.

sistema de salud, valorando a aquellos pacientes que probablemente no se beneficien del ingreso hospitalario en función de una serie de criterios definidos: pacientes en situación de final de la vida subsidiarios de cuidados paliativos; pacientes con criterios de terminalidad oncológica o con enfermedades de órgano avanzadas en etapa terminal; pacientes con criterios de terminalidad neurodegenerativa; pacientes con deterioro funcional y dependencia severa. En cada una de esas circunstancias, los diagnósticos y fundamentos de no traslado deben ser consignados en la historia clínica por el médico de la institución, al médico de referencia o el de emergencia. En casos de no tener la posibilidad de aislamiento de estos pacientes, se trasladarán en conocimiento de quien los reciba de su estado de salud y el de ingreso a CTI».

Tal cual puede observarse, también se han previsto medidas para el personal, cuestiones vinculadas con la desinfección y limpieza, y otros múltiples aspectos que finalizan con los controles en salud que prevé la existencia de una comisión virtual de trabajo permanente entre MDS, MSP y SNC.

Por último, se establece: **«mantener el distanciamiento físico, pero no el distanciamiento afectivo»**, como premisa.

También en atención a la situación y en función de la necesaria prevención se han dispuesto prioritizaciones en relación con la **vacunación de residentes**, además de personal de la salud y que atiende en dichos centros. Se puede ver la descripción en la siguiente información suministrada por el MSP a la población.⁴¹

En relación con la vacunación, según recomendaciones que emanan del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn) de la UDELAR, con fecha de abril 2021, se destaca a la vacunación «como una de las medidas más eficaces para frenar las situaciones graves y de mortalidad a causa de la enfermedad. Se deben tomar todas las acciones necesarias para que los residentes, así como sus cuidadores, cuenten con toda la información sobre las vacunas y puedan acceder voluntariamente a las mismas».

En informe presentado a la Comisión de Seguimiento de la pandemia del COVID-19 a nivel parlamentario con fecha 13 de abril 2021, el MSP destacó que: «en Montevideo hay 52 residenciales o ELEPEM, en estado crítico». Se trata de geriátricos que no tienen un director designado y presentan signos de hacinamiento, que incumplen con la habilitación, además de otros problemas detectados.⁴² En dicha comparecencia,

41 Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/comunicado-sobre-plan-vacunacion-contra-covid-19>>. A partir marzo, se habilitó la vacunación del personal de la salud para comenzar el 16 de marzo 2021 con la categoría de grupos vulnerables, donde consta «personas que viven y trabajan en residenciales ELEPEM». El documento establece las fechas de vacunación de mayores de 80 y contiene otros múltiples detalles en relación con los grupos a vacunar y tiempos.

42 Disponible en: <<https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/hay-geriatricos-critico-montevideo-informe-mps.html>>.

también se informó sobre un ascenso del número de residenciales (de 437 en marzo 2020 a 477 en noviembre de ese año, mientras que en enero de 2021 habría 533). Se señaló que en «todo el país hay 1278 ELEPEM, de ellos 556 están en Montevideo, mientras que 722 se encuentran en el interior», según números del MSP a abril 2021.

Por su parte, también el 15 de abril de 2021, según se informó por parte del MIDES a la población, este ordenó el cierre de 5 residenciales de adultos mayores en Montevideo que no se encuentran en condiciones dignas. Según información que se manejó a nivel público, «el MIDES reubicará en otros hogares a unas 60 personas que se encuentran alojadas allí y se hará cargo de los gastos de traslado».⁴³

En relación con las fiscalizaciones, según informe de INMAYORES de abril 2021, «al finalizar el año 2020, el Equipo de Regulación de INMAYORES realizó un total de 429 fiscalizaciones, además de múltiples asesoramientos por diversos medios». Según también informe del organismo: «en años anteriores, el total de fiscalizaciones fueron las siguientes: 2017 un total de 241 fiscalizaciones; 2018 se realizaron 235; 2019 se llevaron a cabo 348. En conjunto con el equipo de fiscalizadores del MSP en el marco de la emergencia sanitaria a partir del 28 de abril 2020 se han realizado 257 fiscalizaciones. En lo que va del año 2021, se han realizado 52 fiscalizaciones, 5 de ellas en conjunto con técnicos del MSP. Corresponde señalar que en virtud de lo acordado con el MSP, no se realizarán fiscalizaciones en los departamentos que se encuentren en la categoría roja, según escala de Harvard, en función de la existencia de casos COVID-19 positivo, sin perjuicio de las excepciones que oportunamente se consideren, las que se realizarán preferentemente en conjunto con el MSP».

Estas previsiones han permitido ubicar a la problemática en el centro de las acciones del Poder Ejecutivo en la persona del MSP y en coordinación con el MIDES, debiéndose desplegar activamente en cumplimiento de las obligaciones asumidas por el país en instrumentos internacionales, así como también de la Constitución de la República y legislación vigente.

El seguimiento y la efectiva atención sanitaria, además de pautarse como prioritaria, no obsta a que emerjan situaciones de gravedad e incluso posibles incumplimientos de la normativa establecida por la autoridad sanitaria, lo que deberá ser objeto de atención e investigación específica, no solo en el ámbito administrativo de la salud, sino eventualmente en sede de sanciones por las derivaciones que puedan cotejarse en relación con la protección del goce de derechos por parte del Estado.

La respuesta estatal en el ámbito de la pandemia, en relación con la creación de protocolos para los ELEPEM que garanticen la existencia de un prestador de salud, así

43 Disponible en: <<https://www.subrayado.com.uy/ordenan-el-cierre-cinco-residenciales-montevideo-no-tener-condiciones-dignas-n739614>>.

como la forma de actuar frente a los posibles brotes dentro de los ELEPEM, en relación a los residentes enfermos como a los sanos, se valora como positiva. En tal sentido también resulta de relevancia el mantenimiento de una información constante a los residentes y sus familiares para evitar la situación de anomia del entorno cercano. Siendo en este marco importante destacar el apoyo y la participación de la Red de Personas Mayores y el Movimiento de Familiares y Residentes de ELEPEM, entre otros.

Atento a la situación, emerge como fundamental el funcionamiento adecuado y eficaz de los mecanismos de fiscalización. Para esta población, el contralor administrativo se torna una garantía de efectividad de sus derechos de primordial relevancia, tomando en cuenta que muchos residentes no tienen familia y el contacto de quienes la tienen es restringido por la pandemia. Si bien existen mecanismos virtuales de comunicación, no todas las personas mayores residentes o familiares tienen acceso a estos mecanismos, por lo cual su situación es de una especial vulnerabilidad.

ii. Requisitos para la habilitación de los ELEPEM

El proceso de habilitación de los ELEPEM, sean estos con o sin fines de lucro es el mismo y consta de tres etapas:

Una **primera etapa**, ante el MSP. La información se encuentra en línea.⁴⁴ Consiste en la solicitud de habilitación que debe ser realizada por el titular o representante legal del establecimiento. Esta solicitud debe ser acompañada de la documentación que acredite su identidad y legitimación para realizar el trámite; la designación del director técnico, que debe ser médico; una declaración jurada respecto a las condiciones básicas de la planta física, que debe estar de acuerdo con los requisitos que impone el ministerio; el detalle de la oferta de servicios incluyendo número de camas, cantidad y formación de los recursos humanos con indicación de los turnos semanales; copia del proyecto del centro; declaración jurada del titular de establecimiento o representantes legales; carné de salud, de vacunas de todo el personal y determinados análisis clínicos vigentes de personal que manipula alientos; y la acreditación de que, al menos, un cuidador esté capacitado en primeros auxilios.

La **segunda etapa** consiste en la expedición de un certificado de registro por parte del MIDES, una vez que se constata que la documentación requerida fue presentada en forma ante el MSP y la fiscalización que debe realizar el MIDES. La fiscalización supone la visita que debe realizar este organismo a través de INMAYORES, a los efectos de

44 Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/2019-03/Solicitud%20de%20habilitaci%C3%B3n%20ELEPEM.pdf>>.

constatar si el establecimiento reúne las condiciones establecidas en el artículo 18.vo y ss del decreto 356.

Estas condiciones tienen que ver con requisitos de infraestructura, de recursos humanos, de documentación y registro que debe tener cada ELEPEM que, al menos, en parte fue ya exigida por el MSP en la primera etapa.

En lo que respecta a la planta física, se reglamenta desde los materiales de construcción, las condiciones de accesibilidad (rampas, pasamanos, espacios suficientes para sillas de ruedas, iluminación nocturna, entre otros), espacios exteriores e interiores, ventilación natural de determinados ambientes, calefacción y refrigeración, agua caliente, cantidad de camas por metro cuadrado y por residente, condiciones de los baños y cantidad en atención a la población que albergan.

En relación con los recursos humanos, se exige determinada cantidad de cuidadores por turnos, dependiendo si los residentes son o no autoválidos, la capacitación que deben tener y la existencia de determinados profesionales médicos, trabajadores sociales. Debido a la importancia que reviste en el cuidado de las personas mayores los recursos humanos disponibles, se analizará en un capítulo aparte todo lo relacionado con este aspecto.

El certificado que brinda el MIDES antes de realizar la fiscalización tiene una vigencia de 5 años y está condicionado a lo que este ministerio constate en las instancias de fiscalización.

Al 27 de noviembre 2020, se registran 105 establecimientos que se encuentran en trámite de habilitación y con certificado social expedido por el MIDES. Corresponden en su mayoría a Montevideo, seguidos por Canelones, Colonia, Lavalleja, Maldonado, Soriano, Salto, Flores, Florida y Paysandú.⁴⁵

La **tercera etapa** es la habilitación final en la que se presenta la certificación aprobada por la Dirección Nacional de Bomberos, la descripción de la planta física con declaración jurada firmada por arquitecto, en la que consta que se cumple con todas las condiciones edilicias requeridas y un plan de seguimiento de las obligaciones establecidas en el decreto. La habilitación tiene una vigencia de 5 años y puede ser renovada, para lo cual debe presentarse solicitud de renovación 120 días antes de su vencimiento.

