

Caracterización sociodemográfica de la población de personas mayores en México, Uruguay y España

MARGARITA MALDONADO SAUCEDO

MARÍA MARTHA RAMÍREZ GARCÍA

ROCÍO ENRÍQUEZ ROSAS

INTRODUCCIÓN

En este capítulo, se encontrará información contextual de cada uno de los casos abordados en los tres países analizados: México, Uruguay y España. En cada caso, se colocó información con relación a: i) sociodemografía de la población de personas mayores; ii) sistema de salud; iii) programas y bienestar social; iv) descripción de los escenarios en los cuales se realizó el trabajo de campo; y v) pandemia por covid-19. Se comienza con el caso de México, seguimos con Uruguay y se finaliza con España. Cabe mencionar que, dentro del apartado en que se escribe sobre la caracterización de los escenarios en cada país, están las formas en que fueron denominados estos, para la escritura de los siguientes capítulos.

Palabras clave: *personas mayores, salud, sociodemografía, México, Uruguay, España.*

CASO MÉXICO

Sociodemografía de la población de personas mayores

En las últimas décadas, el incremento de personas mayores en México ha sido vertiginoso, lo que ha generado cambios relevantes en la pirámide poblacional y en el perfil epidemiológico de la población. Este envejecimiento tiene su impacto en la economía, la salud y los

TABLA 2.1 TOTALES Y PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES POR DÉCADAS Y SEXO DE 2010 A 2050

Diversidad	Totales	Mujeres	Mujeres %	Hombres	Hombres %
2010	10'055,379	5'375,841	53.5%	4'679,538	46.5%
2020	14'425,879	7'813,200	54.2%	6'612,679	45.8%
2030	20'365,839	11'164,886	54.8%	9'200,953	45.2%
2040	26'964,665	14'985,071	55.6%	11'979,594	44.4%
2050	32'427,195	18'182,536	56.1%	14'244,659	43.1%

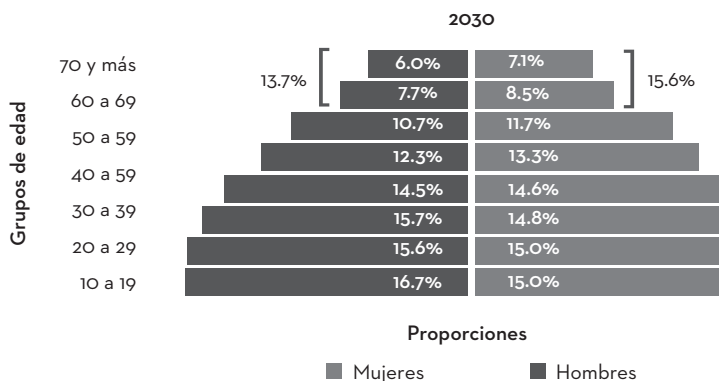
Fuente: Inmujeres (2015).

cuidados, así como en la configuración y la evolución de las estructuras familiares, entre otros. Los factores principales que han favorecido el incremento de personas mayores en el país son la disminución significativa en la tasa de natalidad, el incremento en la esperanza de vida debido a los avances en la medicina y la migración internacional de jóvenes.

En el Censo de Población y Vivienda de 2020 del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi), se determinó que la población de mexicanos es de 126'014,024 personas, de los cuales el 51.2% son mujeres y el 48.8%, hombres (Inegi, 2021a). Respecto a las personas mayores, en la tabla 2.1 se observan los porcentajes, tanto por década como por sexo, con un incremento paulatino de entre cuatro y seis millones por década a partir de 2010, así como su tendencia hasta 2050; de igual forma, podemos ver que, en un periodo de cincuenta años, la población de personas mayores se triplicará; de ahí la importancia de ampliar las investigaciones sobre este grupo etario y sus implicaciones sociales. Otro aspecto relevante en la tabla 2.1 es que, en cada década, las mujeres son más que los hombres (Inmujeres, 2015).

En relación con el género, se estima que en 2030 la incidencia de mujeres y hombres de 60 años y más, con respecto al total de la población, será de 15.6% y 13.7%, respectivamente. La figura 2.1 presenta cómo en las tres primeras décadas de vida de la población, la proporción es mayor en hombres que en mujeres, pero, a partir de los 40 años, las mujeres las superan (Sedesol, 2017).

FIGURA 2.1 TOTALES PIRÁMIDE POBLACIONAL, POR SEXO Y GRUPO DE EDAD PROPORCIÓN 2030



Fuente: Sedesol (2017).

Además de conocer los números totales de las personas mayores, también es importante determinar el índice de envejecimiento (IE), lo que permite hacer mejores proyecciones sobre el incremento de este grupo etario y, por ende, anticipar sus necesidades sociales, de salud, economía, modificaciones en la estructura familiar, e inclusive las adecuaciones de las viviendas. Como nos muestran los datos de Inegi (2021b), en 2020 había 48 personas mayores por cada 100 menores de 15 años, diferencia que se incrementará en 2030 a 63 personas mayores masculinos por cada 100 menores de 15 años, mientras que, para las mujeres, el incremento será de 70 personas mayores por cada 100 jóvenes menores de 15 años (Sedesol, 2017). Este aumento traerá una serie de transformaciones sociales importantes.

Un factor que ha determinado el cambio en la pirámide poblacional es el crecimiento de la esperanza de vida de los mexicanos, que en 2017 era de 77.93 años en las mujeres y de 72.88 años en los hombres (por lo general, son cinco años de diferencia a favor de ellas). Se estima que para 2030, la esperanza de vida para los hombres será de 74.64 años, y de 79.41 para las mujeres (Sedesol, 2017). Es importante considerar que, si bien se ha incrementado la esperanza de vida gracias a la medicina, esto no significa mejor bienestar, ya que un alto porcentaje de adultos

mayores padece alguna o varias enfermedades crónico degenerativas, aunado a los altos niveles de pobreza.

En relación con la pobreza, se observó que en el periodo de 2010 a 2014, su nivel en personas mayores se mantuvo casi igual, es decir, de 43.9% a 43.7%, mientras que la pobreza extrema disminuyó ligeramente, de 11.1% a 8.7%. Se estima que para 2030, el nivel de pobreza disminuya a 41.5% y la pobreza extrema a 4.4%, lo que sería significativo. Cuando estos datos se analizan por género, se aprecia que la pobreza y la pobreza extrema afectan en mayor magnitud a las mujeres mayores. En 2014, el 54.1% de las personas mayores pobres eran mujeres, y el 54.2% en pobreza extrema (Sedesol, 2017). Si bien la pobreza ha disminuido, aún los índices son elevados, si se considera que más del 50% de la población de personas mayores viven en pobreza y pobreza extrema. Con base en los datos de 2020, se encontró que el 41% de la población de personas mayores de 65 años o más viven en situación de pobreza, y el 6.8% en pobreza extrema; además, el 49.4% viven con un ingreso inferior a la línea de pobreza, en tanto que el 19.1% subsiste con un ingreso inferior a la línea de pobreza extrema (Coneval, 2020).

En la sociedad mexicana, hay al menos tres indicadores relacionados con el bienestar de las personas mayores: estado civil, nivel educativo y salud física y mental. En lo que corresponde al primero, las estimaciones del Censo de Población y Vivienda de Inegi 2020 (Inegi, 2021b) (véase tabla 2.2), el 64% de los hombres refieren estar casados, a diferencia del 42% de las mujeres; si se suman los porcentajes de estar viviendo en pareja, 74% corresponde a los hombres y solo el 47% a las mujeres; en contraste, las mujeres viven en viudez un 34%, por solo el 13% de los hombres. Llama la atención los bajos porcentajes en las categorías de separados y divorciados, y una probable explicación es que este grupo etario nació entre los años de 1940 y 1950, cuando la educación, en especial en las mujeres, era aprender los roles culturales de ama de casa, aunado a las creencias religiosas arraigadas, por lo que los divorcios y las separaciones no eran una opción.

Con respecto al nivel educativo de las personas mayores, el promedio general de escolaridad es de 6.5 años, es decir que el 45.9% reportó haber cursado primaria (completa e incompleta) y el 10.4%

TABLA 2.2 PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS POR SEXO SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL, 2020

Estado civil	Mujeres %	Hombres %
Casada(o)	64	42
Viuda(o)	13	34
Viven con su pareja en unión libre	10	5
Soltera(o)	6	9
Separada(o)	5	7
Divorciada(o)	2	3

Fuente: Inegi. Censo de Población y Vivienda 2020. Consulta interactiva de datos. Cuestionario Básico. SNIEG. Información de Interés Nacional.

TABLA 2.3 PORCENTAJES DE LA POBLACIÓN DE 60 AÑOS Y MÁS SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD, 2021

Grado académico	Porcentaje
Sin instrucción	17.5
Primaria incompleta o completa	45.9
Secundaria incompleta o completa	12.5
Media superior incompleta o completa	9.2
Otros estudios superiores	10.4

Fuente: estimaciones del Conapo (2021).

refiere tener estudios superiores. El bajo nivel educativo de este grupo etario tiene un impacto a nivel social, por ejemplo, el 17.5% reportó no tener escolaridad y no saber leer ni escribir, lo cual genera muchas limitaciones para su desarrollo en distintas dimensiones (véase la tabla 2.3) (Conapo, 2021).

Para las personas mayores, el tema de la salud es quizá su mayor prioridad. Como se mencionó líneas atrás, ya que no solo hubo un cambio demográfico sino también epidemiológico, porque a principios del siglo XIX, las personas morían por infecciones y / o enfermedades agudas, lo cual se ha superado con los avances de la medicina. En contraste, los estilos de vida se han modificado y han surgido factores epigenéticos que han contribuido al incremento de las enfermedades crónico degenerativas en este grupo etario; por ejemplo, existe una menor movilidad física entre ellos y ellas, además de que la

TABLA 2.4 PORCENTAJES SOBRE LAS CONDICIONES GENERALES DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS O MÁS POR SEXO. SALUD PÚBLICA MÉXICO, 2020

Autorreporte médico de enfermedades	Nacional %	Mujeres %	Hombre %
Hipertensión	42.4	47.8	35.2
Hipercolesterolemia	25.5	29.3	20.6
Diabetes	25.1	27.1	22.4
Enfermedad renal	16.3	19.5	12.1
Enfermedades del corazón (infarto, insuficiencia cardiaca)	7.1	7.6	6.6
Embolia o infarto cerebral	1.2	1.2	1.3
Salud mental			
Síntomas depresivos	40.6	46.5	32.8
Deterioro cognitivo (aprender, recordar y concentrarse)	5.6	5.5	5.7

Fuente: Salinas-Rodríguez et al. (2020).

alimentación se ha industrializado en gran medida, perdiendo así nutrientes, y las demandas sociales y económicas han incrementado de manera significativa los niveles de estrés, por mencionar solo algunas causas. La tabla 2.4 nos muestra las enfermedades crónico degenerativas más frecuentes en personas mayores. El porcentaje nacional más alto es la hipertensión (42.4%), seguida de la hipercolesterolemia (25.5%), la diabetes (25.1%) y las enfermedades renales (16.3%). Después de estos cuatro padecimientos, los porcentajes disminuyen de manera considerable en comparación con las enfermedades del sistema circulatorio (infartos y embolias).

Cuando el análisis se realiza por género, se detecta que las mujeres mayores son quienes presentan porcentajes más elevados en cuatro de las seis enfermedades descritas (Salinas-Rodríguez et al., 2020). Datos del Inegi de 2021 muestran que las cinco principales causas de defunción en las personas mayores son enfermedades del corazón, covid-19, diabetes mellitus, tumores malignos, influenza y neumonía (2021c).

En cuanto a la salud mental, las mujeres muestran porcentajes más elevados con respecto a la sintomatología depresiva, pero, en lo que toca al deterioro cognitivo, no hay diferencias.

Sistema de salud y seguridad social en México: contributivos y no contributivos

Después de describir de manera sucinta las características básicas de la población de personas mayores en México, se mencionan las principales instituciones de salud que brindan un Estado de bienestar a la población en general. Para conocer los antecedentes al respecto, es necesario mencionar que, a partir de la Constitución mexicana de 1917, surgen los primeros esfuerzos por establecer un Estado de derecho socialmente más justo (Ordoñez, 2009). Existen los sistemas de seguridad social contributivos y no contributivos, que a continuación se describen.

Sistema de seguridad social contributivo

Los servicios de seguridad social y de salud contributivos en México se dividen en dos grandes categorías: públicos y privados. En la atención pública, hay un vínculo tripartito donde interviene el gobierno, el empleador (público o privado) y el trabajador; en lo privado, es el empleador y / o el individuo mismo.

Entre los sistemas de seguridad social y salud pública de esta categoría, están:

Sindicato de Trabajadores Petroleros de la República Mexicana (stpmr)

En Petróleos Mexicanos (Pemex), en 1942, se firmó el primer contrato colectivo de trabajo en donde se consideró el derecho a los servicios médicos, las prestaciones en caso de enfermedades, los accidentes, la jubilación y la muerte. Además, se incluyeron beneficios para la vivienda, fondos de ahorro, cuidado diurno, servicios culturales y educativos, incluidas las becas. A fin de recibir una pensión por vejez, se requiere un mínimo de 25 años de servicio y 55 años de edad. Asimismo, hay jubilaciones por discapacidad permanente y pensiones de sobrevivencia para los dependientes de los trabajadores fallecidos (Valencia et al., 2013).

Instituto Mexicano del Seguro Social (imss)

En 1943, Manuel Ávila Camacho, presidente de México, fundó el IMSS, cuyos principales beneficiados fueron los obreros de empresas privadas y paraestatales, y desde entonces se ha convertido en el servicio de salud pública gratuita más importante del país. El IMSS incluye un conjunto de seguros de retiro y vejez, así como pensiones de supervivencia para los dependientes de los trabajadores fallecidos, seguro de invalidez y, además, protege contra riesgos en el trabajo y otros asociados con enfermedades y maternidad. Para jubilarse, los trabajadores afiliados deben tener al menos 60 años de edad, quienes tienen que elegir entre una renta vitalicia, actualizable según la inflación, o retiros programados (Ordoñez, 2009; Valencia et al., 2013).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (issste)

En 1959, con Adolfo López Mateos en la presidencia, se inauguró el ISSSTE, que ofrece servicios de salud a empleados públicos, burócratas y maestros prestadores de servicio y sus familias en toda la república. Incluye seguros de retiro y pensiones de sobrevivencia, seguro de vejez, invalidez y salud, así como protección contra los riesgos del trabajo. Al igual que el IMSS, el ISSSTE ofrece acceso a guarderías y otros servicios sociales, como los fondos para la vivienda, préstamos personales y servicios culturales y sociales (Ordoñez 2009; Valencia et al., 2013; Castro, 2019).

Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas (issfam)

Surgió en 1976 por decreto presidencial de José López Portillo, siendo el único instituto que administra los fondos colectivos de jubilación de las Fuerzas Armadas, es decir, no opera con cuentas individuales, sino con el Fondo del Seguro Colectivo de Retiro. Para acceder a este régimen de seguridad social, es necesario haber cumplido 20 años de servicio (Valencia et al., 2013). El ISSFAM comprende a los

trabajadores del Ejército Mexicano, la Marina Armada de México y la Secretaría de la Defensa Nacional (Ronzón-Hernández y Montoya-Arce, 2013).

Actualmente, el 81.1% de la población de 65 años y más está afiliado en alguna de las instituciones de salud: IMSS, 52.2%; ISSSTE, 12%; y Pemex y Defensa o Marina, 29% (SUIEV, 2021).