En respuesta a la solicitud de información formulada por INDDHH, la Dirección Nacional de Bomberos informó en abril de 2021 el siguiente estado de situación:

«Existen 311 establecimientos habilitados por la Dirección Nacional de Bomberos y 135 establecimientos en trámite de habilitación ante dicha Dirección».⁴⁶ El informe

45 Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/etiqueta/otros/establecimientos-larga-estadia-certificado-social>>.

46 Informe de la Dirección Nacional de Bomberos en respuesta a oficio 2761/2020 de INDDHH.

contiene especificaciones sobre requerimientos para la realización de habilitaciones y detalle de los insumos que se deben fiscalizar.

Al 14 de agosto 2020, se puede relevar la información proporcionada por MIDES referida al listado de establecimientos que cumplieron el proceso de habilitación definido por Decreto 356/2016.⁴⁷ Se aclara que el listado está en el marco del proceso de habilitación regulado por el decreto (35 en Montevideo, 6 en Maldonado, 1 en Flores, 1 en Soriano, 1 en Salto).

iii. Debilidades en el trámite de habilitación

Tal como lo hemos explicado, el proceso de habilitación está regulado por el decreto 356/2016.

De acuerdo con el estudio del marco normativo y a las entrevistas realizadas a representantes de los organismos públicos y de organizaciones de la sociedad civil, el trámite para lograr la habilitación es extremadamente largo, burocrático y muy exigente, lo que determina que pueda durar años.

No parecería lo más adecuado que se repitan controles por parte del MSP y el MIDES, si bien a un ministerio le competen los aspectos sanitarios y al otro los aspectos sociales, esto puede dar lugar a una superposición de competencias que hacen de la habilitación un trámite engorroso, burocrático, y poco eficaz. El objetivo de la fiscalización de los ELEPEM es velar por el respeto y efectividad de las personas mayores que allí residen, resulta dificultoso muchas veces separar cuestiones sociales a sanitarias, siendo el ser humano uno solo, compuesto de su cuerpo, mente y entorno, es decir el ambiente en el que vive, constituyendo esto un todo que lo determina. Asimismo, la fiscalización a cargo de dos organismos tan diferentes, dado que se trata de dos ministerios (no de dos áreas o dependencias dentro de un mismo órgano), genera una mayor burocratización de los trámites y posibles indeterminaciones de las responsabilidades de cada organismo.

Esto se comprueba con la escasa cantidad de ELEPEM que se encuentran efectivamente habilitados. De acuerdo con los datos aportados por el propio MIDES, de 1204 ELEPEM solo 19 están habilitados y 114 en trámite de habilitación con certificado social emitido por el MIDES. Estos 114 han realizado la primera etapa de presentación de la documentación requerida y han obtenido el certificado de registro del MIDES, pero no han terminado la segunda etapa del proceso, no queda claro si no han sido fiscalizados o si lo han sido, pero han recibido observaciones que aún no se han

47 Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/etiqueta/otros/establecimientos-larga-estadia-habilitados>>.

cumplido, o si las han cumplido y no fueron nuevamente visitados para corroborar que están en condiciones de terminar con el proceso de habilitación.

El dato revelador es que menos del 20 % del total de ELEPEM se encuentran habilitados. Esto nos interpela a considerar que el trámite de habilitación es inadecuado, ineficaz y prácticamente imposible de realizar, para garantizar que efectivamente los establecimientos cumplan con los requisitos necesarios para brindar una adecuada atención a la persona mayor residente, en condiciones de respetar sus derechos.

Si los procesos que deben llevarse a cabo no son ágiles, eficaces y efectivos, no se terminan o —lo que es peor aún— no se inician, generando de esta manera la existencia de gran cantidad de establecimientos que trabajan en la informalidad y clandestinidad, quedando por fuera o al margen de todo contralor estatal.

iv. Aspectos particulares referidos al ingreso a ELEPEM

El ingreso de los residentes a los ELEPEM está regulado por el decreto 356/2016 en los artículos 39 y siguientes; y en la ordenanza del MSP de fecha 17 de mayo del 2017.

Estas reglamentaciones imponen la realización de una valoración geriátrica y social de la persona que pretende ingresar; es decir, una valoración que tiene que ver con los aspectos sanitarios (salud física y psíquica), como su situación social y familiar.

Al ingreso deberá cumplirse con tres instancias:

- a) Obtención del consentimiento informado.
- b) Suscripción del contrato de arrendamiento de servicios.
- c) Elaboración de la ficha de ingreso.

El consentimiento informado deberá recabarlo el titular o representante legal del establecimiento, por escrito y en un «formulario tipo», que fuera elaborado por imperio de la Ordenanza del MSP de fecha 17 de mayo del 2017.

El artículo 40.mo del decreto establece lo que se entiende por consentimiento informado:

«Se entiende por consentimiento informado, a los efectos de la presente reglamentación, el documento por el cual se deja constancia que una persona, habiendo sido informada respecto de las condiciones y servicios brindados por el establecimiento, así como de sus derechos, deberes y obligaciones, manifiesta libremente su voluntad de ingresar al mismo en calidad de usuario.»

Se establece cuál es la información que se debe brindar al usuario, que tiene que ver con las condiciones y servicios que brinda el establecimiento y los derechos, deberes y obligaciones que adquiere una vez que ingresa.

La Ordenanza del MSP del 17 de mayo del 2017, además de aprobar el formulario tipo que cada establecimiento debe completar respecto del residente, establece la forma en que debe brindarse la información y recabarse la voluntad, el formulario debe leerse en forma clara, pausada, tomando los recaudos necesarios para que la persona escuche bien, en un lugar donde pueda estar tranquilo y en condiciones de respetar su privacidad.

Cabe destacar que, si bien el decreto 356 define al consentimiento informado como un documento, el consentimiento informado es un proceso, un conjunto de actos, abocados a que una persona reciba información respecto de una situación a la que se va a someter y una vez recibida toda la información, presta su conformidad que se plasma por escrito en un documento.

Según la Organización Panamericana de la Salud, el consentimiento informado «es un proceso mediante el cual un sujeto confirma voluntariamente su deseo de participar en un estudio en particular después de haber sido informado sobre todos los aspectos de éste que sean relevantes para que tome la decisión de participar».

Si bien el consentimiento informado tiene su origen y es utilizado para actos médicos, en este caso es un requisito para el ingreso de una persona a un ELEPEM y su exigencia es relevante en términos de garantía del respeto a la autonomía de la persona mayor. Es el proceso mediante el cual la persona mayor es informada del lugar donde va a vivir, de los servicios que va a recibir, de las pautas de conducta y normas que allí rigen y de los derechos que como usuaria del servicio va a tener. Una vez recibida esta información, está en condiciones de decidir su ingreso, respetándose así su autonomía y su libertad de decisión.

Los requisitos necesarios para que se cumpla con el proceso de consentimiento informado son los conceptos de: capacidad, voluntariedad, información y comprensión por parte del usuario del servicio. Hasta aquí vemos que la regulación contempla los requisitos de respeto a la autonomía y libertad consagrados en la Convención Americana de los Derechos de las Personas Mayores, recogidos también en documentos como la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de UNESCO, del año 2005.

Para otorgar un consentimiento informado, la persona tiene que estar en condición de poder ejercer su autonomía en ejercicio del goce de su libertad. Lo que implica no verse inducido o presionado por personas que puedan influir en su decisión; sean familiares o referentes o incluso de quien recaba el consentimiento, es decir, el dueño o administrador del establecimiento.

También debe estar en condiciones psíquicas y emocionales de poder expresar su voluntad.

Esto es un elemento muy importante a tomar en cuenta, porque nos enfrentamos a la interrogante de quién es la persona que determinará si el usuario está en condiciones

emocionales y cognitivas de expresar su voluntad y así prestar un consentimiento válido.

Situaciones especiales. Personas judicialmente declaradas *incapaces*

El decreto establece en los casos en que el usuario haya sido declarado incapaz, el consentimiento informado lo firma su representante legal, es decir, su curador.

Uruguay, a través de la ley 18418 del año 2008, ratificó la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), posteriormente promulgó la ley 18651 de Protección Integral de Personas con Discapacidad y, en el año 2017, se promulgó la ley 19529 de Salud Mental.

La CDPD establece dentro de sus principios generales, artículo 3.º literal a: «El respeto de la dignidad inherente, la autonomía individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la independencia de las personas».

La ley de Salud Mental realiza una enumeración de derechos que se sistematizan en: a) derechos derivados de la calidad de seres humanos, b) derechos a ser reconocidos siempre como sujeto de derecho, c) derechos relativos al deber de información, d) derechos relativos a su condición de internación, e) derechos relativos a su actividad (Veloso Giribaldi, 2018).

De acuerdo con el decreto 356/2016, para que una persona declarada judicialmente incapaz ingrese a un ELEPEM basta con que se recabe el consentimiento de su curador, sin tomar en cuenta en absoluto la voluntad del interdicto.

¿Podemos considerar que se respeta el derecho de autonomía de la persona declarada incapaz si se permite su ingreso solamente con el consentimiento de su curador y no se toma en cuenta en ningún momento su opinión?

¿No correspondería analizar en cada caso concreto si la persona declarada incapaz puede expresar su voluntad y, en tal caso, contemplarla?

El ingreso de una persona a un establecimiento de larga estadía es un acto de carácter personalísimo, debido a la trascendencia que esto tiene en la vida de la persona.

Los derechos personalísimos son aquellos inherentes de la personalidad humana, que se encuentran ligados a su propia dignidad y personalidad. Debido a sus características, el ejercicio de actos que tienen que ver con estos derechos solo pueden ser realizados por sus titulares, no aceptándose que los ejecute su representante, en este caso el curador.

En tal sentido, la doctrina nacional señala: «[...] por las características especiales de que están adornados estos derechos asume trascendencia la verdadera aptitud volitiva del discapacitado intelectual, con prescindencia de cuál sea su condición jurídica, esto es, si se halla o no declarado interdicto. De modo que, en tanto la persona respecto a cuál se pretenda comprometer alguno de sus derechos personalísimos por parte de su

representante legal, disfrute de una voluntad que sea juzgada idónea para comprender las repercusiones que va a sufrir con esa afectación, está facultada para intervenir con amplios poderes para la protección de los atributos que le son congénitos» (Howard, W.).⁴⁸

De acuerdo con el nuevo paradigma de la discapacidad consagrado por los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales mencionados, se entiende que, si la persona declarada judicialmente incapaz conserva la capacidad para tomar sus decisiones sobre sus derechos personalísimos, debe recabarse su voluntad, independientemente de que haya o no sido declarado interdicto.

Dentro de las personas declaradas judicialmente incapaces, existe un gran abanico de situaciones y no podemos asegurar que todas ellas no estén en condiciones de entender la situación a la que se enfrentan para poder expresar su opinión, y que esta opinión sea valorada a la hora de determinar algo tan importante como será su vida a partir de decidirse el ingreso a un establecimiento de larga estadía.

Téngase presente que el instituto de la declaración de incapacidad atiende en su esencia aspectos fundamentalmente dirigidos a la protección del patrimonio de la persona incapaz. El proceso de interdicción que prevé nuestro Código Civil tiene una antigüedad mayor a un siglo, no fue pensado en función de la perspectiva integral de derechos hoy reconocidos por instrumentos jurídicos internacionales y nacionales de derechos humanos. Fue concebido desde una perspectiva que está muy lejos de contemplar al interdicto como un verdadero sujeto de derecho, no recoge los principios de autonomía y autodeterminación. Tampoco considera a la persona presumiblemente incapaz como un ser único y diferente, que puede tener capacidad para determinados actos y para otros no, no prevé figuras jurídicas que habilitan el accionar del sujeto en lugar de incapacitarlo cada vez más en su vida familiar y social.

En cuanto a las actuaciones judiciales posteriores a la declaración de incapacidad, que debieran consistir en controlar el respeto y goce de los derechos de la persona, y que su representante legal efectivamente vele por la situación personal del curatelado, están concebidas solamente para controlar su patrimonio y evitar el abuso económico, aunque en los hechos tampoco son muy eficaces a estos efectos. Se entiende imperioso un cambio legislativo en esta materia que contemple al interdicto como una persona que puede realizar determinados actos, algunos en forma autónoma, otros con asistencia; que puede también aportar a la sociedad y que no tiene que ser necesariamente capaz o incapaz, permitiendo figuras intermedias, que permiten una vida activa, saludable y digna, en consonancia con el respeto a sus derechos fundamentales.

48 *Derecho de la Persona*, volumen II. Disponible en: <https://opac.um.edu.uy/index.php?l=author_see&id=2772>.

Podría decirse que son muchos los casos en que las personas aún declaradas incapaces judicialmente tienen posibilidades de percibir su situación en el mundo, su percepción en el lugar y en el tiempo, pueden realizar una valoración de si quieren o no quieren pasar a residir en determinado lugar y, por ende, su voluntad deben ser considerada si pretendemos una coherencia con el ordenamiento jurídico internacional ratificado por nuestro país que consagra el nuevo paradigma de la discapacidad, cuyo principio fundamental es el respeto de su autonomía y la libertad de tomar sus propias decisiones.

En la misma línea se ha dirigido nuestra legislación respecto de otras situaciones a las cuales pueden enfrentarse personas declaradas incapaces reconociéndose su voluntad para ejecutar determinados actos personalísimos. Es el caso de la imposición de requerir el consentimiento informado de la persona con patología psiquiátrica (interdicto o no) en forma previa a la realización de determinados tratamientos médicos, intervenciones e internaciones.

Todos estos son actos de carácter personalísimos, al igual que lo es la decisión del lugar de residencia de una persona, máxime cuando esta residencia supone ciertas limitaciones de derechos y libertades, la sujeción a normas que le son externas al individuo y debe respetar.

En materia de salud mental, cuando se pretende la internación de una persona en una clínica psiquiátrica, y esta persona no acepta la internación, se debe realizar un procedimiento judicial, establecido en la ley 19529, mediante el cual quien decide la internación es un juez, un tercero imparcial, que se vale de informes de médicos especialistas (médicos psiquiatras), y el paciente cuenta con la debida asistencia jurídica letrada, que velará por el respeto de sus derechos en el proceso.

Ahora bien, en el caso del ingreso de una persona declarada incapaz a un establecimiento de larga estadía según el decreto 356/2016, solo se exige con el consentimiento del curador sin establecer que se deba tomar en cuenta la voluntad de la persona que si bien no ingresa a un centro de salud, ingresa a un establecimiento donde su vida va a estar totalmente regida por normas propias del establecimiento, pautas de conducta que afectan directamente su libertad personal, y que tienen que ver con todo lo que respecta a la vida diaria del interno. Va a estar determinado desde el lugar donde va a dormir, si comparte la habitación, los horarios de su sueño, de su esparcimiento, de sus alimentos, se determinará dónde y cómo estarán sus pertenencias personales, qué actividades recreativas tendrá, así como cuáles serán las posibilidades de ver y en qué condiciones a su familia, entre otras cosas.

Parece claro que no existen dispositivos jurídicos que contemplen garantías que respeten el derecho a la autonomía y libertad de tomar decisiones para la persona declarada incapaz cuyo ingreso en un ELEPEM se pretende.

Tal como se ha descrito, se trata de un acto de carácter personalísimo que solo puede realizarse con la voluntad de la persona cuando está en condiciones de expresarla y cuando esto no es posible, deberían existir mecanismos jurídicos que garanticen sus derechos.

Situaciones especiales. Personas no declaradas *incapaces*, pero en «estado de confusión mental»

Para los casos en que la persona no fue declarada incapaz, pero no esté en condiciones de prestar su consentimiento el art. 28.vo, literal *i*, del decreto 356/2016, se establece que no se exigirá el consentimiento del usuario que se encuentre «cursando un estado de confusión mental». En este caso, es obligación del titular o representante del establecimiento documentar en su historia clínica la situación. Una vez «transcurridos seis meses sin que se haya podido recabar su consentimiento, se dará cuenta al Juzgado de Familia que por turno corresponda a los efectos de tramitar su incapacidad».

Cabe interpretar qué se entiende por situación de «confusión mental». Si bien esto debe ser valorado por un médico, la expresión es muy vaga, podría ser una situación puntual en el momento del ingreso provocada por angustia, podría tratarse de una conmoción psicológica coyuntural ¿o supone la existencia de cierto deterioro cognitivo?

Si bien se prevé que estas situaciones deben ser constatadas por un profesional médico, se trata del director técnico del establecimiento, y cabe cuestionar o al menos problematizar si es una buena opción que sea el director del mismo establecimiento quien determine si la persona está en «un estado de confusión mental», dado que el director del establecimiento puede tener cierto interés en su ingreso o, al menos, sin lugar a dudas no es un tercero imparcial en esto. Podría ser un claro ejemplo de conflicto de interés.

En estos casos se prescinde del consentimiento de los familiares y/o referentes de la persona mayor, el ingreso queda en forma exclusiva en manos de los titulares y profesionales de los ELEPEM, sean estos públicos como privados, con o sin fines de lucro, lo que no condice con los principios rectores de las normativas relativas a la atención de las personas adultas mayores.

Además de plantearnos estas interrogantes, nos cuestionamos si la remisión a la Justicia a los seis meses a los efectos de iniciar los trámites de incapacidad tal cual refiere el artículo 28.vo, literal *i*, es una solución adecuada, dado que dicha remisión a la Justicia no es a los efectos de determinar la pertinencia o no de la persona en el establecimiento, sino que la derivación es a los efectos de que se tramite el proceso de incapacidad.

También surge la interrogante, que debería ser objeto de análisis, de si esta norma efectivamente se cumple, si a los seis meses se deriva el caso a la Justicia, como lo prevé la reglamentación.

Por lo pronto, este punto a la luz de toda la normativa vigente sería de interés relevar en todos los procesos de fiscalización máxime en función de las obligaciones que emergen del decreto vinculadas con el rol social del establecimiento y las facultades del profesional del área social.

Lo manifestado respecto a la necesidad de garantías para el ingreso de una persona declarada incapaz se aplica totalmente a la persona que no fue declarada incapaz, pero que se encuentra a juicio del director técnico del establecimiento «en estado de confusión mental».

No hay dispositivos jurídicos que contemplen debidamente si la persona está en estado de confusión mental al momento del ingreso, y de qué manera puede solucionarse y recabarse su consentimiento cuando la situación de confusión mental deja de estar presente.

¿Qué sucede si después del ingreso, al otro día o a los pocos días, la persona está completamente lúcida, no quiere permanecer en el establecimiento, pero por motivos de dependencia física severa o vulnerabilidad socio económica no puede retirarse en forma autónoma? No se contempla la obligación de comunicar al familiar o referente, tampoco se prevé que ocurre si se comunica a los familiares y no concurren a hacerse cargo de la persona.

Estas consideraciones son de especial importancia porque puede darse el caso de que un residente permanezca en un ELEPEM sin haber expresado su consentimiento y aún en contra de su voluntad, tornándose en este caso una situación de privación de libertad. De qué manera los organismos de contralor estatales pueden tomar conocimiento de estas situaciones, entre ellos la Institución de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo, que no tiene posibilidad de ingresar a los ELEPEM privados.

Se entiende de recibo analizar la posibilidad regular y luego, efectivamente, instrumentar una derivación judicial que contemple los derechos de la persona adulta mayor, en los casos en que la persona se niegue a aceptar el ingreso, o en los casos en que no está en condiciones de expresar su voluntad, por tener un grado de incapacidad que le impida expresar su opinión o por «confusión mental».

v. Egresos de los ELEPEM

El egreso del ELEPEM también puede dar lugar a situaciones complejas en las que no se atiende en función de la perspectiva de derechos contenida en normas que están vigentes. Sin perjuicio de tener presente que la diversidad de situaciones hace muy difícil la previsión de cada caso en particular.

Al respecto, resulta de interés problematizar la circunstancia en la cual la persona

mayor que se encuentra en un ELEPEM no quiere permanecer más en sus instalaciones o eventualmente no ser trasladado.