En resumen, podemos decir que estas cuatro instituciones son las que ofrecen servicios de seguridad social y de salud gratuito a la población que está laborando de manera formal, lo que significa que un sector de la población que trabaja en la informalidad no tiene acceso, por lo que se han generado programas gubernamentales no contributivos que ofrecen diversos tipos de apoyos (salud, apoyo económico, alimentos, entre otros) para mejorar el bienestar de este sector de la población.

Sistema de seguridad social no contributivo

En las últimas tres décadas, han existido diversos programas de seguridad social no contributivos, cuyo objetivo es procurar el bienestar de la población que trabaja en la informalidad y disminuir los niveles de pobreza. A continuación, se mencionan los programas más relevantes en los diversos periodos presidenciales a partir de Carlos Salinas de Gortari (1988-1994), en donde se retoma el énfasis en mejorar el bienestar de la población mencionado en la Constitución de 1917.

Programa Nacional de Solidaridad (Pronasol)

El Pronasol, también conocido simplemente como Solidaridad, se inauguró en diciembre de 1988 en el periodo presidencial de Carlos Salinas de Gortari. Su objetivo era mejorar el bienestar de la población, creando, a través de medios productivos, un piso social básico. “Los objetivos explícitos de Solidaridad son muy amplios y se agrupan en los siguientes ejes: combatir la pobreza en el marco de un proyecto de desarrollo nacional; incidir en el bienestar social, promoviendo la corresponsabilidad de la sociedad; modificar la relación sociedad-Estado, con el consiguiente impacto en el ámbito de lo político” (Cortez

et al., 1993, p.7). El programa estaba organizado en tres áreas: solidaridad para el bienestar social, solidaridad para la producción, y solidaridad para el desarrollo regional. Este programa se fue eliminando gradualmente durante el periodo presidencial de Ernesto Zedillo, dado que México enfrentó una crisis económica severa (Martínez-Flores y Benavides, 2018).

Programa de educación, salud y alimentación (Progresá)

En 1997, el presidente Ernesto Zedillo anunció la creación del Progresá, que representó una nueva forma de política social que sirvió como ejemplo a varios países de América Latina y el mundo. Sus innovaciones principales fueron integrar en un solo programa las dimensiones de salud, alimentación y educación; al mismo tiempo, trabajar en el alivio de la pobreza (por medio de transferencias económicas) y la creación de capital humano para una mejor inserción de las siguientes generaciones en el mercado de trabajo (a través del cumplimiento de corresponsabilidades y de someterse a evaluaciones externas de impacto) (Hevia, 2009).

Programa de Desarrollo Humano Oportunidades

Con la llegada de Vicente Fox a la presidencia (2000), en 2002 se emitió un decreto que anunciaba la creación del Programa Nacional de Desarrollo Humano Oportunidades y la desaparición del Progresá (Hevia, 2009). Oportunidades tuvo tres ejes principales: i) transferencias directas a la población objetivo, condicionadas a ciertos comportamientos con el fin de proteger a las familias pobres; ii) mecanismos de monitoreo rigurosos para evaluar los resultados; y iii) sistemas operativos para identificar a los beneficiarios. En 2006, la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) creó un programa nacional de transferencias condicionadas, dirigido a los beneficiarios de Oportunidades que tuvieran 70 años y más. La asignación era entregada a los adultos mayores que pertenecieran a las familias inscritas en dicho programa, y sujeta a la asistencia a las citas programadas con el personal de salud

y los cursos de capacitación para el autocuidado de la salud (Araujo y Suárez, 2013).

Programa de Inclusión Social (Prospera)

En septiembre de 2014, durante la administración de Enrique Peña Nieto (2012–2018), en septiembre de 2014 comenzó Prospera, que se convirtió en parte de dos estrategias de política social: la Cruzada Nacional contra el Hambre y la Estrategia Nacional de Inclusión. Su objetivo fue trascender el asistencialismo del programa Oportunidades, buscando incorporar la participación social, con énfasis en la coordinación interinstitucional y entre órdenes de gobierno para atender con efectividad la problemática de la pobreza (Hernández et al., 2019)

Seguro Popular

Los gobiernos reconocían el alto porcentaje de la población que, por estar en la informalidad, no tenían derecho a los servicios de salud gratuitos, y fue durante el sexenio de Vicente Fox que en 2005 surgió el Programa de Protección Social en Salud, llamado coloquialmente Seguro Popular, cuyo objetivo fue ofrecer servicios gratuitos para toda la población, con una duración de 15 años. El origen del Seguro Popular estuvo sustentado en la Ley General de Salud, aprobada en 2003, para hacer frente a las duras limitaciones de acceso a la seguridad social en salud. Tal y como se recoge en la Constitución, esta ley busca lograr la cobertura universal de salud para todos los ciudadanos, así como la creación de un Sistema de Protección Social en Salud para las familias que no tienen acceso a la seguridad social. El sistema se combinaba con los servicios de seguros de salud existentes ofrecidos por otras instituciones públicas, y su principal instrumento era el Seguro Popular, aun cuando en los siguientes años se han introducido muchas herramientas nuevas como el Seguro Médico para una Nueva Generación, el Seguro para un Embarazo Seguro y el Fondo de

Protección contra Gastos Catastróficos (Valencia et al., 2013; Barba y Valencia, 2016).

Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi)

El gobierno de Andrés Manuel López Obrador inauguró, en enero de 2020, el Insabi, que vino a sustituir al Seguro Popular. Su objetivo es brindar servicio de salud gratuito a todas las personas que no estén inscritas en ningún sistema de salud contributiva, y es un órgano descentralizado de la Secretaría de Salud. Los beneficiarios podrán recibir servicios médicos sin restricciones, al igual que recibirán medicamentos gratuitos (Insabi, 2020).

Hasta aquí, lo descrito se refiere en esencia a programas de apoyo para disminuir los índices de pobreza en el país. Lo que se observa con claridad es la falta de continuidad de dichos programas, ya que prácticamente en cada periodo presidencial se generaron nuevos planes de atención social por parte de la federación. Quizás este constante cambio ha sido un factor que ha limitado combatir de manera eficaz la pobreza en el país, dado que los índices al respecto siguen siendo elevados. También, lo que se refiere a la atención de la salud ha sido abordado de forma parcial por las discontinuidades en los programas e iniciativas en este campo tan importante, en especial para los grupos más vulnerables.

A nivel de las organizaciones no gubernamentales, existe un amplio número que tienen como objetivo el bienestar de la población en diversas áreas, sobre todo para las personas que trabajan en la informalidad.

Programas federales de bienestar social en favor de las personas mayores

Con relación al tema de las personas mayores, las instituciones de seguridad social de la federación tuvieron sus inicios a mediados del siglo XIX. Sin embargo, las acciones concretas surgieron hasta la mitad de la década de 1970 (Vivaldo y Martínez, 2015). A continuación, se presentan de manera sucinta programas representativos en apoyo a la población de personas mayores, con énfasis en lo social, la

investigación y una propuesta para gestar ciudades amigables para las personas mayores en México.

Instituto Nacional de la Senectud (Insen)

El interés por el tema del envejecimiento en México se enfatiza, primero, por el impacto en la transición demográfica y epidemiológica del país, donde el incremento de las personas mayores se empieza a visibilizar y las enfermedades crónico degenerativas comienzan a aumentar. Aunado a lo anterior, un elemento a considerar fue la realización de la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, en 1982, siendo México la sede de la conferencia preparatoria de la Organización Mundial de la Salud (OMS), de donde surgió un documento titulado *La política de salud y el envejecimiento*. Un tercer aspecto fue la creación, en la administración del presidente José López Portillo, de dos instituciones responsables de este grupo etario: el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), en 1977, y el Instituto Nacional de la Senectud (Insen), el 22 de agosto de 1979 (Vivaldo y Martínez, 2015).

El Insen tenía la calidad de organismo descentralizado para brindar protección, ayuda, atención y orientación de la población senecta, así como para el desarrollo de acciones asistenciales del gobierno federal. La intención era crear un organismo que se ocupara de la atención integral del anciano. A través del Insen, en 1981 se establecieron seis albergues de atención interdisciplinaria gerontológica. Asimismo, en 1982 dio inicio la instalación de clubes de la tercera edad en diversos estados de la república, para “promover el desarrollo humano de las personas adultas mayores, brindándoles cursos, talleres, capacitación en diversas manualidades, recreación física y deporte, entre otras actividades, fomentando con ello la ocupación del tiempo libre y la convivencia con personas del mismo grupo etario” (Sedesol, 2014, p.5).

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (Inapam)

El Insen quedó adscrito a la Secretaría de Desarrollo Social (Sedesol) y en 2002 cambió su nombre por el de Instituto Nacional de Adultos

en Plenitud (Inaplen), que a su vez se transformó en lo que hoy es el Instituto Nacional de Personas Adultas Mayores (Inapam). El 25 de junio de 2002, se promulgó la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, a cuyo amparo está regulado el Inapam, lo que significó un mayor posicionamiento del tema en la política pública del país, para “garantizar el ejercicio de los derechos de las personas adultas mayores, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento” (Sedesol, 2014, p.4).

Hoy, el Inapam cuenta con diversos programas a favor de las personas mayores: centros de atención integral, albergues y residencias de día, capacitación, centros culturales, clínicas de memoria y clubes en todo el país (Gobierno de México, 2020).

Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México (Enasem)

Es una encuesta longitudinal de adultos de 50 años y más en México, la cual se realizó por vez primera en 2001, con la colaboración del Inegi, así como de investigadores de las universidades de Pennsylvania, Maryland y Wisconsin, y de la Universidad de Texas Medical Branch (UTMB), el Instituto Nacional de Geriatría (Inger), el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la Universidad de California Los Ángeles (UCLA). El Enasem está parcialmente financiado por el National Institutes of Health / National Institute on Aging. A partir de entonces, se han realizado encuestas en 2003, 2012, 2015 y 2018, cuyo objetivo ha sido obtener información actualizada sobre el proceso de envejecimiento, así como su impacto en las enfermedades en la población de 50 años y más (Inegi, 2018).

Instituto Nacional de Geriatría (Inger)

Un grupo de 33 especialistas en envejecimiento y salud, provenientes de los Institutos Nacionales de Salud, el IMSS, el Inapam, la Facultad de Medicina de la UNAM, la Fundación Mexicana para la Salud y el DIF, entre otros, iniciaron en enero de 2007 el proceso de creación del Inger.

El 28 de julio de 2008, Felipe Calderón Hinojosa firmó el decreto presidencial que creaba este instituto, cuyo propósito era contribuir a mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población mexicana envejecida a través de la investigación en salud, así como la generación de conocimiento y propuestas de acción que lleven a la definición de políticas públicas para favorecer el envejecimiento saludable de la población en México, donde participaban los sectores social y privado. Asimismo, el 30 de mayo de 2012, fue publicado en el Diario Oficial de la Federación el decreto de Creación del Instituto Nacional de Geriátrica como Instituto Nacional, que habrá de conducir al fortalecimiento del trabajo de manera horizontal con los Institutos Nacionales de Salud en su conjunto y de forma coordinada con el Sector Salud (Secretaría de Salud, 2016).

Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez (suienv)

En noviembre de 2011, el rector de la UNAM, José Narro Robles, tomando en cuenta que el fenómeno del envejecimiento constituía un tema central en el desarrollo social y en las políticas de salud del país, consideró la creación de esta actividad: “El SUIEV tiene como objetivo principal la construcción de redes, actividades de colaboración y proyectos interdisciplinarios, que afirmen a la UNAM como un actor importante en las estrategias a largo plazo frente al envejecimiento de nuestra población” (Red Latinoamericana de Gerontología, 2011, p.1). Es, quizás, la red que más aporta a la investigación interdisciplinaria a favor de las personas mayores en el país.

Transferencia monetaria a las personas mayores

Otro de los apoyos en México son las transferencias monetarias para favorecer los ingresos de las personas mayores en pobreza. De manera sucinta, se mencionan solo dos de los diversos programas que se han implementado.

El Programa 70 y Más otorgó transferencias monetarias para mejorar el ingreso de las personas mayores de más de 70 años y que no contaban con una pensión contributiva ni estaban afiliados a una institución de seguridad social, con una cobertura nacional. Este programa comenzó en 2012 con un monto transferido de \$500.00 mensuales. Además, se implementaron acciones para aminorar el deterioro de la salud física y mental de sus beneficiarios a través de la red social conformada por promotores, gestores y facilitadores voluntarios, y se integraron acciones de vinculación y coordinación interinstitucional para brindarles una mayor oferta de servicios que otorga el Estado (Coneval, 2013).

A partir de 2022, a través del Programa para el Bienestar de las Personas Mayores, se menciona que todas las personas mayores de 65 años recibirán una pensión de 3,850 pesos bimestrales (Secretaría del Bienestar, 2021).

Ciudades Amigables de la oms

La OMS propuso, en 2005, durante el XVII Congreso Mundial de Gerontología en Río de Janeiro, Brasil, en un marco de respeto e inclusión social, la creación del proyecto de Ciudades Amigables con las Personas Mayores; por ende, se dio a la tarea de crear una Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. En 2007, se publicó una guía que determina lo que es una ciudad amigable para las personas mayores. Dicha organización menciona que se requiere tener básicamente un entorno urbano integrador y accesible, lo que significan espacios al aire libre y edificios con instalaciones adecuadas para personas mayores, transporte respetuoso, accesible y seguro, entre otros determinantes. Asimismo, se busca fomentar el envejecimiento activo con el fin de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad, y mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen

A nivel internacional, la red está conformada por 705 ciudades en 41 países, cuya labor se orienta, principalmente a: i) inspirar el cambio, indicando qué son y cómo crear los entornos amigables; ii) conectar

a las distintas ciudades alrededor del mundo, para intercambiar información sobre el tema; y iii) apoyar a estas comunidades para que, en conjunto, puedan encontrar soluciones innovadoras y verificables. España es el país con mayor número de ciudades amigables para las personas mayores, con 156 (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2019; Gobierno de Guadalajara, 2020).

En México, se han incorporado a dicha red: San Agustín de Tlaxiaca en el Estado de Hidalgo, en 2014; mientras que en el estado de Jalisco, Guadalajara, en 2016; Zapopan, en 2018; y Tlajomulco, en 2020. Es por ello que el Plan estratégico para una ciudad amigable con los adultos mayores tiene como base este modelo, atendiendo las tendencias mundiales, que sin duda impactan a nuestras ciudades (Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, 2019; Gobierno de Guadalajara, 2020).

Descripción de los escenarios en México donde se realizó trabajo de campo

En México, el levantamiento de los datos se realizó en cinco escenarios de investigación diferentes, que se describen enseguida.

Centro de día dif Bugambilias (cddifb-mx)

Ubicado al sureste de la ciudad, fue inaugurado en 1980. Su objetivo es brindar atención integral y apoyos asistenciales diversos para la inclusión y el envejecimiento activo de las personas adultas mayores. Asisten un promedio diario de cien personas mayores, quienes participan en una diversidad de actividades lúdicas y educativas, como baile, grupo de canto, pintura, ejercicios cognitivos y manualidades, solo por mencionar algunas (Peregrina, s / f). En esta institución, se entrevistó a 42 personas mayores durante un periodo de cuatro meses. En su realización, participó la mayoría de los académicos de esta investigación, así como cuatro estudiantes de la Licenciatura en Psicología del ITESO.