El análisis se acentúa en situaciones de dependencia física o eventual incapacidad intelectual declarada o no, en la que su capacidad de egresar se ve limitada.

Sobre el punto corresponde referir al artículo 47.º del decreto, que reconoce los derechos de residentes y usuarios basados en el reconocimiento de su condición de sujetos de derecho, concretamente el literal *p*.

vi. Suscripción del contrato de arrendamiento de servicios

El Ingreso a los ELEPEM requiere, además de la obtención del consentimiento informado, la suscripción del contrato de arrendamientos de servicios, que debe realizarse entre el director representante de los ELEPEM y el residente. Así lo establece el artículo 39.º del decreto 356/2016. El contrato con el usuario está regulado en el artículo 41.º y se prevén diversas condiciones. Así también se señala que la «omisión en el contrato de los servicios exigidos no justificará en ningún caso su incumplimiento».

En el caso de tratarse de una persona declarada *incapaz*, el contrato se celebrará entre el titular del ELEPEM y el representante legal del usuario; ahora bien, para el caso de personas «en estado de confusión mental», nada se establece, por lo cual podría considerarse que el familiar o referente del usuario será quien celebre el contrato, aunque, como lo expresáramos anteriormente, la figura del familiar en este caso no está contemplada. En los casos en que la cuota de la residencia la deba abonar un familiar o referente de la persona mayor, parece lógico que este contrato también deba ser suscrito por esta persona, ya que será quien se obligará al pago de la cuota mensual.

El problema en la práctica puede surgir al momento de incumplimiento del contrato cuando el obligado al pago de la cuota social no cumple; no nos referimos a las acciones legales para el cobro de las cuotas, sino, concretamente, a la situación de la persona residente.

Más allá del análisis de la casuística en función a las dificultades que ofrece la diversidad de situaciones que puedan presentarse, así como también la variedad de establecimientos, se debe precisar que el decreto 46.º prevé la situación del «relojo en establecimientos con fines de lucro», en el artículo 46.º del referido decreto.

En casos de incumplimiento de la obligación de pago sin perjuicio de la rescisión o resolución contractual que corresponda, los «titulares o representantes legales

de los ELEPEM procurarán retornarlos a sus familiares». Se prevé que de no ser posible deberán realojarse «hogares», tal cual lo prevé el artículo 3.^º, acordes con su estado, los que deberán recibirlos sin perjuicio de que el residente pueda elegir un establecimiento privado que lo admita. Se prevé también la exigencia de comunicación al MSP con un mínimo de 20 días de antelación a los efectos del control del realojo a que dé lugar. En caso de abandono de los alojados, previa citación y emplazamiento a sus representantes legales, se dará intervención a la justicia penal. La fiscalización del problema la deberá hacer el MSP en coordinación con el MIDES.

En relación con los realojos, debe necesariamente estudiarse cada caso en particular y tomar en cuenta los nexos familiares y sociales de la persona mayor, a los efectos de evitar la desvinculación familiar que provocan serios daños sicoemocionales.

vii. Escasa valoración del trabajo del/a cuidador/a

Otro de los problemas detectados refiere a esta problemática. La tarea de los cuidadores es poco reconocida y atento a su función social y responsabilidades se encuentra mal remunerada.⁴⁹

Por lo general, las cuidadoras o cuidadores son mujeres madres de familiares monoparentales y con bajos recursos. A pesar de las iniciativas de capacitación realizadas por el Estado y organizaciones no gubernamentales, como ADERAMA y otras, es difícil que puedan hacerlo fuera de su horario de trabajo. En la medida en que no existan incentivos económicos y de revalorización de la labor, será muy difícil contar con personal debidamente capacitado y sensibilizado en la materia.

La función del cuidador de la persona mayor requiere también una especial vocación, genera un importante desgaste físico y emocional, que provoca en muchos casos el denominado síndrome de *burnout*. Como mecanismo de defensa, el cuidador/a muchas veces genera mecanismos para hacer frente a la fatiga, que pueden dar lugar al trato no correcto con el residente.

Por su parte, las exigencias en cuanto a otros requerimientos de personal hacen en muchos casos poco rentable el establecimiento con fines de lucro, lo que implica que pueda en los hechos optarse por no observarse los requisitos, lo que determinará en los hechos, la no la habilitación exigida.

49 Según información del MTSS, que consta en sitio web el Grupo núm. 15 Salud y Anexos Subgrupo, «casas de salud y residenciales de ancianos con fines de lucro», prevé las categorías de cocinero, limpiador, cuidador y cuidador nochera». Los dos últimos, según ajuste de salario mínimo al 1.º enero 2021, se sitúan en \$U 20.065 y \$U 20.065, más 23 % de nocturnidad, respectivamente. Disponible en: <<https://www.gub.uy/ministerio-trabajo-seguridad-social/tematica/casas-salud-residenciales-ancianos-fin>>.

viii. Prestaciones sociales a la vejez

El Banco de Previsión Social (BPS) es el instituto de seguridad social estatal de Uruguay, su cometido es coordinar y organizar los servicios estatales de previsión social, aunque nuestro país no tiene un sistema exclusivo de seguridad social, coexisten con otros: Caja de Profesionales Universitarios, Caja Notarial, Caja Militar, cuyas prestaciones no serán incorporadas en este informe.

El BPS, además de su función principal de otorgar las prestaciones vinculadas con la seguridad social, como ser jubilaciones, pensiones, subsidios por enfermedad, otorga diversas y variadas prestaciones que tienen como beneficiarios a las personas mayores. Algunas de estas prestaciones se relacionan con los establecimientos de larga estadía.

Pensión por vejez

Son beneficiarios todos los habitantes del país mayores de 70 años de edad que carezcan de recursos para hacer frente a sus necesidades vitales, también quienes residen en Argentina o Brasil a no más de 5 km de la frontera.

Para determinar la necesidad de los beneficiarios, se toma en cuenta sus ingresos personales y los de sus familiares, que civilmente están obligados a prestarle alimentos, convivan o no con él, así como también se realiza una valoración de la situación socioeconómica a través de una inspección presencial en el domicilio.

Los ingresos personales del solicitante no pueden superar el monto de la pensión por vejez; si tiene ingresos inferiores la prestación a percibir es la diferencia entre la pensión y los ingresos declarados.

Si el solicitante tiene familiares obligados a prestar servicios alimenticios (hijos, cónyuges) y no convive con ellos, una vez que se le otorga la pensión, se dispondrá que los servicios correspondientes inicien la acción judicial de pensión alimenticias.

Existe un régimen de topes de ingresos preestablecidos para los familiares y para cada categoría de familiar, tomando en cuenta si conviven o no con el solicitante.

El monto de la pensión a la vejez vigente al 2020 es de \$ 13.782.95 (3,05 Bases de Prestaciones y Contribuciones, valor de la BPC \$ 4.514), según surge de información brindada por el organismo que se adjunta a este informe.

De acuerdo con dicha información, en agosto del 2020, esta pensión la cobran 54.588 varones y 75.733 mujeres, lo que representa en el caso de los varones el 21,06 % y en el caso de las mujeres el 19,48 % del total de pasivos de cada género, siendo el 20,11 % del total de todos los pasivos.

Pensión por invalidez

Son beneficiarios de estas pensiones las personas con discapacidad común, en situación de carencia de recursos para hacer frente a sus necesidades vitales, y a las personas con discapacidad severa, sin tomar en cuenta los ingresos personales ni familiares ni si posee bienes muebles o inmuebles.

También existe un régimen de topes. El monto de la pensión vigente al 1.º de enero de 2020 es de \$ 13.035,18, según surge del informe del BPS del 1.º diciembre de 2020.

Cupo cama

Esta prestación tiene una especial relevancia en el presente informe, ya que consiste en un subsidio para el pago de servicios de establecimientos de larga estadía, para las personas mayores jubilados y pensionistas del BPS con residencia permanente en el país, que estén inscriptos en el Programa de Soluciones Habitacionales.

Quedan excluidos los pensionistas a la vejez o invalidez, las personas que perciban ingresos superiores a 12 UR, y los propietarios o titulares de algún derecho de uso, habitación, promitente comprador o de algún programa que le permita el acceso a una vivienda.

Parece claro que el beneficio es para aquellas personas que no tienen solucionada su situación habitacional.

Esta prestación puede ser usada en establecimientos con fines de lucro (denominados «Residenciales») o sin fines de lucro (llamados «Hogares»).

Son beneficiarios del cupo cama 218 mujeres en Montevideo y 278 en el interior, 48 varones en Montevideo y 188 en el interior, por lo que hace un total de 732 personas beneficiarias en todo el país. Según surge del informe del BPS con fecha 1.º de diciembre de 2020.

Atención integral

Los beneficiarios son personas mayores en situación de calle en Montevideo, y la prestación es la estadía transitoria en centros diurnos o soluciones definitivas de vivienda, también a través de albergues nocturnos. En estos centros se atienden a 102 mujeres y 36 varones, un total de 138 personas.⁵⁰

Apoyo de ONG sin fines de lucro

Es un programa de apoyo a las organizaciones civiles sin fines de lucro adheridas al BPS con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas mayores y con

⁵⁰ Actualmente este servicio apoya a los siguientes refugios nocturnos: Refugio Marmarajá, Pablo VI, Refugio SAI, el Refugio Marmarajá diurno y la Estadía Transitoria Casita del Señor. Información obtenida de la Respuesta del Oficio 151-2020.

discapacidad, optimizando la capacidad de autogestión de las organizaciones en materia de servicios sociales, realizando actividades de capacitación.

Los beneficiarios son las personas mayores y las personas con discapacidad que integran organizaciones sin fines de lucro que estén adheridas a programas sociales e inscriptas en el Registro Nacional de Instituciones.

Este programa aplica en dos dimensiones, las personas mayores y las personas con discapacidad, y consiste en brindar un apoyo integral que incluye asesoramiento técnico a través de un equipo multidisciplinario que informa y asesora en forma sistemática; capacitaciones a voluntarios y trabajadores vinculados con las instituciones a través de cursos y talleres; jornadas técnicas con dirigentes voluntarios promoviendo la autogestión y apoyos económicos que pueden ser en la construcción, reacondicionamiento edilicio, ampliación, equipamiento y vehículos. Según surge del informe del BPS de 1.º de diciembre de 2020.

Programa de asistentes personales

Se trata de prestaciones económicas destinadas a contratar un servicio de asistente personal para colaborar en el desarrollo de las actividades diarias de personas menores de 29 años y mayores de 80, con dependencia severa, en el marco de la ley 19353, que crea el SNIC.

Se aplica a personas con ciudadanía natural, legal o con 10 años de residencia en el país.

El monto de la prestación asciende a 4,6 BPC (\$ 20.787), y cubrirá el servicio de 80 horas mensuales de cuidados personales a cargo de asistentes personales.

El porcentaje de la cobertura variará en función de los ingresos de núcleo familiar, y podrá darse un subsidio total, o el 67 % del subsidio, el 33 % y no corresponde otorgar la prestación a personas cuyo núcleo familiar tengan ingresos superiores a 11 BPC.

Otras ayudas

En relación con ayudas que otorga este organismo a las personas mayores para la adquisición de determinados productos de uso necesario, tales como anteojos, audífonos, materiales ortopédicos; el organismo informó que para estos productos se ofrece un préstamo. Pueden solicitarlo todos los pasivos que perciban haberes mensuales que no superen las 15 BPC (\$ 67.785) y pueden solicitar hasta 40 BPC (\$ 180.760) a pagarse en 6 o 12 meses, con una tasa de interés del 19 % o en 18 a 24 meses a una tasa de interés del 19,5 %.

El BPS otorga estos artículos a los trabajadores en actividad, a los pasivos solamente les ofrece los préstamos señalados.

V. LA INDDHH Y LOS ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA PARA PERSONAS MAYORES (ELEPEM)

i. Consideraciones generales

La competencia de la INDDHH respecto a los ELEPEM de carácter privado se encuentra delimitada por lo establecido en el artículo 5.to⁵¹ de la ley 18446. En tal sentido, la intervención principal de la INDDHH se centra en promover y articular la intervención de los organismos de supervisión y contralor. Dicho rol se encuentra potenciado por el amplio grado de accesibilidad que tiene la INDDHH para la presentación de denuncias. El procedimiento permite amplio flujo de información a las personas denunciantes respecto al estado de las situaciones planteadas.

La experiencia acumulada ha permitido alcanzar un adecuado intercambio con los organismos de contralor, así como la aprehensión de las distintas dificultades y carencias que atraviesan al momento de realizar la supervisión.

Sin perjuicio, en el marco de la ley 18446, debe mencionarse las facultades del Mecanismo Nacional de Prevención de la Tortura (MNP).⁵² Asimismo, desde el Área de Investigación y Denuncias se ha hecho uso de las facultades de inspección de establecimientos donde se encuentren personas en régimen de internación.⁵³

ii. Sistematización de denuncias y recomendaciones a los organismos estatales

Desde 2017 a la fecha, la INDDHH ha realizado diversas acciones vinculadas con los establecimientos donde residen personas mayores. A continuación, se realiza una sistematización de las realizadas en el período con una descripción de su alcance.

51 Artículo 5.to (Alcance). La competencia de la INDDHH, con las excepciones que expresamente se establecen, se extiende a todos los Poderes y organismos públicos cualesquiera sea su naturaleza jurídica y función, sea que actúen en el territorio nacional o en el extranjero.

Quedan comprendidas en la competencia de la INDDHH las entidades paraestatales, sociedades de economía mixta, personas públicas no estatales y entidades privadas que presten servicios públicos o sociales.

La competencia de la INDDHH en relación con personas privadas se entenderá con los organismos más públicos de su contralor y supervisión, conforme a los procedimientos establecidos en la presente ley.

52 Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos Crueles, Inhumanos o Degradantes

53 Artículo 35.to (Facultades). En ejercicio de sus funciones, el Consejo Directivo de la INDDHH tiene facultades para: [...] F) Ingresar, con o sin previo aviso a los lugares de detención, hospitales, establecimientos militares y cualquier otro establecimiento en que existan personas privadas de libertad o en régimen de internación...

1. **Denuncia tramitada en expediente 612/2017.** Destinatarios MSP y MIDES.

Objeto. Se recibió una denuncia relativa a malos tratos y condiciones deficitarias de residencia en un centro que alojaba personas adultas mayores en la Ciudad de Cardona, Soriano. La situación tomó estado público en la localidad a partir de la difusión de videos donde se daba cuenta de las condiciones deficitarias denuncias.

La INDDHH puso los hechos en conocimiento de las autoridades competentes. MIDES respondió que realizó la inspección correspondiente. Se constató que la persona que se identificó como propietaria de la vivienda, manifestó que en dicho lugar había funcionado un Servicio de Inserción Familiar (SIF), pero que las personas adultas mayores que habían residido fueron redistribuidas. Se constató que el lugar presentaba condiciones deficitarias de higiene y manutención. Finalmente, que no existían garantías necesarias para el funcionamiento de un servicio que brinde cuidados a personas adultas mayores.

Recomendación:

La INDDHH recomendó al MIDES la realización de un plan de inspecciones periódicas tendiente a afinar la detección de establecimientos que funcionan como residenciales de salud para personas adultas mayores sin contar con las habilitaciones legales.

Fuente. Res. 713/2019.

2. **Denuncia tramitada en expediente 720/2017.** Destinatarios, Fiscal de Corte, MSP y MIDES.

Objeto. Se recibió una denuncia relativa a la internación involuntaria de una persona en un ELEPEM. La denunciante, amiga de la persona internada, relató que en la última visita la encontró en muy mal estado de salud, deshidratada y sin reaccionar, solicitó se llame a la emergencia y la llevaron al hospital. A partir de esa visita, se le prohibió el ingreso al establecimiento.

La INDDHH informó a los organismos de supervisión correspondientes y MIDES respondió inspeccionando el lugar. El informe señala que la persona ingresó al ELEPEM acompañada por una persona que quedó registrada como referente familiar. Que dicha persona ha concurrido en reiteradas oportunidades acompañado por un escribano, procurando recabar la firma de la persona para apoderarse de su inmueble. Que esa persona fue quien prohibió el ingreso de la denunciante. Finalmente, que la persona falleció estando internada en el Hospital Maciel.

Ante la presunta situación de abuso patrimonial, la INDDHH puso los hechos

en conocimiento de la fiscalía. Esta informó que la situación fue asignada a la Fiscalía de Flagrancia de 14 Turno y se encontraba bajo investigación.

La persona denunciante manifestó que desde Fiscalía la habrían llamado manifestándole que, dado que la persona había fallecido, no se podían investigar los hechos.

Recomendación:

La INDDHH reiteró su recomendación al MIDES, relativa a establecer un plan de inspecciones periódicas tendiente a afinar la detección de establecimientos que funcionan sin contar con las habilitaciones legales.

A Fiscalía de la Nación se solicitó se sirva brindar información oportuna sobre los resultados de la investigación realizada.

Fuente. Res. 746/2019

3. **Denuncia tramitada en expediente 018/2018.** Destinatarios MSP y MIDES.

Objeto. Se recibió una denuncia relativa a las condiciones edilicias, sanitarias y de atención en un ELEPEM de la ciudad de Carmelo, Colonia.

La INDDHH informó a los organismos de supervisión correspondientes y MIDES respondió inspeccionando el lugar. El informe señala que, las condiciones de funcionamiento no se ajustan a la normativa vigente, entre otros aspectos, no cuentan con médico director técnico, no hay registro de personas residentes, ni de recursos humanos, la cantidad de cuidadores es insuficiente, y no se recaba el consentimiento de las personas al ingreso. Asimismo, los residentes se quejaron de la calidad de los alimentos que reciben, y uno manifestó haber tramitados prestamos en favor de las titulares del establecimiento, quienes además suelen acompañar a los residentes a cobrar sus haberes.

MIDES en conjunto con el MSP, establecieron una serie de recomendaciones y observaciones al ELEPEM, y dio cuenta a la Fiscalía de la Nación de los hechos relativos al presunto abuso patrimonial. Del seguimiento de las recomendaciones surge que el ELEPEM había dado cumplimiento a la mayoría registrando una mejora en las condiciones.

Recomendación:

La INDDHH recomendó a ambos organismos el seguimiento de las observaciones y monitoreo regular del ELEPEM.

Fuente. Res. 747/2019.

4. **Denuncia tramitada en expediente 2017-1-38-0000004.** Destinatario MTSS y MIDES.

Objeto. Se recibió una denuncia por parte de una empleada y de un familiar de

persona alojada en un ELEPEM de la ciudad de Montevideo. Ambas señalaban la existencia de irregularidades tanto en el respeto a las normas laborales como en la atención de los residentes. Entre otros extremos, mencionaban la ausencia de médico responsable y servicio de emergencia médica. Manifestaron que los responsables del establecimiento habrían llevado a una usuaria a gestionar un préstamo en su beneficio. Adicionalmente presentaron fotografías dando cuenta del deterioro edilicio que comprometía la seguridad del establecimiento. La INDDHH informó a MIDES y al MTSS. Este último respondió que, habiendo cesado la relación laboral, carecía de competencia y que la situación debía dilucidarse ante el Poder Judicial. MIDES respondió realizando una inspección al establecimiento, constatando varios aspectos de la denuncia. Asimismo, informó al MSP respecto a la necesidad de intervención en su ámbito de competencias, Ley 17.066. Finalmente, que realizarían un seguimiento de las observaciones realizadas.

Recomendación:

La INDDHH recomendó a MIDES la continuidad de las prácticas de supervisión periódica de ELEPEM. Al MTSS, la intervención de oficio respecto de situaciones de vulneración de derechos laborales como la acontecida.

Fuente Res. 557/2017.