El Voluntariado Estamos Contigo (vec) (oscpam-mx)

Es una asociación no gubernamental con presencia en 70 colonias marginadas del área metropolitana de Guadalajara, agrupadas en 14 centros comunitarios donde se atiende al mes a 2,618 familias. La misión del VEC es impulsar la autonomía y las facultades autogestivas de las personas que integran las comunidades marginadas, a través de procesos participativos que contribuyan a desarrollar el potencial humano y organizativo, para mejorar su calidad de vida. En esta asociación se realizaron algunas entrevistas individuales con personas mayores, a la coordinadora de la asociación, así como a grupos focales en la comunidad de la Huizachera.

Conjunto Residencial Privado 70 y Más (crp-mx)

Esta es una residencia para personas mayores de 70 años, cuyo objetivo principal es ofrecer al residente un hogar seguro, diseñado y construido para crear un ambiente de paz y armonía, donde se viva con tranquilidad y seguridad y con total respeto a la privacidad e independencia. Aquí se entrevistó a los residentes, al personal y los directivos de la institución.

Organización de la sociedad civil (osc2-mx)

Es una casa de retiro constituida por una asociación civil formada por 30 personas mayores, parientes y amigos, que desean vivir en armonía y compartir en sus próximos años, y en la etapa de retiro y vejez, un lugar creado gracias a su trabajo dentro de la etapa productiva de sus asociados (Mass, 2018). En este escenario, se entrevistó a cinco personas mayores y a un ejidatario.

Casa de Retiro Ecológica y Autosustentable (osc3-mx)

Se trata de una comunidad ecológica localizada en un municipio del estado de Jalisco, México. Esta asociación civil tuvo sus inicios en la década de los ochenta del siglo XX. Comenzó cuando más de cien

TABLA 2.5 TOTAL DE LA MUESTRA MEXICANA POR ESCENARIO

Escenario	Total de entrevistas a personas mayores	Total de entrevistas a directivos y personal / ejidatario	Total de grupos focales
Centro de día DIF Bugambilias (CDDIFB-MX)	19	3	0
El Voluntariado Estamos Contigo (VEC) (OSCPAM-MX)	1	1	2
Conjunto residencial privado 70 y Más (CRP-MX)	16	5	1
Casa de Retiro Ecológica y Autosustentable (OSC3-MX)	8	0	0
Organización de la sociedad civil (OSC2-MX)	5	1*	1
Total de entrevistas	49	10	4

* Ejidatario.

practicantes de disciplinas espirituales alternativas fueron invitados a fundar una comuna para el desarrollo humano. Bajo la orientación de un guía, se organizaron, y cerca de treinta personas adquirieron un terreno rural de unas treinta y siete hectáreas. En la actualidad, residen alrededor de 120 personas en unas veinte viviendas. Se cuenta con un espacio común, que es un área abierta y salón de asamblea, un área de comedor, una escuela, un oratorio indígena y un espacio para las ceremonias rituales. Esta comunidad intergeneracional deposita un rol central en las personas mayores, abuelas y abuelos, quienes, con su experiencia y sabiduría, guían y orientan en las decisiones comunitarias.

La tabla 2.5 muestra la cantidad de entrevistas realizadas a las personas mayores, directivos y / o coordinadores, un ejidatario y a los grupos focales. En el caso mexicano, el trabajo de campo tuvo una duración aproximada de seis meses.

Pandemia por covid-19 en el contexto mexicano

Aunque el estudio realizado finalizó en su fase de trabajo de campo en el primer semestre de 2019, ante la situación de pandemia que

sufre el país desde 2020, es relevante mencionar algunas cifras. Al 25 de enero de 2022, con base en los datos de la Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud, a nivel nacional se contabilizan 4'983,728 casos positivos estimados, 317,649 defunciones estimadas y activos estimados de 293,602. De los casos confirmados, 4'730,669, el 51.31%, corresponden a mujeres y el 48.69% a hombres. Con relación a las comorbilidades principales en casos confirmados, el 13.44% sufre hipertensión, 11.23% obesidad, 10.21% diabetes y 6.21% tabaquismo. Es en el rango de edad de los 30 y 40 años en donde se acumulan la mayoría de los casos confirmados, y también se registran los casos de hombres *versus* mujeres (Gobierno de México, 2022).

Es importante mencionar que los datos se están actualizando de manera constante, por lo que se espera un incremento mayor de personas contagiadas de covid-19 en sus diversas variantes.

En Jalisco, según los datos del Radar Jalisco del Gobierno del Estado, al 25 de enero de 2022 se han contabilizado 458,756 casos confirmados y 17,881 defunciones. Si bien los datos van aumentando de manera vertiginosa, es importante considerar que las personas mayores de 60 años y más, sobre todo con alguna enfermedad crónico degenerativa, son las de mayor riesgo (Gobierno del Estado de Jalisco, 2022).

Existe un amplio número de estudios desde diferentes perspectivas de la población de personas mayores con relación al covid-19. Sin embargo, un aspecto relevante es el impacto en el estado emocional generado por la necesidad de permanecer en casa para evitar contagios. En 2021, en el Estado de México se realizó un estudio en el INSP con 495 personas mayores de 65 años que vivían solas, siendo esta población altamente vulnerable al respecto. La soledad se define como “la insatisfacción del individuo con la frecuencia y cercanía de sus contactos sociales o la discrepancia entre las relaciones que tiene y las relaciones que le gustaría tener” (INSP, 2021, p.100). En la tabla 2.6, se presentan algunos de los resultados.

Los datos que se muestran en la tabla 2.6 reflejan lo limitadas que son las redes sociales de las personas mayores que viven solas, lo que puede generar sentimientos de abandono y sintomatología de depresión.

TABLA 2.6 PORCENTAJES SOBRE LAS REDES SOCIALES, ACOMPAÑAMIENTO Y COMUNICACIÓN EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REPORTARON VIVIR SOLOS

	Pregunta	Sí %	No %	A veces %
1	¿Alguna persona (familiar o amigo) le llamó a usted por teléfono, WhatsApp, Skype, Facebook, etcétera?	47.9	51.1	1.0
2	¿Usted le llamó a alguna persona (familiar o amigo) por teléfono, WhatsApp, Skype, Facebook, etcétera?	41.5	56.9	1.6
3	¿A usted le hubiera gustado hacer nuevos amigos?	29.4	62.8	7.8
4	¿A usted le hubiera gustado formar parte de los grupos a distancia para ver y escuchar música, películas, etcétera?	21.6	75.1	3.3
5	¿A usted le hubiera gustado compartir a distancia sus ideas para llevar a cabo actividades de ocio?	25.3	71.7	3.0

Fuente: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre covid-19 (Shamah-Levy et al., 2021).

TABLA 2.7 PORCENTAJES SOBRE LA PERCEPCIÓN DE SOLEDAD EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS Y MÁS QUE REPORTARON VIVIR SOLOS

	Pregunta	Siempre %	A veces %	Nunca %
1	¿Usted tiene alguien con quien pueda hablar de sus problemas cotidianos?	49.3	37.8	12.9
2	¿Usted cree que hay personas que se preocupan por usted?	72.8	21.6	5.7
3	¿Usted tiene amigos o familiares cuando le hacen falta?	61.6	31.2	7.2
4	¿Usted siente que no le hacen caso?	17.6	31.4	51.0
5	¿Usted se siente triste?	10.6	43.7	45.7
6	¿Se siente usted solo o sola?	13.1	36.6	50.3
7	Y por la noche, ¿usted se siente solo(a)?	14.8	29.3	55.9
8	¿Usted se siente querido o querida?	66.6	22.8	10.6
9	Durante el tiempo de confinamiento (del 23 de marzo al 31 de mayo), ¿usted tuvo que salir de su casa?	10.1	15.1	74.8
10	Durante el tiempo de confinamiento (del 23 de marzo al 31 de mayo), ¿alguien le apoyaba para hacer las compras?	35.0	27.7	37.3

Fuente: Ensanut 2020 sobre covid-19, México.

Además de las redes de apoyo y acompañamiento, también se analizó la percepción de la soledad de este grupo etario. En la tabla 2.7, se presentan los resultados.

La tabla 2.7 refleja que, en situación de pandemia, la mayoría de las personas mayores que viven solas reportaron no salir de casa (74.8%), así como un limitado apoyo para hacer compras (65%); aunado a esto, el 50.7% refieren que hablar con alguien de sus problemas cotidianos es limitado (INSP, 2021).

En conclusión, los datos de las tablas 2.6 y 2.7 presentan limitadas redes de apoyo social y efectos emocionales por el confinamiento a causa de la pandemia por covid-19, además de que el género y la edad son factores que hacen diferencia en los contagios, por lo que es central que las autoridades de salud mantengan y mejoren el monitoreo de los niveles de contagio entre las personas mayores vulnerables.

CASO URUGUAY

A continuación, se presenta de forma breve cada uno de los apartados que se analizaron para brindar una visión general del fenómeno del envejecimiento en Uruguay.

Sociodemografía de la población de personas mayores en Uruguay

Uruguay es un país longevo. En el censo de 2020, se destaca que las personas de 60 años y más corresponden a un 19.7% de la población, y existen 699,063 centenarios, lo que da cuenta que tiene una estructura poblacional envejecida (INE, 2021).

En 2020, Uruguay contaba con 3'530,912 de personas, con una población femenina de 1'819,421, lo que equivale a un 51.5%, mientras que los varones eran 1'711,491, es decir, un 48.5%. Este país está conformado por 19 departamentos: Artigas, Canelones, Cerro Largo, Colonia, Durazno, Flores, Florida, Lavalleja, Maldonado, Montevideo, Paysandú, Rivera, Rocha, Río Negro, Salto, San José, Soriano, Tacuarembó y Treinta y Tres (INE, 2021).

TABLA 2.8 TOTALES Y PORCENTAJES DE PERSONAS MAYORES DE 65 Y MÁS, POR GÉNERO Y ZONA (URBANA Y RURAL) PARA EL AÑO 2020

Género	Total país número	Total país %	Zona urbana número	Zona urbana %	Zona rural número	Zona rural %
Hombres	208,426	12.18	193,792	11.95	14,634	16.34
Mujeres	306,845	16,86	294,875	18.88	11,970	16.42
Total	515,271	14.59	488,666	14.51	26,604	16.39

Fuente: Indicadores socioeconómicos y demográficos. *Boletín sobre Personas Mayores* (AGSS y APSS, 2019).

La baja natalidad, la baja mortalidad, así como la emigración, son factores para que la población uruguaya no crezca como en otros países de América Latina (Brunet y Márquez, 2017).

La esperanza de vida para las mujeres en todo el país, en 2020, se proyectaba en 81.11 años, y para 2025 se esperaba de 81.77; para los varones, la esperanza era de 74.55 años en 2020, mientras que se proyectaba de 75.48 años para 2025 —en donde se hace visible la feminización de la vejez (INE, 2020).

Como se menciona en el *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en el Uruguay* (2017), es necesario reconocer las necesidades de las personas mayores según su edad, ya que cada grupo tiene demandas, deterioros y necesidades distintas, y es aquí donde se pueden brindar elementos que de una forma heterogénea puedan coincidir en cada grupo poblacional.

Los adultos mayores entre 65 y 84 años son quienes experimentan actividades que los mantienen independientes, activos en lo laboral e integrados en lo social. Por otro lado, las personas con más de 84 años son en las que los problemas de salud se hacen presentes con mayor fuerza, por cuestiones propias del deterioro físico y mental, lo cual puede limitar su participación social y empiezan a depender más de otros en su vida cotidiana.

En la tabla 2.8 se ilustra la distribución de personas mayores de 65 y más por género y zona rural y urbana para el año 2020 (AGSS y APSS, 2019).

TABLA 2.9 PORCENTAJES DE ESTADO CIVIL POR GÉNERO EN PERSONAS MAYORES DE 65 O MÁS

Estado civil	Hombres %	Mujeres %
Casados(as)	64.92	33.80
Unión consensuada	8.19	3.59
Divorciados(as)	12.03	14.95
Viudos(as)	10.90	42.59
Solteros(as)	3.95	5.07

Fuente: *Boletín personas mayores* (AGSS y APSS, 2019).

TABLA 2.10 PORCENTAJES DEL NIVEL EDUCATIVO POR GÉNERO EN PERSONAS MAYORES DE 65 O MÁS

Nivel educativo	Hombres %	Mujeres %
Analfabetos	2.72	1.77
Primaria	54.96	56.12
Educación media	34.08	31.44
Superior	10.96	11.84

Fuente: AGSS y APSS (2019).

Como se observa en la tabla 2.8, las mujeres superan en cantidad y porcentaje a los hombres en la zona urbana. En la región latinoamericana, a Uruguay se le considera un país envejecido desde hace ya varias décadas (INE, 2020), y es en la capital metropolitana de Montevideo donde se concentra la mayor cantidad de personas mayores de 65 años y más.

En la tabla 2.9, se presentan los porcentajes de estado civil por género de las personas mayores de 65 años o más en 2018 (AGSS y APSS, 2019).

Los datos reflejan diferencias de género debido al alto porcentaje de viudas (42.59%) en relación con viudos (10.90%); lo mismo se observa en que son casi el doble de hombres casados (64.92%), a diferencia de las mujeres casadas (33.80%).

Por otra parte, el nivel educativo de las personas mayores de 65 o más se refleja en la tabla 2.10 (AGSS y APSS, 2019).

La tabla 2.10 muestra niveles muy bajos de analfabetismo o estudios superiores, ya que, donde se concentra el grueso de la población es en la primaria y la educación media, con el 89.04% para hombres y el 87.56% en mujeres, lo que pone de manifiesto la no existencia de diferencias de género en este rubro.

Sistemas de salud y seguridad social en Uruguay

Sistema nacional de salud y padecimientos comunes en las personas mayores en Uruguay

El acelerado aumento de personas mayores en Uruguay da cuenta de la disponibilidad de tiempo de este sector de la población en su vida cotidiana, además de que cada vez más se entra a la etapa de la vejez con menores problemas de salud y, una vez estando en dicha etapa, cuentan con entre 10 y 15 años de vida productiva, que es donde se busca estén socialmente activos y evitar que sean excluidos y marginados.

Los factores para experimentar un envejecimiento saludable son el contexto social y físico de las personas mayores. Asimismo, hay que considerar la participación de los mayores en su comunidad, además de la carga genética, el nivel socioeconómico, el sexo y la etnia (OPS, 2020). Todos estos factores influyen en el proceso de envejecer y los modos específicos en que se va expresando. Los efectos que cada persona mayor tiene a nivel físico emocional y social están relacionados con las inequidades en salud y sociales que han experimentado en su vida.

A continuación, se enuncian las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en Uruguay, para lo que utilizamos la categoría de enfermedades no transmisibles (ENT), término otorgado por la OMS (2014), si se toman como prevalentes las enfermedades respiratorias, cardiovasculares, el cáncer, los tumores y la diabetes mellitus.

En las personas mayores de 60 años, entre las 10 ENT más relevantes están: músculo esqueléticas (47.0%), cardiovasculares (34.1%), respiratorias (23.8%), renales (18.5%), diabetes (12.3%), isquémica del corazón (10.1%), accidente cerebrovascular (5.7%), depresión crónica (4.7%), Alzheimer (4.1%) y cáncer (3.7%) (véase la tabla 2.11). Asimismo, en

TABLA 2.11 PORCENTAJES DE ENFERMEDADES EN PERSONAS MAYORES DE 60 O MÁS AÑOS

Enfermedades	De 60 o más años		
	Total %	Hombres %	Mujeres %
Músculo esquelético	47.0	44.7	48.5
Cardiovascular	34.1	36.1	32.7
Respiratorias	23.8	33.5	17.2
Renales	18.5	16.4	20.0
Diabetes mellitus	12.3	13.4	11.5
Enfermedad isquémica del corazón (EIC)	10.1	13.9	7.4
Accidente cerebrovascular (ACV)	5.7	5.7	5.6
Depresión crónica	4.7	3.7	5.4
Alzheimer	4.1	3.0	4.8
Cáncer	3.7	5.0	2.9

Fuente: Aranco et al. (2019).

la tabla 2.11 se muestran las diferencias de género en cada uno de estos padecimientos. Por ejemplo, los problemas músculo esqueléticos son mayores en mujeres, lo cual también se ve en las enfermedades renales, la depresión crónica y el Alzheimer; a diferencia de los hombres, en los que los porcentajes son superiores en enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer. Con respecto a los accidentes cerebrovasculares, no hay diferencia de género (Aranco y Sorio, 2019).

Además de las enfermedades que se mencionaron como prevalentes en personas mayores de 60 años, también se hacen presentes las limitaciones a nivel funcional y cognitivo, que forman parte de las principales causas de algún tipo de discapacidad y pérdida de la autonomía, lo que repercute en la calidad de vida de las personas mayores y, por ende, demandan mayor necesidad de apoyo asistencial.

En las mujeres mayores, las limitaciones más frecuentes tienen que ver con aspectos físicos (11.6%), visión (8.6%), audición (4.2%), mentales (2.1%) y habla (1.1%); en tanto que en los varones mayores las limitaciones son de visión (6.1%), físicas (5.2%), audición (3.3%), mentales (1.2%) y habla (1.0%). Así, las mayores dificultades para ambos géneros son las cuestiones físicas y la visión (Aranco et al., 2019).

Conocer los niveles de autopercepción de salud en los y las mayores es relevante para evaluar la percepción del bienestar. A partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Uruguay (Ministerio de Salud, 2016), se encontró que los hombres, a diferencia de las mujeres, tienen una autopercepción de salud más positiva: 19.6% dicen tener una salud excelente, en contraste con el 12.6% de las mujeres que así lo mencionan. De la misma forma, son los hombres quienes dicen tener una salud muy buena, a diferencia de las mujeres (26.9% vs 24.1%). Sin embargo, las mujeres presentan mayores porcentajes en la autopercepción en las categorías de buena (45.4% vs 41.8% de los hombres) y regular (15.3% vs hombres 10.0%); pero, en la categoría de mala, ya no es lo mismo (mujeres 2.5% y hombres 1.5%). En resumen, los datos muestran que la percepción de la salud es más favorable en los hombres que en las mujeres (Ministerio de Salud, 2016).

En Uruguay, resalta que seis de cada diez personas mayores son beneficiarias (hasta 2014) de alguna institución de asistencia médica colectiva (IAMC), en tanto que un 25% cuenta con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) (SIVE, 2015). Ello, sin dejar de mencionar al Fondo Nacional de Salud (Fonasa), que reglamenta el derecho en ese rubro a todos los habitantes del país mediante un Sistema Nacional de Salud (SNS), que incluye de forma obligatoria la cobertura médica de los trabajadores a su núcleo (hijos-cónyuge), en la que se destaca el Banco de Previsión Social (BPS, 2020). Esta última institución cubrió de forma considerable a las personas mayores entre el año 2011-2014, en donde contaban con el derecho a la asistencia médica a través de Fonasa (SIVE, 2015).

En Uruguay, existen distintas políticas sociales y públicas, programas gubernamentales y de organizaciones de la sociedad civil (OSC) que promocionan estrategias de participación e integración en la vida social, las cuales coinciden en promover acciones de voluntariado dirigidas a la población, cuyo fin es erradicar la exclusión y desmontar poco a poco los estereotipos que tienden a estigmatizar la vejez.

Programas de bienestar social en el caso uruguayo

El tema del envejecimiento ha adquirido un lugar central en la agenda pública, debido a su complejidad y carácter multidimensional.

Uruguay, al tratarse de un país envejecido, ha permitido visibilizar la problemática de las personas mayores, así como su participación activa en la toma de decisiones para la formulación de programas que contribuyan a su bienestar en dimensiones tales como las sociales, físicas, recreativas, psíquicas y socioeconómicas.

Para atender y cuidar a las personas mayores, se requiere la presencia de distintos agentes que promuevan los servicios que contribuyan a su bienestar.

La necesidad de considerar la corresponsabilidad en los cuidados desde los distintos agentes del bienestar: el Estado y sus instituciones, las empresas y su responsabilidad social, las comunidades, las familias y las organizaciones de la sociedad civil, gestó en Uruguay la creación del Sistema Nacional Integral de Cuidados (Huenchuan et al., 2010). La primera ley apareció en 2004 para promover la inclusión de forma activa de las personas mayores en el ambiente familiar y su comunidad, además de ofrecer un trato digno y erradicar la discriminación en todos los aspectos de su vida, favoreciendo las áreas física, socioeconómica y psíquica. En este contexto, se concretaron propuestas e iniciativas de orden público a nivel nacional y departamental, cuyo fin fue promover a las personas mayores como agentes de cambio y con participación social. A continuación, se muestran algunos de los programas existentes.

El Banco de Previsión Social (bps)

Es un organismo que brinda seguridad social a los trabajadores de la industria, la construcción y los funcionarios públicos. Asegura prestaciones económicas en las que se contemplan los retiros, los subsidios en situaciones de desempleo, o ante alguna limitación física, y los servicios médicos, además de contar con prestaciones no contributivas y acciones con contenido social en las que se hacen presentes

los servicios de capacitación impartidos por voluntarios, servidores públicos de instituciones que forman parte de esta red y población en general, con lo que se busca sensibilizar sobre el tema de las personas mayores.

Además de contar con programas de turismo social que tienen el propósito de incluir planes vacacionales ofertados para los jubilados, otro de los programas con que se cuenta es la vivienda para pensionistas y jubilados, sin dejar de mencionar los proyectos “especiales” para atender de forma integral a las personas mayores en situación de calle.

Secretaría de las Personas Mayores

La Intendencia de Montevideo tiene una Secretaría de las Personas Mayores en la que se promueven políticas públicas que fomenten la inclusión de estas a través de la socialización, con la intención de disminuir y dejar de lado la discriminación y el aislamiento.

Esta institución promueve actividades y programas que favorecen la inclusión social de las personas mayores de 60 años, a través de un espacio de encuentro dirigido por personas especializadas, cuyo objetivo es facilitar los procesos de socialización, recreación, formación y sentido de grupalidad en espacios de encuentro, formación e intercambio. Los temas y las actividades tienen que ver con la: participación, la recreación y el arte (talleres de canto colectivo, murga, festival de coros, paseos y actividades recreativas, concurso de cuentos); educación permanente (jornadas educativas, talleres expresivos y recreativos); construyendo solidaridad intergeneracional (talleres de sensibilización sobre el tema de la vejez); e inclusión, nucleamiento y socialización (programas en centros diurnos y pasaporte dorado o tarjeta de descuentos) (Secretaría de las Personas Mayores, 2020a).

Sociedad civil, voluntarios, adultos mayores y su participación ciudadana

De igual manera, es primordial la participación social de la sociedad civil organizada, tanto para las agrupaciones de personas mayores como en las organizaciones intergeneracionales. Sus acciones han

ayudado a reconfigurar el significado de “ser una persona mayor” y el lugar en que se le posiciona. Se busca desmontar estereotipos que estigmatizan esta etapa de la vida y promover el paradigma del envejecimiento activo y saludable.

Las personas mayores, al formar parte de asociaciones civiles como voluntarios, tienen la motivación de devolver a la comunidad aquello que han recibido a lo largo de su existencia. Son escenarios sociales en que se comparte con pares, en relaciones de intercambio y ayuda mutua a partir de actividades recreativas, experiencias profesionales y personales. La cultura emocional que se fomenta aquí promueve el intercambio de saberes desde la horizontalidad y el sentido de pertenencia.

Montevideo: ciudad integrante de la Red Mundial de Comunidades Amigables con las Personas Mayores

En 2016, Montevideo se integró a la Red Mundial de Comunidades Amigables con las Personas Mayores. En este proyecto, colaboran instituciones como el Ministerio de Desarrollo Social (Mides) y la Universidad de la República, entre otras. Se apuesta a la identificación de áreas de oportunidad y factores de la ciudad que abonan a la dimensión social, de salud, infraestructura urbana, vivienda, transporte y espacios al aire libre. También se fomenta la cultura de la inclusión social desde el marco de los derechos y la promoción del envejecimiento activo y saludable (Correa, 2017).

En el área metropolitana de Montevideo y otros departamentos, se incentivan las iniciativas y los programas comunitarios y de barrio que promueven el cuidado de la salud en sus distintos componentes, así como de vivienda, disposición de espacios al aire libre y acceso incluyente al transporte público, entre otros. Estos puntos forman parte de los principales elementos establecidos por la Red Mundial de Comunidades Amigables con las Personas Mayores (Aranco y Sorio, 2019).

Descripción de los escenarios en Uruguay en los cuales se realizó el trabajo de campo

El trabajo de campo realizado en Uruguay se llevó a cabo en centros de día públicos, OSC, residenciales privados para personas mayores de distintos estratos socioeconómicos, instituciones públicas para mayores, así como por medio de diversas entrevistas individuales y grupales a funcionarios públicos de Inmayores y Secretaría Nacional de Cuidados. Así también, se hicieron entrevistas grupales con académicos de la Universidad de la República que forman parte del Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn) y con una asociación privada formada por los directivos de residenciales para personas mayores.

Centros de día

Se realizó trabajo de campo en tres centros diurnos públicos: dos en el área metropolitana de Montevideo y uno en el departamento de Canelones. Estos espacios sociales tienen como objetivo favorecer la inclusión social de este sector poblacional y promover la implementación de acciones ante situaciones de dependencia leve o moderada. En este sentido, se fomentan y socializan estrategias que puedan desplegarse ante algunas dificultades de la vida cotidiana, para fortalecer la salud física y mental de las personas mayores, quienes pueden asistir y participar de dos a cinco días a la semana de forma gratuita (Sistema de Cuidados, 2020; Secretaría de las Personas Mayores, 2020b).

La descripción central de los centros diurnos en que se llevó a cabo el trabajo de campo, es la siguiente:

Centro diurno público 1 (cdp1-uy)

Se encuentra en el departamento de Canelones, ubicado a una distancia de una hora de la ciudad de Montevideo. En este centro de reciente creación, participan una trabajadora social, una psicóloga y varias cuidadoras como equipo base, quienes realizan actividades formativas y recreativas para las personas de 65 años o más de la zona.

La apertura de este centro fue en 2018 y, tanto en la etnografía como en la entrevista grupal, las personas mayores dijeron sentirse acompañadas (algunas de ellas residen en hogares unipersonales), tener una comprensión mayor de la etapa de vida en que se encuentran, así como la oportunidad de socializar con mujeres y hombres de su edad y generar vínculos sociales que aporten a su bienestar individual y comunitario.

Centro diurno público 2 (cdp2-uy)

Está ubicado en la ciudad de Montevideo, el cual ofrece diversos servicios a las personas de 65 y más años. Cuenta con un equipo multidisciplinario que tiene como propósito principal una atención integral a la persona mayor a través del desarrollo de estrategias de rehabilitación cognitiva, funcional y social. El desarrollo de capacidades en las personas mayores, en distintas dimensiones, busca promover el cuidado de la salud, la formación activa, la interacción entre generaciones y la participación social en sus contextos próximos. Se cuenta con talleres de teatro, enfermería, musicoterapia, terapia ocupacional, sesiones formativas para la salud, terapia ocupacional, activación física, manualidades, atención podológica, nutrición y actividades socioculturales, en los que se pretende propiciar la autonomía de las personas mayores por medio del fortalecimiento de sus capacidades básicas e instrumentales para la vida cotidiana, tanto en el contexto grupal como en el comunitario.

Centro diurno público 3 (cdp3-uy)

Este centro también se ubica en Montevideo y tiene como propósito organizar actividades que favorezcan la participación intergeneracional, ya sean formativas relacionadas con el aprendizaje de las nuevas tecnologías de la información, artísticas, como teatro, literatura y música, así como actividades físicas, deportivas y recreativas. Uno de los objetivos principales es la interacción comunitaria, solidaria y de convivencia intergeneracional.

Organizaciones de la sociedad civil (osc)

Una de las características principales de las OSC analizadas tiene que ver con la participación activa y comprometida de hombres y mujeres de más de 60 años de edad, que sostienen el liderazgo en estos espacios sociales y participan como voluntarios y agentes de la transformación social en sus distintos entornos, los que, a lo largo de su vida, han tenido una trayectoria de participación social y están comprometidos con luchas colectivas en beneficio de la población de personas mayores.

Las OSC en que se realizó el trabajo de campo son las siguientes:¹

Organización para la atención de adultos mayores (osc1-uy)

Se encuentra en la ciudad de Montevideo y colabora con el Ministerio de Desarrollo Social (Mides). Su fin es diseñar estrategias que promuevan de manera integral el bienestar de las personas mayores, con un enfoque en la atención de sus derechos y en brindar información y asistencia ante situaciones de abuso o maltrato físico, económico, emocional o de cualquier tipo. Es una OSC que tiene unos 25 años de haber sido fundada.

Organización de adultos mayores de apoyo artístico y gerontológico (osc2-uy)

Está conformada sobre todo por personas mayores con distintas profesiones. Se trata de una asociación sin fines de lucro en la que puede ser miembro cualquier persona con más de 18 años, ya que tiene la finalidad de promover el intercambio y la solidaridad intergeneracional, en especial hacia las personas mayores. Se busca brindar servicios de animación, formación, estimulación, creación y recreación entre pares y miembros de otros grupos etarios. Los tres grandes ejes de

1. El número de años de existencia de cada osc está calculado de acuerdo con el año de realización del trabajo de campo, que fue en 2018.

acción son el formativo, el educativo y el cultural. Esta OSC tiene unos 16 años de haber sido fundada.

Organización de apoyo en cuidados (osc 3-uy)

Es una red conformada principalmente por profesionistas, quienes por 35 años han buscado visibilizar la problemática del cuidado como un derecho universal. Esta OSC, que ha cambiado de nombre en varias ocasiones, tiene vínculos de intercambio con instituciones nacionales e internacionales, e injerencia en la colocación del cuidado en la agenda pública, sobre todo en materia de política social. Asimismo, ha logrado problematizar la centralidad del cuidado y la corresponsabilidad del Estado y sus instituciones para hacer frente a las cada vez mayores cargas de cuidado. Este se ha abordado como un derecho para la población en general, pero con especial relevancia para las personas mayores. La OSC fue constituida hace cerca de siete años.

Residenciales: hogares privados para ancianos de larga estadía

Los residenciales son lugares en que de forma permanente residen las personas mayores, ya sea de estratos socioeconómicos bajo, medio o alto, y cuentan con servicios integrales de salud. Un porcentaje alto de ellos está certificado y regulado por el Estado, pero otro número importante no cuenta con las certificaciones necesarias.

El trabajo de campo realizado incluyó etnografías en dos residenciales: privado 1 (RP1-UY) y privado 2 (RP2-UY), ambos dirigidos por sus dueños y con personal especializado.

El perfil sociodemográfico de la población atendida es similar, pues pertenecen a los estratos medio y medio alto. El costo mensual tiene variaciones de acuerdo con el nivel de dependencia del residente y si requiere atención especializada.