5. **Denuncia tramitada en expediente 2017-1-38-0000195.** Destinatario MIDES.
Objeto. Se recibió una denuncia relativa a una persona internada en un ELEPEM, quien estaría siendo víctima de abuso patrimonial por parte de la persona referente, que lo llevó en contra de su voluntad al establecimiento.
La INDDHH solicitó la intervención del MIDES, quien procedió al abordaje de la situación, confirmado los extremos reseñados en la denuncia, entre otros que tenía impedida la administración de su patrimonio y restringida la comunicación con el exterior, no se le permitía el uso de teléfonos ni salir del establecimiento. Asimismo, la persona que lo internó había prohibido la visita a la persona denunciante. Finalmente existían indicios que el motivo subyacente a su internación era el apoderamiento de su vivienda.
En dicho contexto, MIDES puso los hechos en conocimiento del Poder Judicial, quien resolvió el retiro de la víctima del ELEPEM, quien pasó a estar bajo el cuidado de la persona que había presentado la denuncia ante la INDDHH.
Fuente. Res. 498/2017.
6. **Denuncia tramitada en expediente 2017-1-38-0000203.** Destinatario MIDES.
Objeto. Se recibió una denuncia relativa por parte de una persona a quien se

le impedía ejercer el derecho de visita respecto de su hermana, usuaria de un ELEPEM.

La INDDHH puso los hechos en conocimiento del MIDES, quien inspeccionó el establecimiento señalando que presentaba condiciones generales adecuadas, que solamente se habían detectado irregularidades de carácter secundario, entre otras restricciones al libre acceso de visitas, registro de residentes incompleto y recursos humanos en número inferior al necesario.

Respecto a la restricción de visitas, resultó que la misma había sido solicitado por los hijos de la paciente que contaba con la recomendación del director técnico, amparada por lo dispuesto por el literal j, del artículo 25.to del Decreto 356/016, debidamente documentada en la Historia Clínica. La INDDHH dispuso el archivo sin perjuicio de las actuaciones.

Fuente. Res. 597/2018.

7. Denuncia tramitada en expediente 2017-1-38-0000373. Destinatario MIDES, MSP.

Objeto. Se recibió una denuncia relativa a un ELEPEM en funcionamiento, en la ciudad de Melo, Cerro Largo, que no contaba con la habilitación correspondiente. Considerando las distintas denuncias recibidas respecto al mal funcionamiento de ELEPEM, se consideró de especial importancia, contar con la información del Registro Único Nacional de centro habilitados por el MSP, en consonancia con lo establecido por el artículo 7 de la Ley 17.066.

Recomendación:

Considerando el interés público subyacente, la INDDHH recomendó al MSP que publique en su página web el listado actualizado de residenciales habilitados y en trámite de habilitación, extremo que fue cumplido por el organismo.

Fuente. Res.612/20.

8. Denuncia tramitada en expediente 2018-1-38-0000048. Destinatarios MIDES, MSP, Fiscalía.

Objeto. Se recibió una denuncia sobre irregularidades en un ELEPEM, de la ciudad de Montevideo. La INDDHH informó a los organismos competentes, quienes procedieron a la inspección del establecimiento, constatando irregularidades de diversa índole, no contaba con la habilitación, falta de reserva de alimentos, falta de registro de recursos humanos y residentes, malas condiciones de higiene. Al respecto se formularon las observaciones pertinentes.

Transcurrido un tiempo prudencial, la INDDHH concurrió al establecimiento a efectos de actualizar la información. El equipo técnico fue atendido por

una persona que se identificó como familiar de la persona propietaria del residencial, señaló que no contaba con autorización para permitir el ingreso. El equipo proporcionó los datos de contacto necesarios, pero no obtuvieron respuesta. Valorando que varios aspectos de la denuncia original permanecían incambiados, se remitió la denuncia a Fiscalía a efectos de promover la intervención penal.

9. **Denuncia tramitada en expediente 2018-1-38-0000436.** Destinatario MIDES, MSP. Ante información difundida en medios de prensa respecto a irregularidades en un ELEPEM de la ciudad del Chuy, Rocha, la INDDHH inició actuaciones de oficio, solicitando a los organismos pertinentes.

Desde MIDES se respondió que dado que el establecimiento funcionaba con subsidios del Programa de Soluciones Habitacionales se dio intervención al BPS. Se realizó una inspección preliminar se constató que cuenta con las exigencias mínimas para el funcionamiento de acuerdo a la normativa vigente. No obstante, en algunos turnos existe insuficiencia de personal para la atención de los residentes. Los usuarios manifiestan en términos generales su conformidad con el funcionamiento cotidiano del establecimiento. Asimismo, se informó que se derivaría la situación al MSP a efectos de la fiscalización de los aspectos de su competencia.

Entendiendo satisfactoria la respuesta recibida en tanto se dispuso la fiscalización oportuna del establecimiento, desde la INDDHH se dispuso el archivo sin perjuicio de las actuaciones.

10. **Denuncia tramitada en expediente 2018-1-38-0000558,** relativa a irregularidades en un ELEPEM, consistente en presuntos malos tratos a los residentes y casos de sobre medicación. La INDDHH dio cuenta a los organismos de supervisión. MIDES informó que procedió a la inspección del establecimiento, constatando su funcionamiento de manera regular. Se constataron irregularidades en los registros de datos y falta de consentimiento informado de las personas residentes al momento de su ingreso. Posteriormente las observaciones fueron levantadas por el establecimiento, realizando el seguimiento correspondiente. Los aspectos sanitarios fueron derivados al MSP para su supervisión. Conferida la vista a la persona denunciante, manifestó en términos generales su satisfacción con lo actuado.

11. **Denuncia tramitada en expediente 2020-1-38-0000198.** Se recibió una denuncia por parte de personas amparadas en el derecho de reserva de

identidad (artículo 12 de la ley 18446) y de familiares de un apersona fallecida en un ELEPEM, que de acuerdo a lo manifestado había sido víctima de malos tratos y abuso por parte de los responsables del establecimiento. Algunos denunciantes manifestaron haber presentado la denuncia en el año 2019 ante el MSP y el MIDES sin haber obtenido respuesta. Presentaron material fotográfico del que surgía, personas con chalecos de contención, atadas con «trapos» a sillas y a las camas desde la cintura, pies y manos de las mismas, una persona con heridas. Asimismo, pésimas condiciones de higiene de las instalaciones. Manifestaron que los responsables del establecimiento, gestionan también otros en inmuebles cercanos que carecen de habilitación, realizando el trasiego de pacientes de un centro a otro. Que existía un uso discrecional de medicación, administrada por personal no calificado, que en un caso habría provocado el fallecimiento de un paciente.

Desde la INDDHH se dio cuenta a los organismos de supervisión pertinentes, ASSE, MSP y MIDES.

Los organismos respondieron agregando copia de las actuaciones realizadas conjuntamente. Señalaron haber promovido la imposición de sanciones respectivas de acuerdo a la gravedad de las denuncias cuyos aspectos generales resultaron confirmados, tanto por el MIDES como el MSP. A junio de 2020, el establecimiento continuaba bajo vigilancia estricta, el proceso de atención había mejorado, habiéndose subsanado las observaciones principales. En julio de 2020, ASSE informó que, del conjunto de actuaciones desplegadas en torno al ELEPEM, resolvieron promover acciones penales contra los responsables, solicitaron a la INDDHH copia del material fotográfico. Complementariamente, la INDDHH remitió copia de las actuaciones a la Fiscalía penal interviniente.

iii. A modo de síntesis en materia de recomendaciones de la INDDHH

Del relacionamiento de acciones desplegadas por INDDHH desde el año 2017 en materia de trámites de denuncias o quejas, emerge un conjunto de situaciones vinculadas con irregularidades en el funcionamiento, constatación de falta de controles de los organismos involucrados, problemáticas vinculadas a la violencia y el mal trato.

También surge la preocupación permanente de los organismos articuladores de solucionar las situaciones denunciadas. Entre las recomendaciones realizadas y en función del interés público subyacente, la INDDHH recomendó oportunamente al MSP que publique en su página web el listado actualizado de residenciales habilitados y

en trámite de habilitación, extremo que fue cumplido por el organismo. Así también, la elaboración e instrumentación de un plan periódico de inspecciones a los efectos de prevenir posibles vulneraciones de derechos de los residentes.

Según puede constatarse, se verifica en forma constante la necesidad de intervención de Fiscalía de la Nación y el Poder Judicial.

VI. CONCLUSIONES

Como se ha señalado, se parte de la premisa basada en la importancia de promover el abordaje del fenómeno del envejecimiento desde la perspectiva de los derechos humanos a los efectos de proyectar la consolidación de políticas públicas que puedan proteger con mayor efectividad a las personas adultas mayores de 65 años.

El desarrollo normativo observado en Uruguay evidencia una progresiva adecuación de la regulación legal a los estándares de protección integral de la vejez como una realidad social y no únicamente sanitaria, con aristas a incorporar desde una mirada holística. Del análisis general emerge la preocupación del Estado de contemplar la situación del envejecimiento más allá de múltiples aspectos por profundizar. Téngase presente que en este informe se ha focalizado en la situación de las personas que requieren cuidados en forma permanente o transitorio para su vida cotidiana en la última etapa de la vida.

La institucionalidad se visualiza también ante la constatación de por lo menos dos ministerios, que desde sus diferentes ámbitos abordan específicamente la realidad del envejecimiento, además de la existencia de un órgano especialmente creado a tales efectos, como lo es INMAYORES, perteneciente al MIDES. Eso no implica que otros organismos no se ocupen del tema, lo que en los hechos sucede a través de planes de participación y atención a personas adultas mayores de 65 años. Como hemos expresado, este informe no abarca todas las facetas que pueden llegar a ser objeto de análisis.

Por su parte, los factores positivos especialmente vinculados con el tema de estudio no obstan a que coexistan un número importante de factores que deban ser analizados con profundidad a los efectos de ser incorporados en la adecuación normativa, u objeto de regulación específica, así como también el reforzamiento de una política pública clara y definida en materia de envejecimiento que se traduzca en logros palpables y medidas efectivas y coordinadas para garantizar el goce de los derechos y libertades de este grupo etario.

i. Situación de personas mayores y su condición de vida

En términos generales, **la mayoría de las personas mayores de 65 años no habitan en estos establecimientos cualquiera sea su categorización.** Sin perjuicio de ello, la tendencia iría en aumento. Los datos recogidos demuestran la necesidad de trabajar intensamente en esta realidad social con el objetivo de asegurar los derechos de las

personas que allí residen, prevenir y sancionar conductas que sean violatorias de sus derechos y libertades.