En ambos residenciales, hay personas mayores que financian su estadía por medio de sus pensiones por jubilación o de viudez, con montos específicos de apoyo del gobierno y / o con la contribución económica parcial o total de sus familiares.

En ambos escenarios, se llevan a cabo también actividades recreativas, culturales, de estimulación física y cognitiva, así como de integración con los familiares a partir de espacios de interacción intergeneracional.

Entrevistas a funcionarios públicos de la intendencia de Montevideo (fp-uy)

Como parte del trabajo de campo, se entrevistó a funcionarios de la intendencia de Montevideo que tienen a su cargo la atención de las personas mayores. La política pública está centrada en promover la inclusión social y erradicar las distintas formas de discriminación.

Instituto Nacional de las Personas Mayores (Inmayores-uy) (público)

Este instituto forma parte del Ministerio de Desarrollo Social (Mides) y su objetivo principal es abordar de manera integral las necesidades de las personas mayores. El instituto se encarga de diseñar, coordinar y evaluar las políticas sociales dirigidas a este grupo etario, además de colaborar con otros organismos gubernamentales al respecto (Mides, 2020).

Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (Cien) de la Universidad de la República (Cien-ur-uy)

Esta instancia académica busca generar conocimiento nuevo y pertinente en el campo de la vejez y el envejecimiento en Uruguay, y cuenta con un equipo interdisciplinario conformado por profesores investigadores comprometidos en contribuir al conocimiento socialmente pertinente, así como en la definición de políticas públicas desde el marco de los derechos humanos. El equipo mantiene interlocución e intercambio académico con expertos del país y el extranjero (CIEN, 2021).

*Organización privada de residenciales para personas mayores
(oprpm-uy)*

Esta asociación busca promover el apoyo y la asesoría a los directivos y asociados de residenciales de larga estadía, cuyo objetivo primordial es contribuir al bienestar y trato digno de las personas mayores. Los residenciales son una respuesta por parte del sector privado para hacer frente a esta necesidad en aumento de atención permanente a personas con altos índices de dependencia.

Secretaría Nacional de Cuidados (snc-uy)

Su propósito central es coordinar en clave interinstitucional los objetivos del Sistema Nacional de Cuidados, que tiene como meta promover e implementar, dentro de la política pública, iniciativas y programas para la atención de personas mayores de 65 años con alguna situación de dependencia, así como para la población de niños de 0 a 3 años de edad y personas con dependencias severas. Al sistema lo conforman distintos ministerios que colaboran para cumplir el objetivo de mejorar la vida de las personas con dependencia y brindar distintas prestaciones de cuidados integrales.

Así, ante los desafíos del envejecimiento en Uruguay, y las demandas de servicios para personas de 65 y más años, el SNC es una apuesta central (Aranco y Sorio, 2019).

En la tabla 2.12, se expone el número total de entrevistas analizadas realizadas a personas mayores, directivos y / o coordinadores, así como a grupos focales. El trabajo de campo para los casos uruguayos se hizo en el mes de noviembre de 2018.

Cuando China informó a la OMS, en diciembre de 2019, sobre la enfermedad respiratoria de etiología desconocida denominada como covid-19, y dio a conocer sus características, el gobierno uruguayo se preparó con medidas de prevención.

La emergencia sanitaria que se declaró en el país fue el 13 de marzo y, hasta el 30 de enero de 2022, se han tenido 661,441 casos positivos. De este total, han sido 6,459 defunciones y 586,175 personas se han recuperado, y 7,598 están atravesando la enfermedad. Los siguientes

TABLA 2.12 TOTAL DE ENTREVISTAS EN LOS ESCENARIOS DE INVESTIGACIÓN EN URUGUAY

Escenario	Total de entrevistas a personas mayores	Total de entrevistas a encargados, directivos y personal	Total de grupos focales
Centros de día			
Centro diurno público 1 (CDP1-UY)	0	0	1
Centro diurno público 2 (CDP2-UY)	5	0	0
Centro diurno público 3 (CDP3-UY)	0	1	1
Organizaciones de la sociedad civil (osc)			
Organización para la atención de adultos mayores (OSC1-UY)	0	0	1
Organización de adultos mayores de apoyo artístico y gerontológico (OSC2-UY)	0	0	1
Organización de apoyo en cuidados (OSC3-UY)	0	0	1
Residenciales: hogares privados para ancianos de larga estadía			
Residencial privado 1 (RP1-UY)	6	3	0
Residencial privado 2 (RP2-UY)	9	2	0
Entrevistas que dieron contexto y se integró información			
Funcionario público de adultos mayores de Montevideo (FP-UY)	0	1	0
Instituto Nacional de las Personas Mayores Inmayores (público) (Inmayores-UY)	0	1	0
Centro Interdisciplinario de Envejecimiento (CIEn). Universidad de la República (CIEn-UR-UY)	0	0	1
Organización privada de residenciales para personas mayores (OPRPM-UY)	0	0	1
Secretaría Nacional de Cuidados (SNC-UY)	0	2	0
Total de entrevistas	20	10	7

departamentos se mantienen con casos activos: Montevideo, Canelones, Maldonado, Paysandú, Salto, San José, Rivera, Cerro Largo, Colonia, de Tacuarembó, Soriano, Lavalleja, Rocha, Durazno, Treinta y Tres, Florida, Artigas, Río Negro y Flores (Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2022).

El Ministerio de Salud Pública realizó guías, infografías de tipo informativo en relación con el coronavirus, material que ha funcionado para facilitar estrategias de prevención a la población, así como

información precisa sobre los mecanismos de transmisión, sintomatología, tratamiento y líneas de emergencia telefónicas (Ministerio de Salud Pública del Uruguay, 2020).

Las autoridades han solicitado la participación de la población para disminuir los encuentros sociales, continuar con el distanciamiento físico y mantener las medidas de higiene, respetando los protocolos para disminuir los contagios.

El gobierno uruguayo implementó distintas acciones ante la emergencia sanitaria a nivel nacional y el aumento de casos de covid-19. El regreso a la presencialidad ha sido gradual y se han mantenido las supervisiones en los distintos espacios sociales (Uruguay Presidencia, 2021).

CASO ESPAÑA

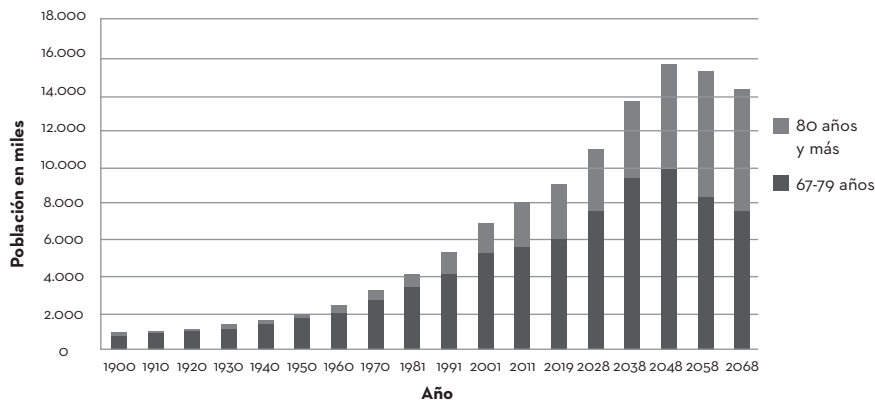
Sociodemografía de la población de personas mayores

Al abordar este contexto, no es una novedad mencionar que España es un país envejecido, sin embargo, la realidad social que forma parte de este proceso tiene una gran complejidad: la tendencia demográfica actual se mantiene en aumento constante.

El territorio español está organizado en 17 comunidades autónomas y dos con estatuto de autonomía: Ceuta y Melilla. Cada una de ellas tiene un parlamento —encargado de configurar leyes y aplicarlas en la comunidad, y representantes elegidos por los ciudadanos— y un gobierno autónomo —conformado por un presidente, elegido por el parlamento, y consejeros encargados de dar voz a las necesidades de la comunidad, elegidos por el presidente—, con la renovación de representantes cada cuatro años (Gobierno de España, 2020).

A partir de los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE España, 2019), las cifras muestran que la población de personas mayores, tanto de hombres como mujeres con edad de 65 o más años, es de 9'057,193, lo que equivale a un 19,3% (3'912,746 son varones y 5'144,447 mujeres). Sin dejar de contemplar que continúa en aumento la proporción de personas con 80 años, este grupo de edad equivale a un

FIGURA 2.2 PROYECCIÓN DE LA POBLACIÓN DE 65 Y MÁS AÑOS. ESPAÑA, 1990-2068



Fuente: Envejecimiento en Red. Se destaca que, de 1900 a 2018, los datos son reales, y de 2028 a 2068, se realizaron proyecciones (Pérez et al., 2020).

6% de la población mayor, así como la población centenaria apuntala su crecimiento en los próximos años.

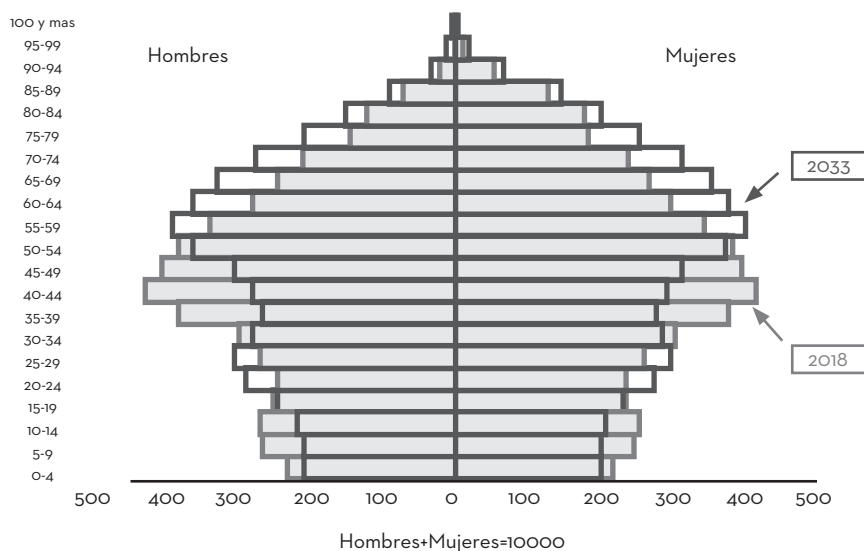
La figura 2.2 muestra la proyección de la población de personas de 65 y más años en este contexto, contemplando los años de 1900–2068.

Ante el aumento de la esperanza de vida (como se representa en la figura 2.2), el envejecimiento de esta sociedad se considera un éxito, ya que ha sido posible gracias a las condiciones de vida con las que ha contado este sector de la población, ya que los avances tecnológicos en el área de salud, a través de los programas sanitarios y de protección social, abonan en el proceso de envejecer.

La esperanza de vida para el año 2033 será de 82.9 años para los varones y de 87.7 años para las mujeres. Asimismo, se proyecta que, para ese mismo año, la población de 65 años y más sea del 25.2% del total de la población; dentro de 14 años, de acuerdo con el INE (2018), en España habrá 12.3 millones de personas de 64 años y más, que se convertirá en un 37.6% de la población. En la figura 2.3 se ilustra con la pirámide poblacional en el año 2018 a 2033.

En la pirámide de la figura 2.3 es posible visibilizar cómo en la actualidad la población que sobresa es la del grupo de 40 a 44 años,

FIGURA 2.3 PIRÁMIDES DE POBLACIÓN DE ESPAÑA 2018 Y 2033



Fuente: INE España (2018).

y se proyecta para 2033 que el sector de edad con mayor prevalencia sea el de 55 a 59 años; de ahí en adelante, se observa que el grupo de personas mayores con las edades de 65 y más estará siendo el 25.2% de la población en 2033, y que la población centenaria aumentará de un 11% a un 46% (INE España, 2018).

A la luz de los datos demográficos señalados, la información indica que, por cada 100 adultos mayores, hay cuatro plazas de residencia institucional en España (Abellán et al., 2019). Esta información ofrece elementos sobre la relevancia de las políticas públicas y los programas sociales para hacer frente al fenómeno del envejecimiento poblacional en clave de corresponsabilidad social con las familias, los agentes del mercado, las propias comunidades y, por supuesto, las OSC.

Cabe resaltar que, hasta 2019, la mayor concentración de personas mayores está en las zonas urbanas, siendo en las zonas rurales donde la esperanza de vida es mayor (Pérez et al., 2020).

La esperanza de vida en España ha sido una de las más elevadas en los países europeos y en todo el mundo, en donde para los varones

se da un promedio de 80.5 años y en las mujeres de 86.1 años. Esto debido a los elementos contextuales que han dado como resultado un progreso social (Abellán y Pujol, 2020).

Sin embargo, ante la mortalidad que ha ocasionado el covid-19, el tema de la esperanza de vida en el contexto español, existe una simulación provisional en la que presentan información parcial para tratar de comprender la mortalidad en abril de 2020, en comparación con información de 2018. Se estima que la pérdida de esperanza de vida será de -0.5 en los varones y de -0.3 en las mujeres, equivalente a 80 y 85.8 años en cada género, tomando en cuenta el total de la población. A partir de los 65 años, esta pérdida sería de -0.5 en hombres y de -0.4 en mujeres, lo que equivale a seis meses de expectativa de vida en el caso de los varones (Abellán y Pujol, 2020).

El vivir más años implica vivir con calidad (en Pérez et al., 2020), lo que tiene que ver con la valoración subjetiva de la salud y ante las enfermedades crónico degenerativas presentes. En el caso de hombres y mujeres de 65 años y más, los primeros tienen 19.5 años más de calidad de vida, mientras que las segundas de 23.5, por tener mayor esperanza de vida.

Sistema nacional de salud y padecimientos comunes en las personas mayores en España

El Sistema Nacional de Salud (SNS, 2018) protege la salud de los ciudadanos a través de prestaciones y servicios sanitarios con un modelo descentralizado de las comunidades autónomas, lo que permite realizar mejoras a la atención de los usuarios de cada territorio, además de manejar de forma adecuada los recursos. Para Ceuta y Melilla, el Estado creó en 2002 el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (Ingesa), dependiente del Ministerio de Sanidad de España. En 1909, se creó el SNS, que atendía a los ciudadanos con la anticipación de pago en los servicios asistenciales, y fue hasta 1989 que se instaló en la ley como una previsión social universal asumida por el Estado.

Ante los cambios demográficos acelerados en el contexto español con relación a los avances tecnológicos, de la ciencia y la medicina, cada vez se va prolongando el vivir más años, sin dejar de lado que

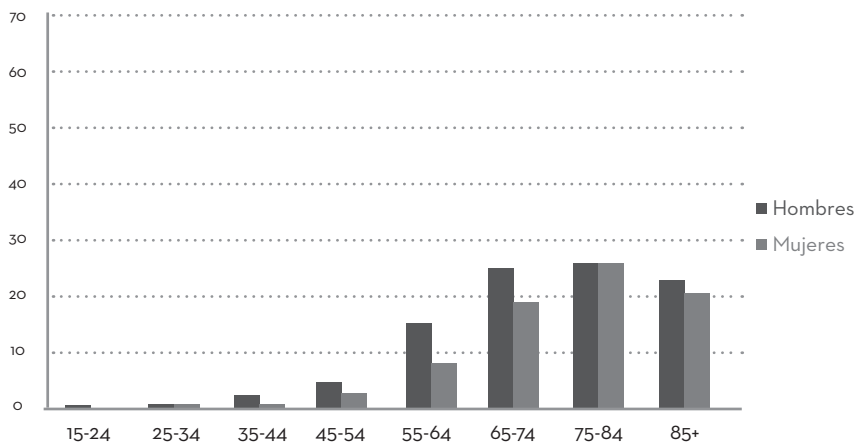
las personas mayores son un sector que experimenta enfermedades crónico degenerativas propias del deterioro del cuerpo, así como enfermedades de la edad.

Cuando se menciona la percepción social que se tiene sobre la muerte en esta última etapa de vida, según datos de Pérez y colaboradores (2020), se relaciona con la condición de enfermedad que producen las defunciones en este momento de la vida. Las enfermedades crónico degenerativas aumentan cada año, lo que limita funcionalmente a las personas mayores (Encuesta Nacional de Salud España, 2018). Este tipo de enfermedades afectan la calidad de vida según el perfil de personas mayores (en Pérez et al., 2020), diferenciadas por género y edades. Por ejemplo, los tipos de problemas que más afectan a las mujeres de 65 años y más son la artrosis, la presión alta y la depresión, mientras que en los varones son las enfermedades respiratorias, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la bronquitis crónica, además de la presencia de presión alta. En ambos sexos, está presente la diabetes, si bien en los varones hay una mayor prevalencia, como lo ilustra la figura 2.4.

Otra de las enfermedades presentes en ambos géneros es la hipercolesterolemia (colesterol elevado), en donde el grupo de edad de 65 a 74 años tiene un porcentaje mayor en los varones, pero en el grupo de 75 a 84 años son las mujeres quienes padecen un mayor porcentaje, lo mismo que a partir de los 85 y más años, como se ilustra en la figura 2.5.

Además de destacar las enfermedades más comunes en la población de 65 años y más, se describe de cuáles están muriendo las personas mayores, según información retomada del INE (2017). Los padecimientos circulatorios son los que tienen mayor afectación en este sector de la población, seguidos de las muertes por tumores y los de tipo respiratorio, respectivamente. Es importante mencionar las afectaciones restantes, siendo las de tipo nervioso, mental, digestivo, urinario, causas externas, otros síntomas, infeccioso y cuestiones congénitas. Los varones tienen tasas más altas de mortalidad en comparación con las mujeres (Abellán et al., 2019).

A partir de las autovaloraciones de salud de personas de 65 años y más ante los padecimientos de enfermedades relacionadas con la edad,

FIGURA 2.4 ENFERMEDAD DE DIABETES

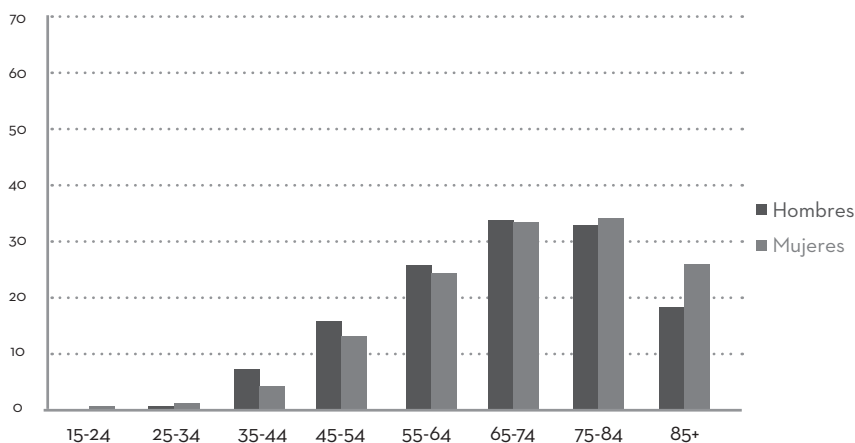
Fuente: Reporte Envejecimiento en Red (Pérez et al., 2020). Esta información fue retomada de la Encuesta Nacional de Salud de España 2017. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas y diagnosticadas por un médico.

la Encuesta Nacional de Salud en España (2018) y de Envejecimiento en Red (2019) destacan que el estado de salud subjetivo es considerado como bueno en un 46%, sin que el género sea un elemento diferenciador, ya que en el sexo masculino hay una autovaloración favorable de 52%, mientras que en el femenino la dimensión favorable se percibe en un 40%.

España se ha preparado para hacer frente a los retos del proceso de envejecimiento poblacional, al abordar las demandas sanitarias en esta etapa de vida. De esta forma, se han elaborado y actualizado las políticas y las estrategias de prevención y atención para dar respuesta a los servicios que buscan priorizar acciones de promoción y prevención de la salud, cuyo fin ha sido aminorar la carga de enfermedades en las personas mayores.

Ante el acelerado incremento de la pirámide poblacional y las proyecciones de los próximos años, se hace necesario repensar las configuraciones y las dinámicas, sobre todo en aquellos programas y aquellas acciones que harán frente a los servicios sociales y de salud para las personas mayores. Abellán y colaboradores (2019) retoman información del Observatorio de Personas Mayores en España y destacan

FIGURA 2.5 ENFERMEDAD DE HIPERCOLESTEROLEMIA



Fuente: *Envejecimiento en Red* (marzo de 2020). Esta información fue retomada de la Encuesta Nacional de Salud 2017. Problemas o enfermedades crónicas o de larga evolución padecidas y diagnosticadas por un médico.

que el 70% u 80% de las personas con 65 años y más cuentan con autonomía y son independientes funcionales, y destaca que la jubilación en este sector poblacional comienza a los 65 años.

Programas de bienestar social en el caso español

El Estado de bienestar (EB) en España (Moreno, 2020) refiere a una institución, o unión de instituciones, que tienen como finalidad buscar que se lleve a cabo la igualdad en acciones y oportunidades entre los ciudadanos a través de la configuración y ejecución de las políticas sociales en los sectores que atienden los servicios sociales, la educación, la salud y las pensiones.

El EB ha adquirido un papel relevante en España, ya que, a partir del final de la dictadura de Francisco Franco en 1975, comenzó la promulgación de prestaciones de la seguridad social e instituciones que brindan apoyo y servicios en la protección a las personas menos favorecidas (Moreno et al., 2014).

El contexto español se caracteriza por ser un EB mediterráneo, en el que el Estado se encarga de proveer servicios a los ciudadanos, con

una cobertura universal, servicios sociales focalizados, selectivos y generales. Una de sus características tiene que ver con la descentralización en la ejecución de las políticas públicas (Moreno et al., 2014).

En la Constitución de 1978, se establece y reconoce en el artículo 40: “un régimen público de seguridad para todos los ciudadanos, capaz de garantizar la asistencia y prestaciones sociales suficientes, especialmente en situación de desempleo”. Asimismo, en el artículo 50 se agrega el tema de las pensiones, en donde se actualiza a los ciudadanos de la tercera edad. Justamente, el tema de las pensiones nace a partir de ese momento, ya que es cuando inicia una etapa en la cual el Estado es social, democrático y de derecho (en Vilà, 2020). A continuación, se mencionan los programas sociales que benefician a la población de personas mayores.

Prestaciones no contributivas

El Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social en España se encarga de garantizar el derecho a la protección de la salud, además de velar por la cohesión e inclusión social de la familia, los menores y las personas dependientes y con discapacidad (Ministerio de Sanidad, 2020). Este ministerio forma parte de la Secretaría de Servicios Sociales, en la que se encuentra el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imsero, 2018), la entidad gestora de la seguridad social de orden público, que proporciona servicios que se dirigen a hombres y mujeres mayores de acuerdo con las siguientes categorías:

1. Servicios de atención domiciliaria: ofrece el servicio de teleasistencia, cuyos usuarios son personas de 80 años y más, que incluye la ayuda a domicilio, siendo las mujeres el 69% de las usuarias.
2. Servicio de participación social: busca fomentar actividades de participación social y ocio, en donde el 54% de los usuarios son mujeres y el 60% cuentan con más de 80 años.
3. Servicios de atención diurna: los centros de día brindan estrategias al área psicosocial a hombres y mujeres mayores en situación de dependencia: 70% de los usuarios son mujeres, mismo porcentaje de personas de 80 y más años.

4. Servicios de atención residencial: facilita alojamiento y manutención a los mayores, de forma temporal o permanente, de acuerdo con las necesidades de cada sujeto.

Existe una oferta de 6,200 centros, con una capacidad aproximada de 390,400 lugares, que da una cobertura a un 4.32% de la población. El 82% de los usuarios son personas con más de 80 años, sobresaliendo el sexo femenino con un 70%, de un total de 280,300 personas usuarias. Además de que Imserso (2020) crea programas continuamente, en los que se busca facilitar información, se apuesta a la participación social entre las personas mayores, con el propósito de desarrollar una vida activa, saludable e independiente.

Forma parte del Imserso (2020) el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que se encarga de coordinar los centros y los servicios públicos y privados. La red de servicios del SAAD está conformada por centros públicos de las comunidades autónomas y las entidades locales; centros de referencia estatal que promueven la autonomía personal y brindan atención a las situaciones de dependencia; y centros privados debidamente acreditados.

A finales de 2006, se aprobó la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), conocida como Ley de Dependencia, que ofrece prestaciones económicas y servicios que tienen que ver con la prevención de las situaciones de dependencia, teleasistencia, ayuda domiciliaria, centros de día y de noche, servicio de atención residencial de personas mayores, así como apoyo económico brindado a personas dependientes (para cuidadores no profesionales de la familia). Estas acciones pretenden abonar y mejorar la calidad de vida de las personas dependientes para ciudadanos y ciudadanas de nacionalidad española que residen en territorio nacional, y cuya característica principal es ser dependientes (la valoración del grado de dependencia la realiza personal de la comunidad autónoma a la que pertenecen) (Imserso, 2020).

En 2019, la pensión media del sistema era de 991 euros mensuales. Entre las de jubilación, las más altas corresponden a las del régimen especial de la minería del carbón, seguidas por las del régimen general. El importe medio de la pensión de jubilación (la clase más numerosa) ha superado el umbral de los mil euros (1.138 euros / mes en 2019) (Pérez et al., 2020).

Quienes reciben menos de 900 euros al mes están cercanos al umbral de la pobreza, lo que coloca a 1,500 euros como la media de los ingresos. Las personas mayores han logrado hacer frente a la crisis económica de 2008, si bien el hecho de que el monto de la pensión se mantenga, aumenta el riesgo de pobreza (Pérez, et al., 2020).

En el contexto español, la crisis económica que se ha presentado desde 2008 ha venido postergando la jubilación, en tanto que los jóvenes no logran contar con oportunidades que les brinden esta seguridad económica (Pérez et al., 2020).

Asimismo, se ha observado que las personas se jubilan antes de los 65 años de edad, por lo que, ante la elevada esperanza de vida, las mujeres viven jubiladas alrededor de 26 años, mientras que los varones cerca de 21 años. Ante ello, habría que agregar que se presenta la experiencia de la soledad debido al aumento de hogares unipersonales con personas de 65 años y más, situación que, hasta 2018, padecían 31% de las mujeres y 17.8% de los varones, porcentajes que se incrementarán con el paso de los años (Pérez et al., 2020).

Hoy, los nuevos riesgos sociales que surgen en las políticas públicas y de bienestar tienen que ver con los cambios socioeconómicos que han producido las sociedades post-industriales, que impactan el mercado laboral, el equilibrio en la vida familiar y el mundo laboral mismo. Cuatro elementos destacan en estas reconfiguraciones sociales (Moreno, 2020):

1. Cambios en las dinámicas familiares, con el aumento del número de personas mayores dependientes en los hogares, además de las necesidades de cuidado de niños y jóvenes.

2. Participación de las mujeres en el mercado laboral formal, en donde aún se hacen presentes las desigualdades de género con relación a la educación, la formación, el salario y las oportunidades de empleo, así como la falta un equilibrio entre el trabajo remunerado y el familiar.
3. Ajustes en el mercado laboral, con la exclusión social de sujetos con un menor nivel educativo, quienes cuentan con salarios bajos y no tienen derechos laborales (es aquí donde toman fuerza los *outsourcing*).
4. El crecimiento de los servicios privados y la falta de regularización en las prestaciones y los servicios públicos.

Feminización del cuidado en el envejecimiento: contexto español

El informe del Sistema Nacional de Salud (2018), con relación a las personas de 65 años y más, señala que el 19.6% de este sector presenta dificultades en la ejecución de las actividades de la vida diaria, ya que un 17% tiene que ver con el aseo personal y un 14% con la dificultad para vestirse. Solo un 18% de las personas mayores de 85 años y más no refiere obstáculos para realizar las tareas domésticas cotidianas. Es aquí donde el tema de la dependencia y los cuidados toma un papel relevante en la cotidianidad de las personas mayores.

Por otra parte, las formas actuales predominantes de convivencia entre los varones de 65 años y más han sido vivir en pareja, ya sin hijos ni con otras personas que sean familiares y corresidentes. Este tipo de hogares irá en aumento, por lo que se espera una reconfiguración en las dinámicas de cuidado, en especial una mayor participación de los hombres en estas tareas (Vilà, 2020). Los varones comienzan a asumir el rol de cuidador debido a que cada vez más se prolonga su esperanza de vida y, cuando se encuentran en pareja, empiezan a asumir esta tarea que, a lo largo de su vida, por factores especialmente culturales asociados a los roles tradicionales de género, no habían explorado con suficiencia (Pérez et al., 2020). Sin embargo, todavía son las mujeres quienes siguen perfilando la cara femenina en las prácticas de cuidado dentro del ambiente doméstico. Hasta 2020, en el *Reporte de Envejecimiento en Red* (Pérez et al., 2020), se resalta que la pareja

TABLA 2.13 PORCENTAJE DE CUIDADORES DE VARONES DE 65 AÑOS Y MÁS

Tipo de cuidador	Porcentaje
Cónyuge / pareja	40.8%
Hija	26.6%
Cuidado formal	17.1%
Otro familiar	12.3%
Hijo	0.9%
No contestó	2.4%

Fuente: Encuesta Pérez et al. (2020); Encuesta CIS (2014).

femenina es el principal apoyo como cuidadora de los varones mayores de 65 años y, en un segundo momento, la hija de edad intermedia asume este rol. Cónyuge / pareja e hija son las principales proveedoras de cuidados del género masculino, como se ilustra en la tabla 2.13.

Por otro lado, en las mujeres de 65 años y más, la hija es quien principalmente provee cuidados, seguida de la propia pareja y, en tercer lugar, de los hijos. Una vez más, el cuidado tiene esta faceta femenina para apoyar y atender las necesidades de la familia, lo cual puede afectar a las cuidadoras en su vida cotidiana, al momento de verse en la necesidad de disminuir sus jornadas laborales o dejar pasar oportunidades profesionales / laborales, con tal de continuar con el papel de proveedoras de cuidado (véase la tabla 2.14) (Pérez et al., 2020).

Los números no solo confirman el envejecimiento de la población, sino que colocan elementos para señalar que el perfil de las personas que envejecen mantiene este frente femenino, ya que, según datos de Pérez y colaboradores (2020), las mujeres siguen siendo proveedoras de cuidado en el contexto familiar.