Tal como se ha mencionado, la soledad es un elemento que transversaliza la problemática de la vejez. Y este elemento surge también de las estadísticas que demuestran la gran cantidad de personas mayores que viven solas. Lo que también se acentúa en forma progresiva.

La gran mayoría de las personas que ingresan a los establecimientos lo hacen porque sus familiares o sus familias, cualquiera sea su conformación, no pueden hacerse cargo. No solo por problemas económicos, sino por la dinámica familiar y la realidad cotidiana. En muchos casos, ingresan luego de una situación familiar en la que, además de no ser valorados, son ignorados y poco estimulados en relación con su ciclo vital, considerándoseles una carga. Esto hace que muchos ingresen a los establecimientos sin voluntad de hacerlo, lo que genera un proceso en muchos casos traumático.

Esto puede llegar a unirse en algunos casos de casuísticas de abuso económico intra familiar ante apropiación o administración abusiva de jubilaciones o ingresos de la persona adulta mayor. Por su parte, una vez ingresadas, se verifican múltiples situaciones de abandono moral y, según se han relevado en múltiples testimonios, las visitas en tiempos de normalidad pueden llegar a ser esporádicas o en algunos casos incluso excepcionales.

Este proceso va más allá de la institucionalidad que, como hemos visto, existe en nuestro país sin perjuicio de sus déficits. Requiere de la profundización de políticas públicas analizadas en forma estructural, que enfoquen la problemática de la vejez desde lo social y educativo, además de lo socioeconómico. No se trata en la generalidad de un problema de atención de patologías sanitarias, sino de algo mucho más complejo y estructural vinculado con la franja etaria y su vínculo familiar y social. Las mal denominadas «casas de salud» se han de transformar en establecimientos saludables, amigables y garantes de derechos y, por sobre todas las cosas, abocados a promover la vida integral en la etapa que toque transitar, y no solamente la atención sanitaria en tanto en muchos casos hasta puede no ser necesaria diariamente. Se trata de incorporar un lugar de vida, y no un lugar donde sanar. No en meros depósitos humanos.

ii. Aspectos vinculados con la situación de los establecimientos de larga estadía en sus diferentes categorías

Del estudio general que focaliza en los establecimientos de larga estadía, se han identificado diversos problemas que se detallarán a continuación. Sin perjuicio de ello, se deja constancia de que este punteo no agota la multiplicidad de aristas que

presenta la problemática detectada. Por su parte, conviene aclarar que el carácter de este informe no se centra en aspectos específicos vinculados con la pandemia COVID-19, ni tampoco se ha centrado exclusivamente en lo sanitario. Apunta a un enfoque más general e integral, lo que no obsta a que puedan derivarse aspectos preocupantes vinculados con la situación, como se han observado en algunos establecimientos.

Por tanto, desde esa perspectiva general, situamos en el orden de mayor preocupación los datos que arrojan la posible existencia de establecimientos en variadas y muy diversas condiciones categorizadas en: «condiciones mínimas de funcionamiento» y «en riesgo inminente o críticos», además de otros que no habrían sido objeto de fiscalización o esta se encuentra pendiente. Los «críticos» presentan irregularidades graves a nivel estructural, sanitario y social, suponiendo un riesgo potencial y probable para quienes residen en ellas. Estas situaciones de vulneración de derechos pueden corresponder a diferentes causas; algunas a malas o regulares condiciones edilicias, falta de higiene del local, en otros, además de la escasa provisión de alimentos, la mala higiene de los residentes, situaciones de hacinamiento y en algunos casos sujeciones físicas sin justificar.

El problema radica también en las dificultades de realojo ante la posible o necesaria clausura del establecimiento que se pueda resolver por la autoridad pública. En tanto la clausura del establecimiento implica la eventual o puntual desprotección de la persona, que no tendrá un lugar donde residir, la decisión debería ser acompañada de una solución. Lo que no sería admisible es la permanencia en situaciones que vulneren sus derechos básicos.

La existencia de un subregistro de los SIF genera un cúmulo de situaciones que permanecen en el limbo jurídico, lo que conlleva una incertidumbre y riesgo constante de que coexistan situaciones de vulneración que puedan incluso vincularse con eventuales abusos o fraudes de tipo económico. El relevamiento debido y la regulación incluyendo incentivos en su caso que puedan colaborar con el no cierre, pero sí la adecuación podría ser una de las soluciones a adoptar.

El manejo de los ingresos y egresos es otro elemento preocupante, como se ha visualizado. Su vínculo refiere a la autonomía de la persona como corolario de su libertad.

Por otro lado, de los datos relevados emergerían situaciones que vincularían con una posible violencia económica con la eventual coexistencia de abusos en relación con poderes conferidos por los residentes a personas que usufructuarían de sus prestaciones, problemática que, de alguna manera, debería prevenirse sin afectar en ningún caso la libertad de la persona mayor en relación con el manejo de su dinero, jubilación o haberes.

En relación con el personal que trabaja en los centros de atención, como se ha señalado, la labor de los cuidadores no se encuentra valorada ni social ni económicamente, no constatándose incentivos definidos que aseguren una debida y constante capacitación que proyecten la superación del personal. Esto conlleva a que se proyecten múltiples problemas que hacen a la situación general de los establecimientos.

Por último y si bien se ha destacado la institucionalidad a los efectos de la obtención de mejores logros en relación a la fiscalización y monitoreo, resulta imperioso aumentar el personal de los organismos que se abocan al tema, concretamente INMAYORES. Lo que permitirá descentralizar y anclar en el territorio las necesarias acciones.

iii. Aspectos puntuales a evaluar, adecuar o promover en relación con la situación de los ELEPEM

En forma específica y en relación con la situación de los establecimientos de larga estadía, surge del informe la constatación de diferentes problemas que van desde lo general a lo puntual.

- a. En relación con el trámite de habilitación de los establecimientos, este resulta largo, engorroso y de difícil cumplimiento. Esto lleva a cuestionar si es conveniente o inconveniente la existencia de dos ministerios encargados de la habilitación y el contralor, más allá de reconocer la especificidad de sus funciones.

Podría en tal sentido reafirmarse la innecesaria dicotomía entre lo social y lo sanitario. Si se entiende que la persona es una sola y debe prestarse un servicio integral, no debería ser supervisado en forma disociada por diferentes organismos. Sino, más bien, monitoreada por ambos, pero desde una articulación efectiva y no superpuesta, que apueste al logro de los cometidos en beneficio de los residentes y la sociedad en su conjunto.

- b. La concepción de los ELEPEM como lugares de residencia de personas adultas mayores que no tengan una óptica sanitarista ni de paternalismo médico. Las personas adultas mayores no son personas enfermas, aunque puedan tener patologías. La edad no las determina en su condición humana y no necesariamente sean pacientes de determinada dolencia. El establecimiento debe ser un lugar de residencia donde se brinden cuidados, que estos no son necesariamente sanitarios. El lugar donde se reside debe ser un lugar mínimamente amigable y respetar la autonomía y privacidad de las personas. Identificar o asimilar los ELEPEM a centros de salud conlleva una infraestructura edilicia y de recursos humanos muy diferente a los nuevos conceptos de cuidados en el mundo.

Lo que no obsta y surge en forma lógica de lo formulado en este informe a atender especialmente situaciones sanitarias máxime algunas que se atraviesan atento a situaciones de gravedad generalizada por enfermedades y patologías infecciosas como el COVID-19.

- c. En relación con el órgano supervisor y rector del envejecimiento en Uruguay, esto es INMAYORES, partiendo de la base de la relevancia de su institucionalidad, se destaca claramente la necesidad de reforzar ampliamente sus recursos humanos cuya cantidad es claramente insuficiente, lo que repercute negativamente en su gestión y sensiblemente en su potencial despliegue en el interior del país. El fortalecimiento de su gestión —en la medida en que se potencien los recursos humanos y también logísticos— permitirá y fortalecerá, entre otros aspectos, los procesos de inspección de carácter periódico y permanente de los ELEPEM. La fiscalización administrativa resulta un mecanismo de garantía de los derechos humanos de este colectivo, fundamental e imprescindible. Entendemos que centralizar esta labor en un único instituto brindaría mayor eficacia y efectividad, y las responsabilidades estatales estarían mejor identificadas.
- d. Se considera necesario proceder a reglamentar respecto a la habilitación y fiscalización de los denominados Servicios de Inserción Familiar (SIF) cuyo contralor actualmente se enfrenta a una problemática en relación con cuál es el marco normativo que los regula y el organismo encargado de su control. En los hechos, no cumplen con los requisitos exigidos, no son fiscalizados por INMAYORES por no entrar dentro del ámbito de aplicación del decreto 356 del 2016, lo que provoca que se encuentren en su gran mayoría en la invisibilidad, algunos en la clandestinidad, y en los hechos fuera del contralor estatal.
- e. Se considera necesario reglamentar respecto a la fiscalización de los denominados Servicios de Inserción Familiar (SIF), cuyo contralor se enfrenta actualmente a un vacío legal. En los hechos no cumplen con los requisitos exigidos, pero no son fiscalizados porque no se los consideran ELEPEM, lo que provoca que se encuentren en su gran mayoría en la invisibilidad o clandestinidad, y fuera de todo contralor estatal.
- f. En relación con el ingreso, la permanencia y el egreso de los ELEPEM, se sugiere la creación de mecanismos jurídicos destinados a garantizar y contemplar en forma lo más amplia posible en base con cada situación, el respeto de la autonomía y la voluntad de las personas mayores. Esto ameritaría la posible

incorporación en el ordenamiento jurídico de un proceso judicial abreviado, de carácter sumario y sustancialmente garantista que ayude a contemplar, por ejemplo, el caso de los ingresos de personas mayores sin su consentimiento o cuando coexisten otro tipo de situaciones como las descritas.