De acuerdo con esta información, el tema de los cuidados debe ser cuestionado. Al retomar la propuesta de Enríquez (2019), en lo tocante a los recursos con que cuentan las familias, en especial el género femenino para seguir brindando prácticas de cuidado en su vida cotidiana, es necesario problematizar el paradigma familiarista del cuidado y hacer visible su corresponsabilidad, de manera equitativa entre los distintos pilares del bienestar: instituciones del Estado, empresas, comunidades, familias y OSC. Pensar el cuidado en clave colectiva,

TABLA 2.14 PORCENTAJE DE CUIDADORES DE MUJERES DE 65 AÑOS Y MÁS

Tipo de cuidador	Porcentaje
Hija	42.7%
Hijo	17.8%
Cuidado formal	15.9%
Cónyuge / pareja	13.4%
Otro familiar	8.1%
Vecino / amigo	1.6
No contestó	0.4%

Fuente: Encuesta Pérez et al. (2020); Encuesta CIS (2014).

más allá de las fronteras familiares, es una tarea imprescindible en las sociedades contemporáneas.

Descripción de Trabensol (Trabajadores en Solidaridad) en España: escenario de investigación en el cual se realizó el trabajo de campo

Trabensol en Torremocha de Jarama, España (Trabensol-es)

Torremocha de Jarama es un municipio a 68 km de Madrid, el cual forma parte de la zona de turismo de la Sierra Norte (s / f). La población total, a partir de datos publicados por el INE hasta 2021, es de 1,079 habitantes, de los cuales 552 son varones y 527 son mujeres.

Las personas mayores de 65 años y más en el municipio corresponden al 26% de la población total: 281 con 65 años o más años, de las cuales 132 son varones y 149 mujeres (Foro-Ciudad, 2021).

Los cooperativistas de Trabensol, al sentirse alejados del ritmo acelerado que se vive en la ciudad (rutinas a las que estaban acostumbrados), decidieron vivir en este lugar rural, que viene a brindar la tranquilidad y el gusto de residir en comunidad.

Previo a su elección, en las narrativas de las personas entrevistadas se señaló que los cooperativistas buscaron en más de cien municipios, pero que ninguno cubrió las características que conforman el contexto actual en el que fue construido el complejo habitacional de Trabensol.

Para esto, fue importante el apoyo que recibieron del alcalde Carlos Rivera, quien les orientó para el cumplimiento de requerimientos y la adquisición del terreno para la concreción del proyecto de vivienda colaborativa de Trabensol.

Trabajadores en Solidaridad (Trabensol)

Los cooperativistas que participaron en este trabajo de investigación fueron 39, además de que se realizó una entrevista a una persona que labora en el lugar, y se organizaron tres grupos focales. Fueron 42 entrevistas realizadas en el verano de 2017 por María Martha Ramírez, académica participante en la investigación y Rocío Enríquez, coordinadora del estudio.

La cooperación y la solidaridad son los elementos que dan vida al centro social de convivencia denominado Trabensol. La vida en colaboración en esta su última etapa de la vida, con una larga y fecunda tradición de experiencias en cooperativas de distinta naturaleza en la mayoría de los miembros, fue central.

La propuesta de Trabensol comenzó entre los años 2001 y 2002, y en 2014 dio inicio a la aventura de vivir juntos, en comunidad.

Las y los cooperativistas tienen un estrecho contacto con los vecinos de la localidad de Torremocha, participan de manera comprometida en actividades sociales, culturales y políticas del pueblo, además de brindar espacios y actividades diversas desde su propio centro.

Ser pioneros en esta propuesta de vivienda colaborativa (como ellos la nombran), conocida en otros contextos como *cohousing senior*, ha resultado una solución como organización de la sociedad civil para hacer frente a las necesidades en el proceso de envejecer y vivir la vejez. Desde las narrativas analizadas de algunos cooperativistas, hombres y mujeres, lo que ha caracterizado a Trabensol como centro social de convivencia tiene que ver con la cooperación, la solidaridad, el cuidado del medio ambiente, el cuidado mutuo, la autogestión y la participación organizada y comprometida en las distintas comisiones. El respeto en todas sus dimensiones es necesario para lograr vivir de acuerdo con los objetivos planteados. Todo ello les facilita estar cotidianamente activos y en comunidad, y sobre todo cuidarse de forma

colectiva. Este estilo de vida busca ser compartido a diversos proyectos de esta naturaleza, así como a los pueblos en los alrededores y en Torremocha. La cultura del cooperativismo pone al centro la colaboración y la solidaridad, más allá del individualismo y la competencia.

Proyecto que da libertad en la vejez: Trabensol

Como parte de las narrativas compartidas, la libertad de hacer y vivir aún más se dio desde el momento en que decidieron, planearon y ejecutaron este proyecto para vivir en común con otras personas de su edad.

En el complejo hay 54 departamentos, y se vive solo o con pareja, con un promedio de ochenta cooperativistas en este lugar. Las personas instaladas hoy, fueron en su mayoría propietarios de casa o apartamento en años anteriores. Esto ha sido de gran utilidad, ya que, al disponer de este bien material y tener opción de rentarlo, venderlo o hipotecarlo, han podido invertir en este centro social que requiere una cantidad inicial de unos 150 mil euros, además de pagar alrededor de 1,100 a 1,200 euros mensuales, cuyo fin es incluir servicios de lavandería, almuerzo en el comedor (en el que coinciden una vez al día) y limpieza en el edificio, mas no en sus departamentos.

El edificio en donde viven es bioclimático, es decir, con poco impacto ambiental, lo cual lograron realizar con un bajo costo. Cada cooperativista cuenta con un departamento de aproximadamente 50 m², personalizado a su gusto, con cocina, espacio para el comedor, o una barra como desayunador, sala, un dormitorio habilitado para ingresar con silla de ruedas, un baño geriátrico y un balcón. En esta etapa de su vida, resaltó uno de los miembros de Trabensol (cooperativista y fundador del proyecto), “se aprende a vivir con poco”, por lo que cada uno o en pareja elige la decoración.

Este centro tiene diversas áreas comunes en las que cada uno de sus miembros elige, según sus gustos e intereses, cómo participar y disfrutar en algún momento del día, ya sea permanecer en la biblioteca, las sesiones de cine, el salón de usos múltiples donde se medita, estar en silencio, practicar reiki, en el gimnasio, el área de baños terapéuticos, los distintos talleres de pintura, costura, carpintería, danzas del

mundo, chi kung, actividades para estimular la memoria, además de tener su gaceta informativa denominada *Paso a Paso*. Dentro de estas actividades, los residentes coinciden en que esta elección y plan de vida para aminorar la preocupación y evitar la carga de cuidados en los hijos, ha sido el mejor acierto para vivir con tranquilidad, acompañado y pleno, esta última etapa de sus vidas.

Los residentes reconocen y destacan que esta propuesta de vivienda compartida ha sido única, por los lazos de amistad y el sentido de cooperación presente a lo largo de sus historias de vida. Más allá de buscar la imitación en este proyecto para enfrentar, vivir y disfrutar la última etapa de su vida, están abiertos a ser considerados como un referente en el que se visibilicen elementos que como sociedad se dejan fuera, los cuales tienen que ver con la colaboración y el trabajo en conjunto, ya que proponen abonar al imaginario de una sociedad en donde se permita vivir de forma digna y humana en la vejez, y ser vistas como personas mayores y seres humanos.

El 12 de junio de 2021, Trabensol celebró su octavo aniversario, en el que vivir en comunidad, en cooperación y desde un esquema colectivo han sido los elementos que los caracterizan al ser parte de esta cooperativa (Trabensol, 2021a).

Aislados pero unidos en Trabensol: desde la colaboración para hacerle frente a la crisis del covid-19

La unión, colaboración, actividad e interacción cotidiana entre los residentes de Trabensol son las características que los distinguen como comunidad. Al vivir el confinamiento por la pandemia de covid-19, permanecieron aislados en sus departamentos, según *Atelier 15* (2020). Se destacaba que el 10% de los 80 cooperativistas del lugar habían sido afectados por este virus, algunos severamente y otros solo con síntomas, hasta abril de 2020; de estos ocho adultos mayores que fueron hospitalizados, dos fallecieron y seis se recuperaron. En Trabensol (2020) reconocieron que, a raíz de estos hechos, su vida y dinámica habían cambiado.

A pesar de los cambios por esta situación de contingencia sanitaria, buscan mantenerse optimistas, ya que el avance tecnológico,

TABLA 2.15 TOTAL DE ENTREVISTAS EN EL ESCENARIO DE INVESTIGACIÓN EN ESPAÑA

Escenario	Total de entrevistas a personas mayores	Total de entrevistas a directivo	Total de grupos focales
Trabajadores en Solidaridad, (Trabensol-ES)	10	1	0
Total	10	0	1

como el uso de sus celulares para llamadas telefónicas, y los grupos de WhatsApp, entre otras estrategias, son formas virtuales que les permiten estar cerca a pesar de la distancia física que se requiere en este tiempo de pandemia.

Atelier 15 (2020) destaca que el personal del lugar para los servicios de la cocina, lavandería, así como personal voluntario, han apoyado a los cooperativistas en atender demandas como las compras en el supermercado y la farmacia, para así poder mantenerse aislados en sus departamentos.

La pandemia, desde que inició, ha afectado de forma violenta en las residencias para mayores (Trabensol, 2021b), ya que, ante las distintas y trágicas muertes que se han presentado en las residencias, se han visibilizado otros modelos en que pueden residir las personas mayores, como es el caso de las viviendas colaborativas, en especial Trabensol, y la forma humana, activa y saludable en que sus cooperativistas han respondido ante esta situación sanitaria. Es aquí donde la vida en comunidad cobra fuerza a través de los distanciamientos, que se hacen necesarios para salvaguardar la vida propia y de los demás compañeros / amigos de este lugar, sin dejar de estar activos buscando el autocuidado y cuidar / apoyar a los demás. La vida en comunidad, y ese sentido de unión y colaboración en la etapa de la vejez, resulta un ejemplo de estrategia para hacer frente a las dificultades, a pesar de las medidas que requiere esta situación de pandemia.

La tabla 2.15 muestra la cantidad de entrevistas realizadas a las personas mayores, así como al directivo de Trabensol. El trabajo de campo tuvo duración de un mes.

Pandemia por covid-19 en el contexto español

A finales de enero de 2020, el Ministerio de Sanidad de España (2020) dio a conocer el primer caso positivo a la enfermedad y, a partir de ese momento, comenzó la propagación del virus en el territorio español. El incremento en los contagios fue en especial notorio a partir de marzo de ese año. Desde que inició la pandemia, se ha publicado y compartido información dirigida para la población en general, cuyo fin es la valoración de la situación actual con respecto a cómo evoluciona día a día la pandemia y generar estrategias eficientes e inmediatas ante los cambios.

El 14 de marzo de 2020 comenzó la cuarentena, y en los últimos días del mes de abril se presentó el Plan de desconfinamiento de España por provincias, en el que se expusieron de forma gradual las limitaciones del confinamiento con relación al caso sanitario y epidemiológico de cada zona (Ministerio de Sanidad, 2020). A través de las instituciones gubernamentales y la cooperación de la sociedad, van quedando atrás, de forma paulatina, los elevados casos de contagios; se ha logrado poco a poco ir dejando la etapa más crítica desde el punto de vista sanitario y avanzando con firmeza en la desescalada durante el año 2020 (Illa, 2020).

Lo anterior se relaciona con las distintas fases de transición que está viviendo la sociedad española y sobre cómo se han mantenido formas de prevención del contagio para hacer frente a la pandemia a través de monitoreos y estrategias de vigilancia gubernamentales. Sin duda, como señala Simón (2020), aunque pase esta situación de contingencia, quedarán instaladas prácticas y hábitos de salud que se mantendrán por un tiempo mayor al paso de la pandemia.

El Ministerio de Sanidad (2020) resaltó que el 95% de las personas con la enfermedad con alta mortalidad en todo España fueron personas con 60 años y más, pero el mayor número de defunciones correspondió a personas mayores de 80 años. Asimismo, se ha observado que la enfermedad tiene mayor mortalidad en varones que en mujeres, sin dejar de resaltar que el rango de edad donde hay mayor afectación en los contagios es a partir de los 40 a 59 años (Grasso, 2020).

En la última semana de mayo de 2020, disminuyeron los contagios en España y se dijo que la población estaba recuperando los espacios de encuentros familiares, se reabrían los negocios, daban comienzo las actividades de recreación, activación física, etc., gracias a las medidas de distanciamiento social, así como al lavado de manos y uso de la mascarilla. Illa (2020) menciona que, para mantener la enfermedad en bajos niveles, era necesario no bajar la guardia a nivel social ni individual, ya que eso abonaría y garantizaría la seguridad colectiva, para continuar con el cuidado, sin dejar de lado a los más vulnerables.

Asimismo, se publicaron en el Real Decreto de Ley 21/2020, el 9 de junio de 2020, acciones preventivas, de contención y la necesaria coordinación entre el Ministerio de Sanidad, Movilidad, Transporte y Agenda Urbana, para continuar haciendo frente en la crisis sanitaria que ha ocasionado el covid-19 (Consejo de Ministros, 2020). Como parte de las acciones colectivas cotidianas, se hizo obligatorio el uso de mascarillas en la vía pública, en espacios de uso público y en los transportes, además de continuar con la sana distancia de dos metros entre las personas.

En 2021, el Barómetro Mayores de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España señaló que, a partir de la disminución de las relaciones con familiares y amigos, la salud de las personas mayores había sido afectada, ya que las relaciones sociales y la dimensión sanitaria (salud) eran factores importantes que sumaban a su bienestar, los cuales habían tenido repercusiones relevantes en la pandemia.

Finalmente, entre los diversos retos que ha implicado la pandemia, se resalta la necesidad de visibilizar un modelo de cuidados dirigido a las personas mayores, como estrategia en las políticas públicas, capaz de reducir factores que vulneren los derechos de este sector poblacional (Pinzano, 2020).

REFERENCIAS

Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., Pérez Díaz, J., Ramiro Fariñas, D., Ayala García, A., y Pujol Rodríguez, R. (2019). Un perfil de las personas mayores en España, 2019. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, (22), 6 de marzo de 2019.

- Abellán, A., y Pujol, R. (2020). Covid-19 y efecto en la esperanza de vida. En *Envejecimiento en Red*. Nota actualizada el 14 de abril de 2020. <http://envejecimientoenred.es/covid-19-y-perdida-de-esperanza-de-vida/>
- AGSS, y APSS (2019). Indicadores socioeconómicos y demográficos. *Boletín Personas Mayores*, (4), Montevideo.
- Aranco, N., y Sorio, R. (2019). Envejecimiento y atención a la dependencia en Uruguay. División de Protección Social y Salud. Nota técnica No. IDB-TN-1615. BID / División de Protección Social y Salud de Uruguay.
- Aranco, N., Stampini, M., Ibarrarán, P., y Medellín, N. (2019). Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. División de Protección Social y Salud. Resumen de políticas IDB-PB-273. Washington: BID.
- Aranibar Munita, P.A. (2001). *Acercamiento conceptual a la realidad del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Araujo, M.C., y Suárez, P. (2013). *Programa de Desarrollo Humano Oportunidades. Evolución y desafíos*. Washington: BID.
- Atelier 15 (2020). Ventajas de la vida colaborativa ante una gestión de crisis. Trabensol en el aislamiento por la Pandemia del 2020. *Atelier 15. Arquitectura, Urbanismo y Consultoría Cohousing*, 3 de abril de 2020. <https://atelier15madrid.wordpress.com/trabensol-en-el-aislamiento-por-la-pandemia-del-2020-ventajas-de-la-vida-colaborativa-ante-una-gestion-de-crisis/>
- Banco de Previsión Social (2020). Fondo Nacional de Salud (Fonasa), 16 de noviembre de 2020. <https://www.bps.gub.uy/10310/fondo-nacional-de-salud-fonasa.html>
- Barba, C., y Valencia E. (2016). El programa Progresar-Oportunidades-Prospera PROP y la universalización del derecho a la salud. Un estudio en cuatro localidades del estado de Jalisco. En C. Barba y E. Valencia, *La reforma social en América Latina en la encrucijada. Transferencias condicionadas de ingresos o universalización de la protección social*. Buenos Aires: CLACSO.
- Barómetro Mayores de la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (2021). Informe impacto COVID en relaciones

- sociales y asistencia sanitaria, año IX, núm. 2. https://mayoresudp.org/wp-content/uploads/2021/09/54471ISASo1-Baro%CC%81metro-Mayores-2021_II-1.pdf
- Brunet, N., y Márquez, C. (2016). Fascículo 7. Envejecimiento y personas mayores en el Uruguay. En J.J. Calvo (Coord.), *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad del Uruguay*. Montevideo: Trilce.
- Castro, A. (2019). El día que surgió el ISSSTE. *El Universal*, 2 de enero de 2019. <https://www.eluniversal.com.mx/mini-mochilazo-en-el-tiempo/el-dia-que-surgio-el-issste/>
- CIEn (2021). Centro Interdisciplinario de Envejecimiento 2021-2025. Presentación CIEn. <https://www.cien.ei.udelar.edu.uy/>
- Conapo (2021). Día internacional de las personas de edad. Gobierno de México.
- Coneval (2013). Informe de la evaluación específica de desempeño 2012-2013 Programa 70 y Más / Pensión para Adultos Mayores. Dirección General de Atención a Grupos Prioritarios.
- Coneval (2019). Comunicado de prensa No. 12, Ciudad de México, 28 de agosto de 2019. Día Nacional de la Persona Adulta Mayor. Dirección de Información y Comunicación Social.
- Coneval (2020). Pobreza y personas mayores en México. Gobierno de México.
- Consejo de Ministros (2020). Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática, 9 de junio de 2020. Gobierno de España / Presidencia de España. <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/Paginas/2020/refc20200609.aspx#NORMALIDAD>
- Constitución Española (1978). Boletín Oficial del Estado. Artículos revisados #41 y #50. Madrid, España.
- Correa, N. (2017). Una ciudad amigable con las personas mayores. Promoviendo los derechos de las personas mayores en Montevideo. Intendencia Montevideo, Uruguay. <https://montevideo.gub.uy/institucional/noticias/una-ciudad-amigable-con-las-personas-mayores>
- Cortez, C., Landázuri, G., y Moreno, P. (1993). Múltiples máscaras para un solo rostro. El Pronasol en el medio rural. *Política y Cultura*, (3), 147-165.

- Encuesta Nacional de Salud de España (2018). Nota técnica. Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Principales resultados. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, 26 de junio de 2018.
- Expansión* (2018). La población en Uruguay aumenta. Datos macro. https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/uruguay#google_vignette
- Foro-Ciudad (2021). Demografía de Torremocha de Jarama, Madrid. <https://www.foro-ciudad.com/madrid/torremocha-de-jarama/habitantes.html>
- Gobierno de España (2020). Comunidades Autónomas. Administración punto de acceso general. Madrid, España. https://administracion.gob.es/pag_Home/espanaAdmon/comoSeOrganizaEstado/ComunidadesAutonomas.html#.XuQI3RNKiqA
- Gobierno de Guadalajara (2020). Guadalajara, una de las Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores de la Organización Mundial de la Salud (OMS). <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2023/01/REPORTE-2022-GUADALAJARA-CIUDAD-AMIGABLE-CON-LAS-PERSONAS-ADULTAS-MAYORES.pdf>
- Gobierno de México (2020). Instituto Nacional de las Personas Mayores. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/inapam>
- Gobierno de México (2022). Covid-19 México. Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud.
- Gobierno del Estado de Jalisco (2022). Radar Jalisco: Jalisco ante la pandemia. <https://coronavirus.jalisco.gob.mx>
- Grasso, D. (2020). Casos confirmados de coronavirus en España y en el mundo. *El País*, 2 de junio de 2020. https://elpais.com/sociedad/2020/04/09/actualidad/1586437657_937910.html
- Hernández Licona, G., Garza, T., Zamudio, J., y Yaschine, I. (2019). El Progreso-Oportunidades-Prospera. A veinte años de su creación. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Libro_POP_20.pdf

- Hevia, F. (2009). De Progres a Oportunidades: efectos y límites de la corriente cívica en el gobierno de Vicente Fox. *Sociológica*, 24(70), 43-81.
- Huenchuan, S., Fassio, A., Carlos, S., Miño, A., Batthyany, K., Berriel, F., Carbajal, M., Ciarniello, M., Lladó, M., y Paredes, M. (2010). *Envejecimiento, género y políticas públicas. Coloquio regional de Expertos*. Uruguay: Lucida Ediciones.
- Illa, S. (2020). Comparecencia COVID-19. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Rueda de prensa 1 / 2, 24 de mayo de 2020. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/videosPrensa.htm>
- Imsero (2018). Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España, diciembre de 2018, Gobierno de España. https://www.imsero.es/imsero_01/documentacion/estadisticas/ssppmm_esp/2018/index.htm
- Imsero (2020). Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Gobierno de España, Vicepresidencia Segunda del Gobierno. Ministerio de Derechos Sociales y agenda 2030. https://www.imsero.es/imsero_01/autonomia_personal_dependencia/saad/saad/el_saad/index.htm
- Insabi (2020). El Insabi brinda servicios de salud gratuitos y de calidad a todas las personas que se encuentren en el país y no cuenten con seguridad social; bajo criterios de universalidad, igualdad e inclusión. <https://www.gob.mx/insabi>
- INE España (2018). Notas de Prensa.
- INE España (2019). Cifras estadísticas que el INE elabora de forma periódica. https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/categoria.htm?c=Estadistica_P&cid=1254735572981
- INE Uruguay (2020). Esperanza de vida al nacer de la población masculina y femenina por departamento 1996-2025. Estimaciones y proyecciones de población (revisión 2013). Uruguay. <http://www.ine.gub.uy/web/guest/indicadores-demograficos1>
- INE Uruguay (2021). Anuario Estadístico Nacional 2020, 98ª versión. ISSN 1688-101X I. Uruguay. <http://www.ine.gub.uy>
- Inegi (2018). Encuesta Nacional sobre Salud y Envejecimiento (Enasem) 2018. <https://www.inegi.org.mx/programas/enasem/2018/>

- Inegi (2021a). En México somos 126 014 024 habitantes: Censo de población y Vivienda 2020. Comunicado de prensa núm. 24/21.
- Inegi (2021b). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores (1 de octubre). Comunicado de prensa núm. 547/21.
- Inegi (2021c). Características de las defunciones registradas en México durante enero-agosto 2020. Comunicado de prensa núm. 61/21.
- Inmujeres (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. Gobierno de México.
- Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (2019). Ciudades amigables con las personas mayores. Gobierno de México.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre el covid-19. Resultados Nacionales. Secretaría de Salud.
- López, J., y Ramón, E. (2007). Torremocha de Jarama. Una apuesta singular. Ayuntamiento de Torremocha de Jarama, Asermut, Sociedad Cooperativa M.
- Martínez-Flores, V., y Benavides, G. (2018). De Pronasol a la Cruzada. ¿Qué hay de nuevo sobre coordinación? *Espiral. Estudios sobre Estado y Sociedad*, 25(71), 73-111. doi: <http://dx.doi.org/10.32870/espiral.v25i71.6179>
- Mass, M. (2018). Mejoramiento de la calidad de vida en la vejez. Propuesta de casa de retiro ecológica y autosustentable. En M. Mass y V. Reyes (Coord.), *Calidad de vida en la vejez*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay (2020). Instituto Nacional de las Personas Mayores. <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/institucional/estructura-del-organismo/instituto-nacional-personas-mayores>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2016). Encuesta Nacional de Salud. Primeros resultados. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/201809/Primer%20Informe%20Encuesta%20Nacional%20de%20Salud%20%282016%29.pdf>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2019). Mortalidad por Enfermedades No transmisibles Uruguay, diciembre 2019.

- Departamento de Vigilancia en Salud (Sector Vigilancia ETN) Área Programática Departamento Estadísticas Vitales. Colaboración: Registro Nacional de Cáncer. Presidencia, República Oriental del Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/mortalidad-enfermedades-transmisibles-uruguay-diciembre-2019>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2020a). Informe de situación sobre coronavirus COVID-19, Uruguay, 28 de julio de 2020. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/noticias/informe-situacion-sobre-coronavirus-covid-19-uruguay-6>
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2020b). Información sobre el coronavirus COVID-2019, 16 de noviembre de 2020. [file:///Users/MarthaRmz/Downloads/Informe%20de%20situaci%C3%B3n%20sobre%20coronavirus%20COVID-19%20en%20Uruguay%20\(16%2011%202020\).pdf](file:///Users/MarthaRmz/Downloads/Informe%20de%20situaci%C3%B3n%20sobre%20coronavirus%20COVID-19%20en%20Uruguay%20(16%2011%202020).pdf)
- Ministerio de Salud Pública del Uruguay (2022). Página electrónica. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/home>
- Ministerio de Sanidad de España(2020). Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España, Vicepresidencia Segunda del Gobierno. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2020. Ministerio de Consumo. <https://www.msbs.gob.es/organizacion/ministerio/home.htm>
- Moreno, L. (2020). Desigualdad y Estado del bienestar. Europa frente al neoesclavismo asiático y el mercantilismo sajón. *Nueva Revista*, (176), 68–81.
- Moreno, L., Del Pino, E., Marí-Klose, P., y Moreno-Fuentes, F. (2014). *Los sistemas de bienestar europeos tras la crisis económica*. Madrid: EUROSocial.
- OMS (2014). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014*. Ginebra: OMS https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?sessionid=E9692042DB46D596E0215E176CA8A397?sequence=1
- OPS (2020). Envejecimiento y Salud Uruguay. https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1135:envejecimiento-y-salud&Itemid=451

- Ordoñez, G. (2009). El régimen de bienestar mexicano: entre la exclusión, la segmentación y la universalidad. En C. Barba, G. Ordoñez y E. Valencia, *Más allá de la pobreza. Regímenes de bienestar en Europa, Asia y América*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Peregrina (s/f). El DIF Jalisco. Aproximación a su historia. <https://xdoc.mx/documents/el-dif-jalisco-aproximacion-a-su-historia-por-angelica-peregrina-5e937e9c0c634>
- Pérez, J., Abellán, A., Aceituno, P., y Ramiro, D. (2020). Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos. *Informes Envejecimiento en Red*, (25), 12 de marzo de 2020. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf>
- Pinazo, S. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, (55), 249-252.
- Red Latinoamericana de Gerontología (2011). México. UNAM crea Seminario Universitario Interdisciplinario sobre Envejecimiento y Vejez. <https://www.gerontologia.org/portal/information/showInformation.php?idinfo=2308>
- Ronzón-Hernández, Z., y Montoya-Arce, B. (2013). La seguridad social entre la población envejecida del Estado de México: alcances y limitaciones de las políticas públicas. *Papeles de Población*, 19(77), 61-82. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Salinas-Rodríguez, A., Cruz-Góngora, V., y Manrique-Espinoza, B. (2020). Condiciones de salud, síndromes geriátricos y estado nutricional de los adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 62(6), 777-785.
- Sedesol (2014). Manual General de Organización del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Gobierno de México.
- Sedesol (2017). Análisis prospectivo de la población de 60 años de edad en adelante. Gobierno de México.
- Secretaría de las Personas Mayores (2020a). Centro GenerAcciones. Intendencia de Montevideo, Uruguay. <https://montevideo.gub.uy/areas-tematicas/personas-y-ciudadania/espacio-generaciones>

- Secretaría de las Personas Mayores (2020b). Secretaría de las Personas Mayores. Intendencia Montevideo, Uruguay. <https://montevideo.gub.uy/areas-tematicas/personas-y-ciudadania/personas-mayores/secretaria-de-las-personas-mayores>
- Secretaría del Bienestar (2021). En 2022 más presupuesto y más beneficiarios en Programas de Secretaría de Bienestar. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/bienestar/prensa/en-2022-mas-presupuesto-y-mas-beneficiarios-en-programas-de-secretaria-de-bienestar>
- Shamah-Levy, T., Romero-Martínez, M., Barrientos-Gutiérrez, T., Cuevas-Nasu, L., Bautista-Arredondo, S., Colchero, M.A., Gaona-Pineda, E.B., Lazcano-Ponce, E., Martínez-Barnetche, J., Alpuche-Arana, C., y Rivera-Dommarco, J. (2021). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19. Resultados Nacionales. Cuernavaca: Secretaría de Salud e Instituto Nacional de Salud Pública.
- Sierra Norte S. (s / f). Agencia de Desarrollo local Torrearte S.L. Agroalimentaria Torremocha S.L. Depósito legal: J-253-2007.
- Simón, F. (2020). Comparecencia COVID-19. Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Rueda de prensa 1/2. 26 de mayo de 2020. España. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/videosPrensa.htm>
- Sistema de Cuidados (2020). Centros de día. Gobierno de Uruguay. <http://www.gub.uy/sistema-cuidados/tramites-y-servicios/servicios/centros-dia>
- SIVE (2015). *Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y políticas públicas*. Montevideo: UNFPA.
- SNS (2018). Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Resumen ejecutivo. Informes, estudios e Investigaciones. Ministerio de Sanidad de España. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2018/ResumenEjecutivo2018.pdf>
- SUIEV (2021, 18 febrero). *¿Qué nos reporta el censo 2020 sobre el envejecimiento de la población en México?* <https://www.youtube.com/watch?v=kXDhEQooc7U>

- Trabensol (2020). Trabensol en la actual pandemia COVID-19. Torremocha de Jarama, España. <https://trabensol.org/trabensol-en-la-actual-pandemia-covid-19/>
- Trabensol (2021a). Trabensol celebra su 8vo. Aniversario. Torremocha de Jarama, España. <https://trabensol.org/trabensol-celebra-su-8o-aniversario/>
- Trabensol (2021b). La actual pandemia revalida los nuevos modelos de residencialidad para mayores. Torremocha de Jarama, España. Recuperado el 18 de enero de 2022, de <https://trabensol.org/la-actual-pandemia-revalida-los-nuevos-modelos-de-residencialidad-para-mayores/>
- Uruguay Presidencia (2021). Medidas del Gobierno para atender la emergencia sanitaria por coronavirus (covid-19) en materia de Salud. Gobierno de Uruguay, Montevideo, Uruguay. <https://www.gub.uy/presidencia/politicas-y-gestion/medidas-del-gobierno-para-atender-emergencia-sanitaria-coronavirus-covid-19#dropdown>
- Valencia, E., Foust, D., y Tetreault, D. (2013). *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: México*. CEPAL.
- Vilà, T. (2020). Los servicios sociales en la encrucijada. Fundación Pilares para la Autonomía Personal, 4 de junio de 2020. <https://www.fundacionpilares.org/opinion/200521-Toni-Vila.php>
- Vivaldo, M., y Martínez, M. (2015). La política pública para el envejecimiento en México. Historia, análisis y perspectivas. En L. Gutiérrez-Robledo y D. Kersheobich-Stalnikowitz, *Envejecimiento y salud: una propuesta para un plan de acción*. UNAM/Academia Nacional de Medicina de México/Instituto Nacional de Geriátría.