- g. Se considera necesaria una reforma legislativa en relación con el instituto de la interdicción, tanto en lo que respecta al proceso judicial de declaración de incapacidad, como a los posteriores procesos de contralor de la gestión del representante y de la situación del interdicto. Esta legislación debe necesariamente adecuarse a los instrumentos internacionales de reconocimiento de los derechos humanos, en especial a la Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad ratificada por nuestro país que consagran un nuevo paradigma bajo el concepto del modelo social de la discapacidad.
- h. Se remarca la necesidad de elaborar instrumentos jurídicos específicos para abordar determinadas situaciones de las personas mayores, tales como: el derecho del relacionamiento con sus familiares, amigos u otras personas con las que pueda tener una relación afectiva; la toma de decisiones para determinados actos cuando la persona mayor no puede prestar su consentimiento, y procesos *proteccionales* frente a situaciones de desamparo que no necesariamente puedan devenir de situaciones de violencia intrafamiliar.
- i. El involucramiento del Poder Judicial resulta prioritario en la comprensión de la problemática y la atención prioritaria en los casos que puedan llegar al ámbito judicial. Así también el rol de la Fiscalía de la Nación y el Ministerio del Interior en relación con las problemáticas que vinculan la violencia institucional e intrafamiliar. La necesaria comprensión de las características de esta heterogénea población y la consideración que el factor «tiempo» para las personas mayores es de especial relevancia, y no está contemplado en los procesos judiciales hoy vigentes ni en la práctica forense.
Algunas cuestiones puntuales que puedan idearse a los efectos de prevenir posibles abusos económicos también serían recomendables. En tal sentido, un relevamiento sobre los poderes emitidos por los residentes y la logística misma del otorgamiento de préstamos por parte del BPS y BROU, a los efectos de poder prevenir posibles maniobras vinculadas con la violencia económica. Podrían verificarse otras acciones relacionadas con análisis de situaciones y la eventualidad de sanción ante infracciones, sin que ello vaya en desmedro

de la privacidad e intimidad de las personas en todos los aspectos de su vida incluyendo lo económico.

- j. Se considera de interés evaluar la necesaria reformulación de instrumentos legislativos o reglamentarios, así como de actos de la administración y de particulares, a los efectos de modificar aquellos que podrían establecer el «edadismo» como elemento discriminador de las personas, ya sea en el acceso a servicios de salud, a la accesibilidad al mercado laboral, al derecho a la educación y a la realización de actividades que puedan restringirse tomando en cuenta la edad y no las aptitudes, habilidades, conocimientos y experticia de cada individuo.
- k. También se estima de especial relevancia proyectar y promover el rol de cuidador/a, específicamente la persona que trabaja en los establecimientos. La valorización de su labor debería tener, además del componente económico (lo que supone un especial estímulo), otro factor vinculado a la formación y capacitación permanente. No ya como una opción, sino como una posibilidad real de superación.
- l. En relación con la capacitación y en función de los dos puntos anteriormente detallados sería recomendable promover el abordaje de la temática en el ámbito de los funcionarios públicos, y en forma transversal, a través de talleres o capacitaciones que faciliten el rol de estos en los diferentes procesos en los cuales se pueden ver involucrados. Especialmente funcionarios del Poder Ejecutivo (MSP, ASSE, MIDES y Ministerio del Interior, entre otros); funcionarios del Poder Judicial, magistrados y defensores de Oficio; y fiscales.
- m. Otro capítulo debería destinarse a una revisión de las prestaciones del BPS y su correspondiente evaluación en términos de eficacia. Como se ha visto, existe una gama importante de prestaciones. Estas son brindadas a aquellas personas mayores de 70 años o más de 80 años. Tomando en cuenta la Convención Interamericana de los Derechos de las personas Mayores, se considera persona mayor a quienes tienen más de 60 o 65 años y, de acuerdo con nuestra legislación interna, a los mayores de 65 años. Por lo tanto las prestaciones que se sirven en virtud de la edad mayor debieran brindarse a partir de los 65 años.
Por otro lado, se entiende conveniente evaluar la posibilidad de que el programa de asistentes personales pudiera iniciarse a partir de los 65 años y no a los 80 años, lo que seguramente promovería la realización plena de más personas adultas mayores.

Se sugiere evaluar si las prestaciones que no tengan que ver con la seguridad social, y que se vinculen con acciones afirmativas por vulnerabilidad social puedan ser llevadas a cabo por el MIDES en forma directa. Esa dispersión de posibles prestaciones, aunque de diversa índole, hace que la protección sea más dificultosa o burocrática en contravención de la necesaria accesibilidad como principio rector.

- n. Así también, se considera de interés la evaluación de una posible implementación de políticas públicas que den alternativas de cuidados y ayudas materiales diferentes a la institucionalización, tales como: adecuaciones de infraestructura de la casa habitación donde viven las personas mayores, colocación de timbres de pánico, agarraderas en las habitaciones, entre otros elementos que tiendan a hacer posible que la persona adulta mayor cumpla con su derecho de vivir en su hogar el mayor tiempo posible.
- o. Por último, subrayar la importancia de la participación de las personas adultas mayores en la elaboración de políticas públicas destinadas a este colectivo, destacándose, en tal sentido, el rol que puedan asumir las organizaciones creadas en el seno de la sociedad civil y la implementación efectiva de la regulación normativa, como por ejemplo, la integración y puesta en marcha de las comisiones de participación previstas en la legislación vigente.
- p. Tener presente en una futura reforma constitucional la incorporación de la perspectiva del envejecimiento y concretamente disposiciones que vinculen directamente a los derechos de este grupo etario.

VII. INTERÉS SUPERIOR DE LA VEJEZ

La *comprensión del envejecimiento* como política pública debe promover la comprensión cultural del envejecimiento como parte del ciclo vital, inserta en el tejido social y familiar, y no como un obstáculo o un lastre.

Partiendo de esta premisa, adecuar las políticas públicas que refieran al envejecimiento resulta prioritario a los efectos de que las personas mayores de 65 años sean consideradas como regla, *sujetos de derecho* en forma plena, sin ninguna limitación basada en consideraciones estigmatizadas que no condicen con la realidad.

Así también erradicar los estereotipos y acciones discriminatorias referidas a la condición etaria con la misma firmeza que han de erradicarse en relación con otros grupos o condiciones. Teniendo presente el principio que denominaremos «interés superior de la vejez» en paralelismo (aunque más ampliado) con el del «interés superior del niño». Lo que supone que a la hora de tomar decisiones o pautar acciones, deba analizarse el interés superior de la persona mayor de 65 años para poder analizarlo con la integralidad que lo requiere, al igual que ya se utiliza como práctica generalizada en sede administrativa, jurisdiccional y no jurisdiccional en la niñez. En clara armonía con la ponderación de derechos a nivel de la comunidad.

Por ende, la adopción de medidas que garanticen el goce de los derechos y las libertades de las personas mayores de 65 años apostando a fortalecer su rol activo en la sociedad en respeto a la autonomía inherente a su persona, dejando de lado las políticas que en definitiva redunden en una «presunta dependencia» que no tenga base científica rigurosa atento a la multiplicidad de tipologías de envejecimiento. Para poder generalizar con ello, el rol activo de las franjas etarias mayores a los 65 años y, en definitiva, proteger el libre ejercicio de derechos y libertades en el marco del interés general como principios básicos del Estado de Derecho y la esencia de la democracia.

A tales efectos, acciones o campañas de sensibilización y promoción de carácter público, generalizado y periódico son especialmente recomendables. Pautadas estas con el objetivo de introducir el mensaje en el entretejido social, lo que permitirá trabajar en la erradicación de estereotipos y prácticas discriminatorias que coexisten en todos los ámbitos, estratos sociales y rangos de edad.

En otro orden, con el fin de fomentar la comprensión, se considera de relevancia la participación de ANEP y MEC, así como las instituciones de formación docente, terciarias y universitarias en la revisión de los programas formales, y concretamente de primaria y secundaria a los efectos de constar y en su defecto incluir la temática del envejecimiento y los derechos humanos.

En el ámbito universitario se señala la importancia de fortalecer las ya existentes redes universitarias en el ámbito público y privado, y atender a la promoción de investigadores en la temática como elemento clave del Sistema Nacional de Investigadores.

Así también y más específicamente, la capacitación en función de la variable del género y envejecimiento, lo que se considera fundamental a los efectos de su análisis en forma conjunta entre INMAYORES e INMUJERES. Las estadísticas de violencia de género en franjas etarias son datos que deberían ser objeto de análisis profundo a los efectos de poder fortalecer acciones más directas que protejan la problemática.

Consejo Directivo INDDHH y Defensoría del Pueblo

A los efectos de este informe, se mantuvieron entrevistas con las siguientes autoridades, representantes de la sociedad civil, academia y otros actores involucrados en la temática. Así también fueron solicitados informes a diversos organismos los cuales fueron relacionados en el cuerpo del documento.

Entrevistas:

Ministerio de Salud Pública (MSP)

Subsecretario de MSP - José Luis Satdjian

Subdirectora General de Salud - Dra. María Luján Giudice

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) e INMAYORES

Ministro de Desarrollo Social (MIDES) - Pablo Bartol

Subsecretario de Desarrollo Social (MIDES) - Armando Castaingdebat

Directora de INMAYORES - Ps. Malva Torterolo y equipo asesor integrado por:

Leticia Díaz, Karina Martínez y María Carbajal.

Banco de Previsión Social (BPS)

Presidente del BPS - Hugo Odizzio

Hospital Piñeyro del Campo

Subdirectora del Hospital Piñeyro del Campo - Alejandra Ferrari y equipo integrado por: Gabriela Ferraro y Larisa Mantosi.

Representantes de la sociedad civil y la academia

Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn) y el Núcleo de Estudios de Envejecimiento y Vejez (NIEVE)

Movimiento de Familiares y Residentes de ELEPEM

Asociación de Residenciales de Adulto Mayor (ADERAMA)

Movimiento Nacional por el Bienestar del Anciano

Red Nacional de Organizaciones de Personas Mayores (REDAM)

ISBN digital: 978-9915-9421-1-7



Institución Nacional de
Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo