

Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia) Documento Técnico



Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia). Documento Técnico.

© Consorcio EUROsociAL Salud, 2008.

El presente documento técnico ha sido elaborado en el marco del proyecto EUROsociAL Salud. El texto ha sido redactado y editado por Antonio Jiménez Lara y Martha Quezada García. Su preparación ha estado supervisada por un Comité del que han formado parte José Carlos Baura Ortega y Holman Jiménez Ardila, de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), y Pablo Aguilar Alcalá, de la Oficina de Coordinación del Proyecto EUROsociAL Salud. Las fotografías que ilustran la portada de este documento han sido cedidas por Antonio Jiménez Lara.

El presente documento ha sido elaborado con la asistencia de la Unión Europea. El contenido del mismo es responsabilidad exclusiva de sus autores y en ningún caso debe considerarse que refleja los puntos de vista de la Unión Europea.

Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia) Documento Técnico

Contenidos

Presentación	4
1. Introducción.....	6
1.1. El Programa EUROSociAL	6
1.2. EUROSociAL Salud	7
1.3. El intercambio sobre desarrollo de la protección social de poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad: Adultos Mayores y Dependencia	9
2. Envejecimiento de la población en Europa y América Latina. Afinidades y diferencias	10
2.1. La transición demográfica y el envejecimiento de la población, un proceso mundial	10
2.2. Envejecimiento y estructura de la población en la Unión Europea.....	13
2.3. El envejecimiento en América Latina.....	17
3. La situación de salud de los adultos mayores en América Latina y Europa	26
3.1. La salud de los adultos mayores en el mundo.....	26
3.1.1. Mortalidad y morbilidad	26
3.2. Estado de salud y perfil epidemiológico de los adultos mayores en América Latina	31
3.2.1. Enfermedades crónicas.....	31
3.2.2. Factores de riesgo.....	33
3.2.3. Discapacidad y situaciones de dependencia en los adultos mayores	34
3.3. Estado de salud y perfil epidemiológico de los adultos mayores en Europa.....	38
4. Cobertura de salud, acceso y uso de los servicios de salud por parte de los adultos mayores.....	41
4.1. Cobertura de salud.....	41
4.2. Gasto en salud.....	48
4.3. Medios personales e infraestructura de atención a la salud.....	53
4.4. Indicadores de atención de la salud	55
4.5. Indicadores de estado de salud	57
4.6. Acceso a abastecimiento de agua y servicios de saneamiento	60
5. Marco jurídico e institucional. Planes programas y actuaciones en materia de atención y promoción de la salud de los adultos mayores y de atención a las situaciones de dependencia	62
5.1. Los sistemas de salud en Europa	62

5.1.1.	El envejecimiento de la población plantea retos comunes que han de ser afrontados en un contexto de diversidad	63
5.1.2.	La estrategia de la Unión Europea en materia de salud	65
5.2.	El derecho a la salud de los adultos mayores en América Latina. Marco normativo e institucional.....	68
5.2.1.	Leyes especiales y la salud como derecho	69
5.3.	Principales actuaciones dirigidas a la atención y la promoción de la salud de los adultos mayores y la atención a situaciones de dependencia	82
5.4.	Caracterización de los principales servicios sociales de atención a mayores en Europa.....	91
5.4.1.	El Servicio de Teleasistencia Domiciliaria	91
5.4.2.	Servicio de Ayuda a Domicilio.....	99
5.4.3.	Centros de Día para Mayores	101
5.4.4.	Residencias para Mayores	105
6.	Necesidades insatisfechas y retos de futuro en materia de salud de la población mayor y atención de la dependencia	111
6.1.	Principales necesidades no cubiertas en materia de salud de las personas mayores y atención a la dependencia. Dificultades y condicionantes existentes. Niveles de calidad de atención y humanización de la salud.....	111
6.2.	Iniciativas, medidas y líneas de trabajo para contribuir a resolver las necesidades de salud y las situaciones de dependencia de la población mayor.....	112
6.3.	Principios y valores en los que debe basarse un modelo atención de la salud de los adultos mayores y personas en situación de dependencia	118
6.4.	Principales desafíos en materia de atención de la salud de los adultos mayores y personas en situación de dependencia	120
6.5.	Iniciativas para el futuro y ejemplos de buena práctica	123
7.	Documentos disponibles en la red	125
8.	Enlaces de interés.....	130

Presentación

En los últimos años la cohesión social ha pasado a ser una materia de especial relevancia en Iberoamérica, como consecuencia de la confluencia de un crecimiento económico sostenido con el mantenimiento de tasas aún elevadas de exclusión. Ello ha hecho que gobiernos e instituciones hayan situado esta temática en el centro de su agenda política y social. La Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno ya subrayó en la declaración final de su reunión de Guadalajara (mayo de 2004) la “determinación de construir sociedades más justas a través del fortalecimiento de la cohesión social”, y se planteó como eje central de su reunión de Chile (noviembre de 2007) la “Cohesión social y políticas sociales para alcanzar sociedades más inclusivas en Iberoamérica”.

Del mismo modo, la relación estratégica entre Iberoamérica y la Unión Europea ha situado también esta problemática entre sus principales prioridades, tal y como quedó refrendado en la IV Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión Europea, América Latina y el Caribe (Viena, mayo de 2005), articulando su cooperación técnica en la materia a través del Programa EUROsociAL centrado específicamente en cinco sectores de actuación: Fiscalidad, Empleo, Salud, Educación y Justicia.

En cuanto al sector salud de EUROsociAL, este se ha conformado por un consorcio compuesto por las siguientes Instituciones: Institut de Recherche pour le Développement (Francia), Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III (España), Organización Iberoamericana de Seguridad Social, Fondazione Angelo Celli per una Cultura della Salute (Italia), Instituto Nacional de Salud Pública (México), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arauca – Fundação Oswaldo Cruz (Brasil), Fondo Nacional de Salud (Chile) y Fundación ISALUD (Argentina), siendo uno de sus objetivos fundamentales la extensión de la protección social en salud. Para ello se ha constituido, dentro de los planes de trabajo, una línea temática específica que prioritariamente se ha dirigido a la Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia), por tratarse de sectores que requieren de una atención prioritaria.

En desarrollo de este objetivo se han ejecutado diversas acciones que, desde la perspectiva de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) como responsable técnico de esta área temática, se han considerado pertinentes para el fortalecimiento de la capacidad institucional de los países latinoamericanos y la gestión de políticas públicas, orientadas a la extensión de la cobertura de la protección social en salud de las personas mayores y de las personas en situación de dependencia. Dentro de estas acciones cabe destacar, además de la elaboración de este documento técnico, la consolidación de los informes nacionales preparados por los países participantes en el intercambio y la celebración de un seminario internacional que tuvo lugar en Montevideo (Uruguay) entre los días 13 y 15 de octubre de 2008 y que estuvo seguido de un intenso y muy interesante programa de visitas a centros y servicios de atención a adultos mayores y a personas en situación de dependencia en Montevideo y Buenos Aires. Además, está programada la realización de varias pasantías para facilitar la transferencia de conocimientos y de experiencias clave y de un curso internacional

sobre “Extensión de la protección social en salud a las personas mayores y en situación de dependencia de los países iberoamericanos”, que tendrá lugar en el mes de junio de 2009 en Cartagena de Indias (Colombia)

Con el objetivo de aportar, al tiempo, un diagnóstico de la situación actual de salud de los adultos mayores en Latinoamérica y Europa y un punto de partida para la adopción de medidas que contribuyan a impulsar y mejorar la protección social en salud de las personas mayores y de las personas en situación de dependencia, la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, el Institut de Recherche pour le Développement –IRD- (Francia), la Fundación para la Cooperación y salud Internacional Carlos III (España) y la Oficina de Coordinación de sector Salud de EUROsociAL, han abordado la elaboración del presente documento, en el que, tras describir el proceso de envejecimiento de la población en América Latina y Europa, poniendo de relieve sus afinidades y diferencias, analizar la situación de salud de los adultos mayores, sus niveles de acceso y uso de los servicios de salud y los planes, programas y actuaciones existentes en materia de atención y promoción de la salud de este grupo poblacional, se identifican las principales necesidades no cubiertas en materia de salud de las personas mayores y se plantean iniciativas, medidas y líneas de trabajo para contribuir a resolver las necesidades de salud y las situaciones de dependencia de la población mayor.

De esta forma, el documento pretende brindar algunos elementos para corregir desequilibrios sociales, a través de la adopción de medidas que se encaminen hacia la universalización de la protección, la modernización de la gestión y la implementación de herramientas que permitan reorientar estrategias e innovar mecanismos en el ámbito de la protección social en salud, evitando discriminaciones, procurando reducir brechas culturales e incrementar el sentido de pertenencia de sectores de la población especialmente vulnerables, facilitando la evolución hacia una América Latina más solidaria, equitativa y justa.

Adolfo Jiménez Fernández
Secretario General
Organización Iberoamericana de Seguridad Social

1. Introducción

1.1. El Programa EUROsociAL

EUROsociAL es una iniciativa de cooperación técnica de la Comisión Europea para promover la cohesión social en América Latina a través del intercambio de experiencias entre administraciones públicas responsables de la administración de la justicia, la educación, el empleo, la fiscalidad y la salud. Su objetivo es fortalecer las capacidades institucionales de gestión de políticas públicas en estos sectores para transformarlas en auténticos vectores de cohesión social.

La cohesión social es, junto con la integración regional, uno de los grandes ejes que vertebran la relación estratégica entre la Unión Europea y América Latina y el Caribe. La Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno de Guadalajara, en mayo de 2004, ya subrayó en su declaración final la “determinación de construir sociedades más justas a través del fortalecimiento de la cohesión social”, destacando la responsabilidad y voluntad de los Gobiernos para dirigir procesos y reformas orientadas a aumentar la cohesión, a través del combate a la pobreza, la desigualdad y la exclusión social.

La Comisión Europea ha decidido convertir la cohesión social en el tema prioritario de su política de ayuda y de cooperación al desarrollo con América Latina¹. Esta voluntad, refrendada en la IV Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión Europea, América Latina y el Caribe (Viena, mayo de 2005), se ha visto reafirmada recientemente en la V Cumbre de Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión Europea y los países de América Latina y el Caribe, celebrada en Lima en mayo de 2008, que ha aprobado la Agenda de Lima, en la que la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión a fin de alcanzar o aumentar la cohesión social se confirma como una prioridad política clave de la asociación estratégica entre Europa y América Latina.

EUROsociAL pone en práctica esta voluntad política. La ejecución del Programa ha sido confiada a organismos públicos europeos, latinoamericanos y multinacionales. El presupuesto total del Programa es superior a los 36 millones de Euros, de los que la Oficina de Cooperación de la Comisión Europea aporta un 80%. El resto de la financiación es asumida por las instituciones adjudicatarias de las subvenciones con fondos de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y del Ministerio de Asuntos Exteriores de Francia, a través de France Cooperation International.

EUROsociAL es una iniciativa abierta a todas las instituciones latinoamericanas interesadas en participar en procesos de reforma política e institucional con el objetivo de incrementar la protección y la cohesión social en la región.

¹ Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo de diciembre de 2005, “Estrategia para una Asociación Reforzada entre la Unión Europea y América Latina”.

El objetivo a largo plazo de EUROsociAL es contribuir a generar o fortalecer procesos de cohesión social en América Latina. El programa viene desarrollando la capacidad de las autoridades públicas para formular políticas coherentes que permitan combatir las desigualdades sociales, identificando los grupos de población más afectados. Para ello, EUROsociAL concentra sus esfuerzos en el incremento de la eficacia y eficiencia de las políticas públicas en las áreas de administración de la justicia, educación, empleo, fiscalidad y salud, mediante la reorientación de algunas políticas y programas sociales y la introducción de innovaciones en los mecanismos de gestión. En definitiva, el Programa es una iniciativa de fortalecimiento institucional de administraciones públicas.

EUROsociAL ejecuta actividades de sensibilización política e intercambios de experiencias basados en diagnósticos y análisis de calidad y en redes de organizaciones y actores en los distintos sectores de intervención. La gestión de proyectos sectoriales (Educación, Empleo, Fiscalidad, Justicia y Salud) proporciona apoyo a la realización de estas actividades, cuyos resultados son puestos a disposición del público a través de una estrategia de comunicación y visibilidad.

EUROsociAL pretende generar las condiciones necesarias para que los países latinoamericanos emprendan procesos de reorientación de estrategias y de innovación en los mecanismos de gestión de programas y políticas. De acuerdo con la metodología de EUROsociAL, las actividades de sensibilización se dirigen principalmente a personas con capacidad para la toma de decisiones (policy makers) y a quienes participan activamente en su diseño y aplicación; en los intercambios de experiencia participan, sobre todo, gestores de nivel intermedio con responsabilidad en la administración cotidiana de los recursos públicos.

Los intercambios de experiencia son la actividad principal de EUROsociAL y su seña de identidad. Son procesos de transferencia entre administraciones públicas de lecciones aprendidas y buenas prácticas acerca del diseño, aplicación y gestión de políticas sociales con repercusiones sobre la cohesión social. Las transferencias se realizan desde países europeos o desde países de América Latina a través de formación no reglada (presencial o a distancia), por medio de pasantías o visitas, mediante la asistencia técnica de expertos o por una combinación de estas modalidades.

1.2. EUROsociAL Salud

La salud es una dimensión fundamental tanto de la pobreza como del desarrollo. Sin salud, el capital humano de una población se resiente, generando problemas económicos y sociales que socavan la cohesión. Por ello, uno de los cinco proyectos sectoriales del programa EUROsociAL es el dedicado a la Salud (los otros actúan en los ámbitos de Justicia, Educación, Empleo y Fiscalidad).

EUROsociAL Salud pretende incrementar la prioridad política, social y económica de la protección social en salud, con el propósito de mejorar el acceso a los servicios sanitarios y su financiación. Estos servicios deben formar parte de unas políticas públicas eficientes que promuevan la buena gestión del sistema sanitario. Desde otra perspectiva, resulta esencial

mejorar al acceso a la atención primaria en salud y su conexión con la atención especializada, incrementando la calidad de las decisiones clínicas considerando la evidencia disponible y el acceso a medicamentos esenciales. Tan importante como atender la enfermedad es evitarla, considerando por ejemplo políticas especiales en salud pública de prevención en el campo de las drogas, enfermedades endémicas y manipulación de productos biológicos, incluyendo derivados sanguíneos. Especialmente relevante es la promoción de políticas saludables en la comunidad para sectores más vulnerables y excluidos: mujeres, niños y ancianos, poblaciones indígenas y familias en zonas rurales o asentamientos urbanos insalubres.

El consorcio responsable de ejecutar la intervención incluye a las siguientes organizaciones:

- IRD, Institut de Recherche pour le Développement (Francia). Líder del Consorcio.
- OISS, Organización Iberoamericana de Seguridad Social.
- FCSAI, Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, (España).
- FONASA, Fondo Nacional de Salud (Chile).
- Universidad ISALUD (Argentina).
- ENSP, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (Brasil).
- Fondazione Angello Celli, (Italia).
- INSP, Instituto Nacional de Salud Pública (México).
- ADECRI, Agence de coopération internationale en sécurité sociale (Francia).
- Ministerio de Salud (Chile).
- Ministerio de Salud (Costa Rica).

El objetivo de EUROsocial Salud es fortalecer los conocimientos, capacidades y vínculos entre actores políticos e institucionales latinoamericanos del área de salud con sus pares europeos, para contribuir al desarrollo sustentable de políticas públicas de salud orientadas a la reducción de la pobreza, la desigualdad y la exclusión social. El proyecto pretende estimular la generación de demandas específicas de intercambios de experiencias en estos y en otros temas de interés para las administraciones públicas responsables del sector salud en América Latina.

Para lograr este objetivo, las actuaciones del proyecto se han organizado en cinco grandes áreas temáticas, cada una de las cuales es coordinada por un miembro europeo del consorcio y uno o dos miembros del consorcio en América Latina. Las cinco áreas y sus coordinadores son:

- Área Temática 1: Desarrollo de la Protección Social en salud / FCSAI (España) y OISS (Internacional).
- Área Temática 2: Buena Gobernanza en Sistemas, Hospitales y Servicios de Salud / IRD (Francia), INSP (México) y ISALUD (Argentina).
- Área Temática 3: Servicios de salud basados en la Atención Primaria de Salud, de calidad, y con acceso eficiente y equitativo a los medicamentos / FCSAI (España), ISALUD (Argentina) y FIOCRUZ (Brasil).
- Área Temática 4: Políticas de Salud Pública y Control de Riesgos / IRD (Francia) y FONASA (Chile).
- Área Temática 5: Promoción de políticas saludables en la comunidad para los sectores más vulnerables y excluidos / FAC (Italia) y FIOCRUZ (Brasil).

1.3. El intercambio sobre desarrollo de la protección social de poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad: Adultos Mayores y Dependencia

El área temática 1 (Desarrollo de la protección social en salud) del proyecto EUROsociAL Salud tiene como objetivo contribuir a la extensión de la protección social en salud para avanzar hacia la universalidad en el acceso a los servicios de salud en América Latina, con un enfoque en el que la protección en salud se constituye como un elemento nuclear de una futura sociedad incluyente, vertebrada y cohesionada. Dentro de esta área temática, en el año 2008 se ha iniciado un intercambio de experiencias, relacionado con la extensión de la cobertura de la protección social en salud a los adultos mayores, en especial aquellos que se encuentran en situación de dependencia, un grupo poblacional que se encuentra en condiciones especiales de vulnerabilidad. La OISS ha asumido la responsabilidad de la gestión técnica de este intercambio, para lo que ha contado con el apoyo de FONASA, y la FCSAI la responsabilidad de la gestión económica.

El objetivo general de este intercambio es dar a conocer a las instituciones parte del mismo las experiencias desarrolladas en países transferentes para mejorar la protección social en salud de los adultos mayores, que constituyen una población especialmente vulnerable, y brindar un espacio de intercambio y diálogo en el que países de América Latina y Europa puedan revisar sus procesos con miras a realizar cambios y reformas que permitan lograr una mayor y mejor atención de los adultos mayores.

Los objetivos específicos son los siguientes:

- Profundizar en el conocimiento de la situación de salud de los adultos mayores en cada uno de los países participantes en el intercambio, incorporando información detallada y precisa sobre las demandas de salud de los mayores, los dispositivos de atención, la cobertura de los sistemas de salud y las necesidades insatisfechas.
- Avanzar en la identificación de buenas prácticas y en la definición de criterios de actuación en relación con la prevención de la salud, la promoción de hábitos de vida saludable, la atención y seguimiento a personas con factores de riesgo, el acceso a la salud de los adultos mayores, la promoción del envejecimiento activo, la mejora de las condiciones de accesibilidad del entorno, la promoción de la autonomía personal y la atención de las necesidades de las personas mayores en situación de dependencia.
- Identificar líneas de trabajo y proponer actuaciones concretas para mejorar la salud de los adultos mayores en los países participantes en el intercambio.

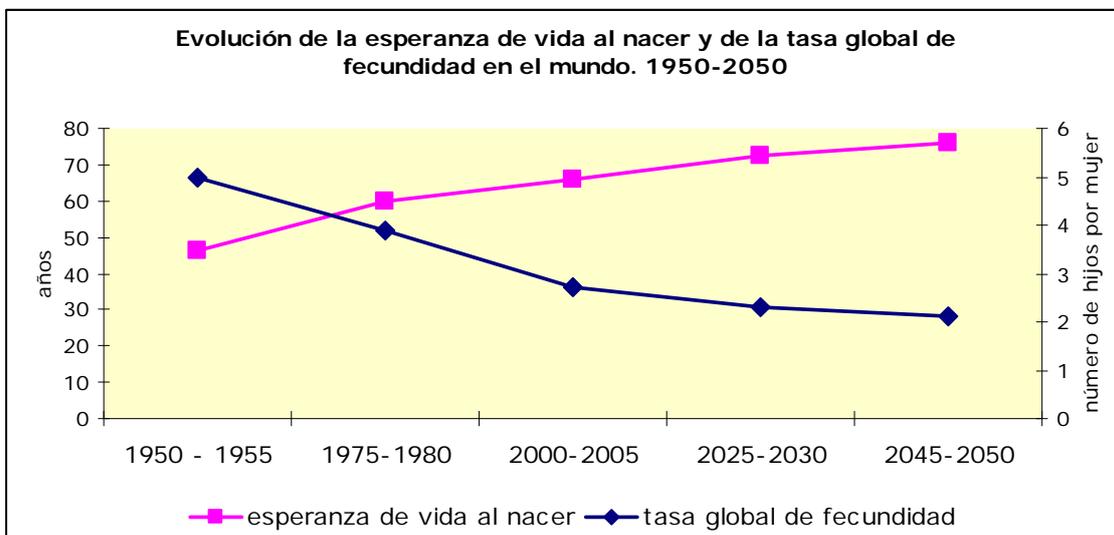
2. Envejecimiento de la población en Europa y América Latina. Afinidades y diferencias

2.1. La transición demográfica y el envejecimiento de la población, un proceso mundial

El envejecimiento de la población es un proceso íntimamente ligado a la transición demográfica, que es el paso de un régimen demográfico tradicional, caracterizado por altos niveles de mortalidad y natalidad, a un régimen demográfico moderno, en el que los niveles de natalidad y mortalidad son bajos y controlados. La disminución de la natalidad y el progresivo aumento de la esperanza de vida de las personas impactan directamente en la composición por edades de la población, al reducir proporcionalmente el número de personas en las edades más jóvenes y engrosar los sectores con edades más avanzadas.

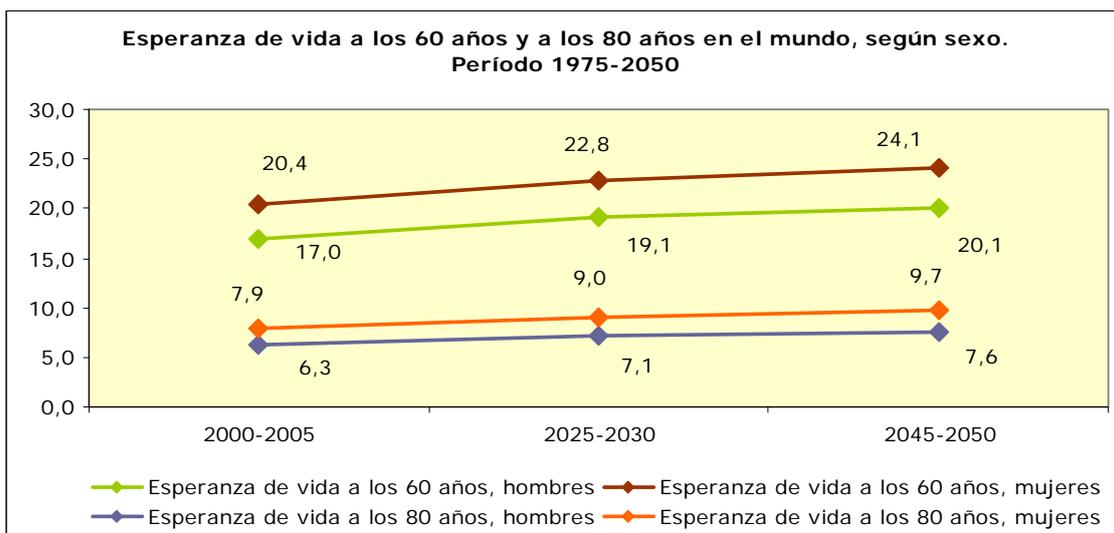
La natalidad y mortalidad de la población mundial han tenido un considerable descenso, particularmente durante la segunda mitad del siglo pasado. La natalidad disminuyó entre los años 1950 y 2000 de 37,6 a 22,7 nacimientos por cada mil habitantes, mientras que la mortalidad pasó de 19,6 a 9,2 defunciones por cada mil habitantes en el mismo periodo. Esta transformación ha provocado un progresivo aumento del tamaño de la población mundial y, simultáneamente, su envejecimiento. Se espera que los niveles de natalidad y mortalidad continúen disminuyendo durante la primera mitad del siglo en curso.

Según datos de Naciones Unidas, en el quinquenio 1950-1955 la tasa global de fecundidad se situaba, en cómputo mundial, en 5 hijos por mujer. Para el quinquenio 2000-2005 esta variable se redujo hasta los 2,7 hijos por mujer, y se prevé que siga disminuyendo hasta los 2,1 hijos por mujer en el período 2045-2050. Por lo que respecta a la esperanza de vida al nacer, mantiene una evolución de carácter ascendente que la ha llevado desde 46,5 años en el lustro 1950-1955 hasta 66 años en el período 2000-2005; para el quinquenio 2045-2050 la esperanza de vida al nacer calculada para el conjunto de la población mundial puede situarse en 76 años.



Fuente: Naciones Unidas, *World Population Ageing 1950-2050*

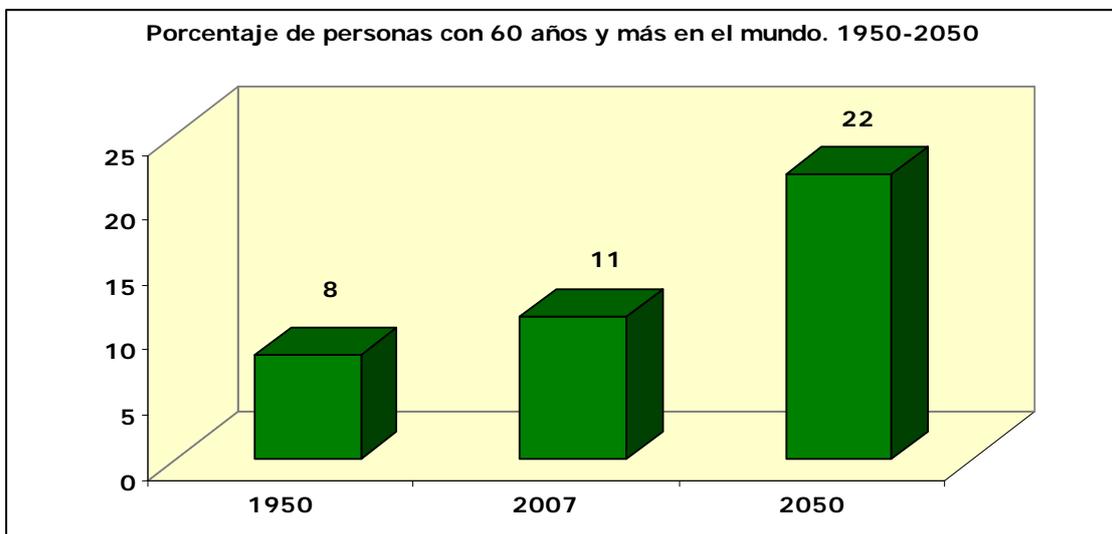
Las ganancias en esperanza de vida, que en una primera etapa se debieron sobre todo al descenso de la mortalidad infantil, se relacionan en la actualidad fundamentalmente con el descenso de la mortalidad en los tramos de edad que comprenden a la población adulta. Las proyecciones apuntan que la expectativa de vida adicional a los 60 años pasará de los 18,8 años que se registraban en el año 2000 a 22,2 años en el 2050. La esperanza de vida adicional a los 80 años también aumentará, pasando de 7,2 años en el quinquenio 2000-2005 a 8,8 años en el período 2045-2050. Al considerar el género, las mujeres presentan cifras de supervivencia más altas que los varones.



Fuente: Naciones Unidas, *World Population Ageing 1950-2050*

Según datos de Naciones Unidas, en el año 2007 el número de personas con 60 años y más se situaba en torno a los 700 millones, lo que supone el 11% de la población mundial. Se espera

que hacia mitad del presente siglo el número de adultos mayores alcance la cifra de 2.000 millones de personas, que representará un 22% de la población.



Naciones Unidas, World Population Ageing 2007

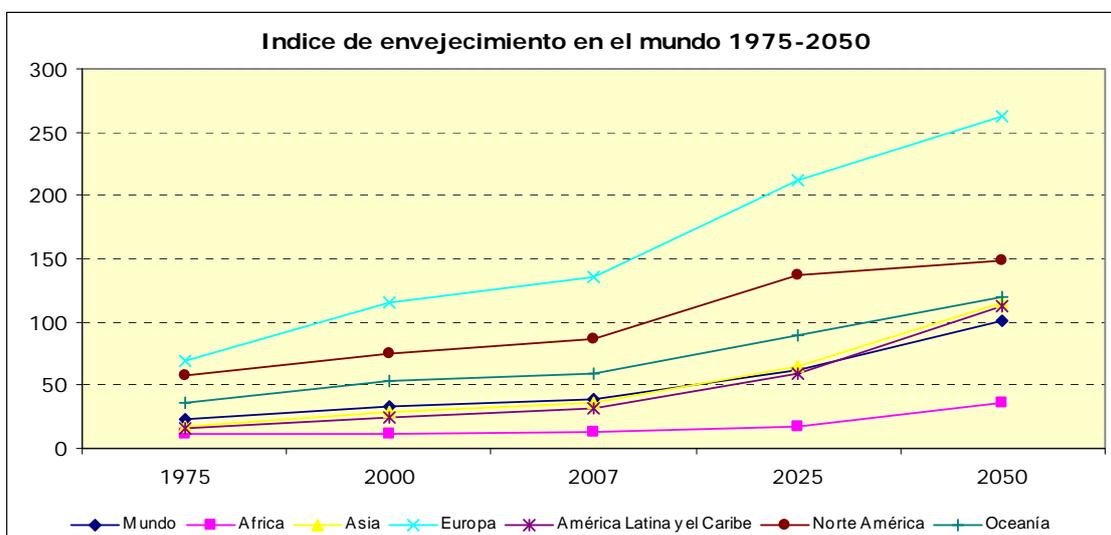
El proceso de envejecimiento poblacional que el mundo está experimentando no tiene precedentes en la historia de la humanidad. Los incrementos en los porcentajes de personas de 60 o más años van acompañados de descensos en los porcentajes de jóvenes menores de 15 años. Para 2050, por primera vez en la historia, las personas de edad en el mundo superarán en número a los jóvenes. Esta inversión histórica en los porcentajes relativos de jóvenes y las personas de edad ya se ha producido en las regiones más desarrolladas.

El envejecimiento de la población es un **proceso general**, que afecta a toda la sociedad. El incremento sostenido de los grupos de mayor edad, tanto en cifras absolutas como en relación con la población en edad de trabajar, tiene una influencia directa en la equidad y la solidaridad intergeneracional e intrageneracional que son la base de la sociedad. Es también un **proceso profundo**, que tiene importantes consecuencias y ramificaciones en todas las facetas de la vida humana: en lo económico, incide en el crecimiento económico, el ahorro, la inversión y el consumo, los mercados de trabajo, las pensiones, la tributación y las transferencias intergeneracionales; en lo social, incide en la salud, la atención de la salud, la composición de la familia y las condiciones de vida, la vivienda y la migración; en lo político, puede influir en los patrones de voto y la representación. El envejecimiento de la población es, en tercer lugar, un **proceso duradero**. La proporción de personas de edad ha venido aumentando durante todo el siglo XX y se espera que esta tendencia continúe durante el siglo XXI.

Aunque se trata de un proceso mundial, el envejecimiento presenta intensidades diferentes en las diferentes partes del mundo. Así, mientras en el año 2007 en África el índice de envejecimiento se situaba en 11,9 adultos mayores por cada cien niños en Europa esta variable se cifraba en 136,2. Al atender a ritmo de evolución destacan las previsiones hechas para América Latina y el Caribe que en menos de 50 años verá cuadruplicarse su índice en envejecimiento.

Índice de envejecimiento en el mundo por regiones 1975-2050					
Regiones	1975	2000	2007	2025	2050
Mundo	23,4	33,4	38,7	61,5	100,5
África	11,0	11,9	12,9	17,0	36,6
Asia	16,8	29,0	35,8	64,3	115,7
Europa	69,1	116	136,2	211,9	262,7
América Latina y el Caribe	15,8	25,2	31,3	59,2	112,3
Norte América	57,7	75,5	86,1	137,2	148,3
Oceanía	35,4	52,7	59,7	89,6	120,2

Naciones Unidas, *World Population Ageing 1950-2050*



Naciones Unidas, *World Population Ageing 1950-2050*

Por países, Japón presenta el porcentaje más alto de personas de 60 o más años respecto a su población total, con un 27,9% en 2007. Le siguen Italia con un 26,4%, Alemania con un 25,3%, Suecia con un 24,1% y Grecia con un 23,4%. En esta lista, España ocupa el lugar 17 con un 21,8%. El primer país de América Latina que aparece en este ranking es Cuba, en el número 48 con un 16,1% de adultos mayores respecto a su población total. En el otro extremo, los porcentajes más bajos de población de 60 años y más se dan en los Emiratos Árabes, Qatar, Nigeria, Kuwait, Liberia con porcentajes entre el 2 y el 4%.

2.2. Envejecimiento y estructura de la población en la Unión Europea

El volumen y proporción relativa de la población mayor de 60 años en Europa son significativos y van en aumento. Según datos de Eurostat, en el año 2008 la población de 60 y más años en la Europa de los 27² representa el 22,5% de la población total. Se estima que para la mitad del presente siglo esta cifra llegará al 35,2%.

² La Unión Europea comprende los siguientes países: Alemania, Austria, Bulgaria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, Rumania y Suecia.

Unión Europea (27 países) Población total y adultos mayores en 2000, 2008, 2025 y 2050				
	2000	2008	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	482.760.665	495.394.020	517.810.844	515.303.488
Hombres	235.080.335	241.849.000	253.876.528	253.363.762
Mujeres	247.680.330	253.545.020	263.934.316	261.939.726
Hombres %	48,7%	48,8%	49,0%	49,2%
Mujeres %	51,3%	51,2%	51,0%	50,8%
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	100.946.181	111.490.629	146.798.439	181.420.615
Hombres	42.528.674	48.113.311	65.744.892	83.196.635
Mujeres	58.417.503	63.377.318	81.053.547	98.223.980
Proporción s/ la población total %	20,9%	22,5%	28,3%	35,2%
Hombres %	42,1%	43,2%	44,8%	45,9%
Mujeres %	57,9%	56,8%	55,2%	54,1%

Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones del Eurostat

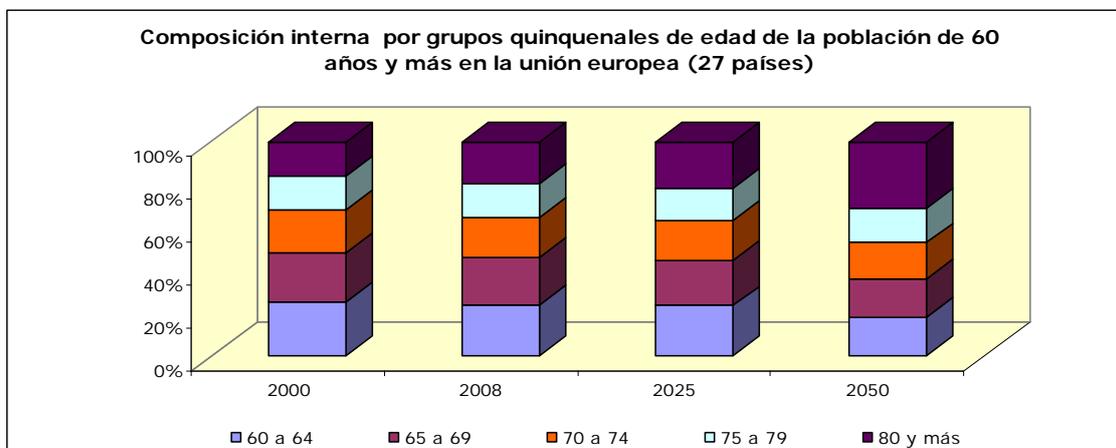
Al analizar con detalle la población de 60 años y más en la UE-27 se observan dos de las características comunes de una población envejecida:

- Por un lado, el perfil femenino de este grupo etario: de las 111.490 millones de personas con 60 años y más que residen en la Comunidad Europea el 56,8% son mujeres.
- Por otro, el peso de los más mayores dentro de este segmento. Así, para el año 2008 el 35,3% de los adultos mayores de la región cuenta con 75 años y más (7,9% de la población total). Se calcula que para el 2050 el 47,1% de los adultos mayores europeos superarán los 75 años (16,6% del total de personas residentes en la Unión Europea).

Unión Europea (27 países) - Población de 75 años y más en 2000, 2008, 2025 y 2050 (Miles de personas a mitad de cada año y porcentajes)				
	2000	2008	2025	2050
Total	32.077.864	39.330.719	54.015.084	85.512.510
% respecto a la población de 60 y más años	31,8%	35,3%	36,8%	47,1%
% respecto a la población total	6,6%	7,9%	10,4%	16,6%

Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones de Eurostat

El envejecimiento interno de la población mayor europea seguirá acentuándose. Para el año 2008 se calcula que el 24,1% de los adultos mayores tiene entre 60 y 64 años, mientras que los mayores de 80 años representan el 19,6% de esta población. Hacia mitad del siglo estas proporciones se invertirán, y los adultos mayores de entre 60 y 64 supondrán al 18,2% de la población mayor frente al 31,2% que representará la población de 80 años y más.



Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones de Eurostat

Una vez descrita la tendencia general de envejecimiento en Europa, se consideran a continuación algunas variables demográficas correspondientes a los cinco países más poblados de la Unión. Dos de ellos (Italia, con un 25,8%, y Alemania, con un 25,2%) presentan en 2008 los porcentajes más altos de población mayor en el mundo después de Japón. Los otros tres (Francia, Reino Unido y España) se sitúan también entre los 20 países más envejecidos del mundo³. Si se atiende a la evolución prevista de este porcentaje, sobresale el caso español, que pasará del 21,7% en el año 2008 al 38,2% en 2050.

Países más poblados de la Unión Europea - Porcentaje de mayores de 60 años respecto de la población total en 2000, 2008, 2025 y 2050				
	2000	2008	2025	2050
Alemania	20,9%	25,2%	32,9%	38,5%
España	23,0%	21,7%	26,4%	38,2%
Francia	21,6%	21,8%	27,8%	31,2%
Italia	20,4%	25,8%	31,3%	38,7%
Reino Unido	24,1%	21,9%	25,3%	29,0%
EU (27 países)	20,7%	22,5%	28,4%	35,2%

Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones de Eurostat

El índice de envejecimiento, que expresa la relación numérica que existe entre la población de 60 años y más y la población infantil (0 a 14 años) se sitúa en la UE-27, en el año 2008, en 143,7. Las proyecciones apuntan que este índice alcanzará la cifra de 250,5 adultos mayores por cada cien niños en 2050. Entre los cinco países con mayor población, los que cuentan con índices de envejecimiento más altos en la actualidad son Italia y Alemania, con 184,2 y 183,8 adultos mayores por cada 100 niños, respectivamente.

Países más poblados de la Unión Europea - Índice de envejecimiento en 2000, 2008, 2025 y 2050				
	2000	2008	2025	2050
Alemania	146,4	183,8	259,8	318,3
España	145,2	148,6	182,3	289,4

³ World Population Ageing 2007 <http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2007/wpp2007.htm>

Francia	106,7	119,1	156,5	182,8
Italia	168,2	184,2	246,5	314,4
Reino Unido	108,3	125,4	142,4	175,0
EU (27 países)	121,3	143,8	189,2	250,5

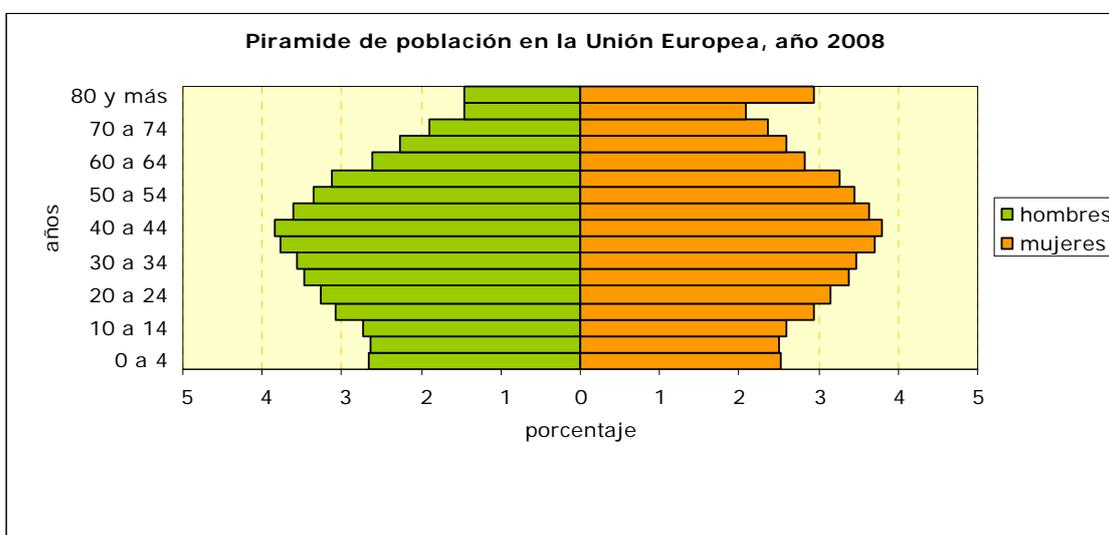
Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones de Eurostat

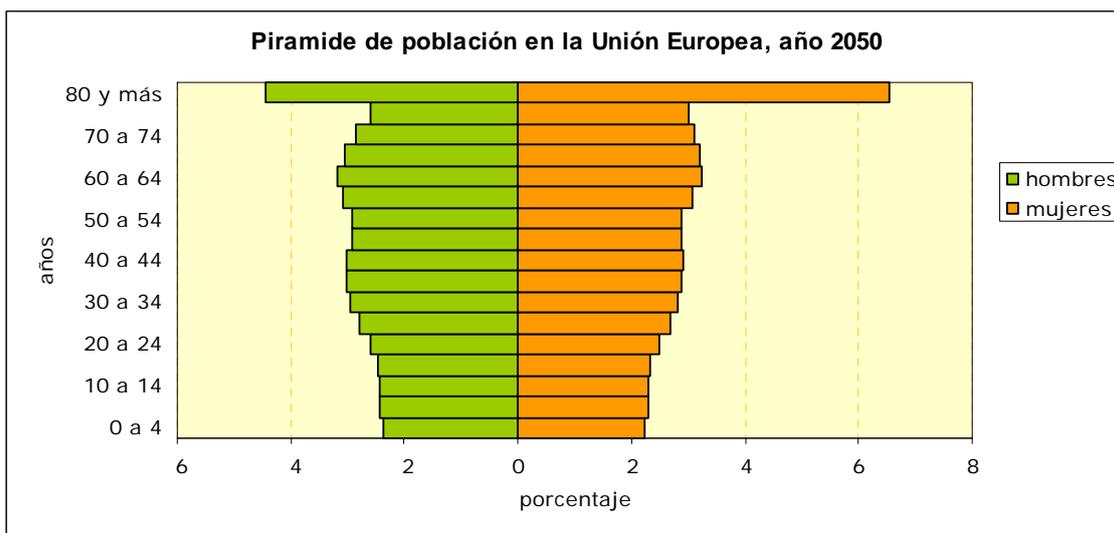
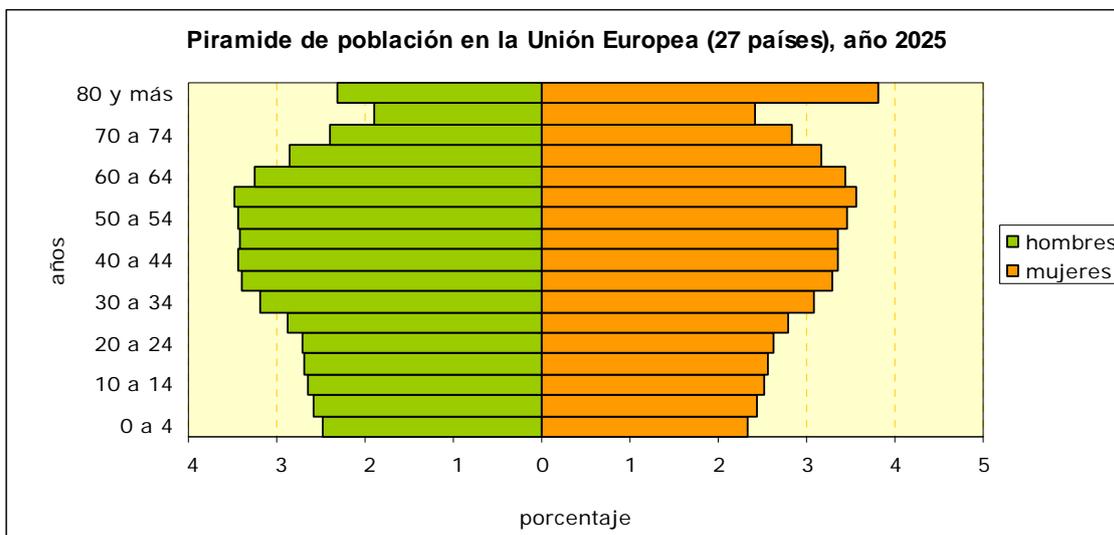
La esperanza de vida al nacimiento en estos países es de alrededor de 80 años (entre 77 y 84 años para los hombres y entre 81 y 84 años para las mujeres, de los cuales el 80 por ciento, aproximadamente, se vivirán en buenas condiciones de salud. A los 65 años la esperanza de vida es de entre 17 y 18 años para los hombres y de entre 20 y 22 años para las mujeres, de los cuales algo más de la mitad en el caso de los varones y algo menos de la mitad en el caso de las mujeres se vivirán en buenas condiciones de salud.

Países más poblados de la Unión Europea – Esperanza de vida total y en condiciones de buena salud al nacimiento y a los 65 años, por sexo (2004-2006)								
	Hombres				Mujeres			
	Esperanza de vida al nacer		Esperanza de vida a los 65 años		Esperanza de vida al nacer		Esperanza de vida a los 65 años	
	Total	En buena salud	Total	En buena salud	Total	En buena salud	Total	En buena salud
Alemania (2006)	77,2	58,5	17,2	7,7	82,4	58,0	20,5	7,3
España (2006)	77,7	63,7	17,9	9,9	84,4	63,3	22,0	9,4
Francia (2006)	77,3	62,7	18,2	8,6	84,4	64,1	22,6	9,5
Italia (2004)	77,9	67,9	17,5	10,9	83,8	70,2	21,5	11,8
Reino Unido (2005)	77,1	63,2	17,0	10,3	81,1	65,0	19,5	11,1

Fuente: Eurostat online database. Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida (EU-SILC)

Las pirámides de población de la Unión Europea para los años 2008, 2025 y 2050, que se recogen a continuación, muestran bien a las claras la evolución prevista de la estructura demográfica europea, caracterizada por un peso cada vez mayor de los mayores de 80 años.





Fuente: Elaboración propia a partir de las proyecciones del Eurostat

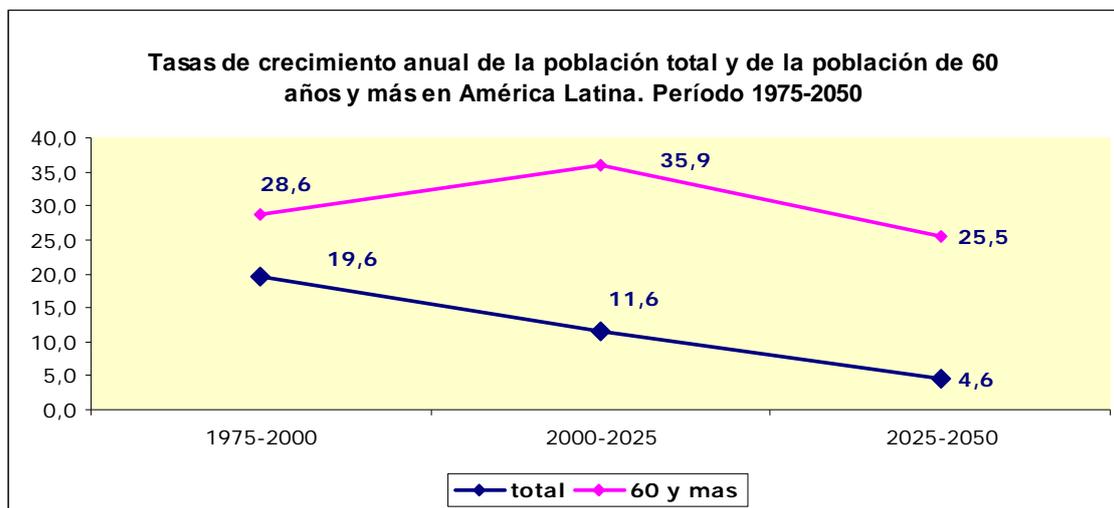
2.3. El envejecimiento en América Latina

América Latina también participa del proceso de envejecimiento poblacional. De acuerdo con datos de la CEPAL, en el año 2005 la población total de América Latina se cifraba en 546,7 millones de personas, de los que el 8,8% contaban con 60 años y más. Las proyecciones apuntan un incremento notable de la población adulta mayor en el territorio latinoamericano, de forma que, para el año 2025, el 14,5% de la población se situará ya en este grupo etario. Hacia mitad del presente siglo se calcula que la población mayor de 60 años supondrá ya el 23,6% del total.

América Latina- Población total y adultos mayores en 1975, 2000, 2005, 2025, 2050 (miles de personas a mitad de año)					
	1975	2000	2005	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL					
Total	315.687	511.735	546.664	676.856	762.678
Hombres	157.787	253.553	270.033	333.739	374.771
Mujeres	157.899	258.182	276.631	343.117	387.907
Hombres %	50,0%	49,5%	49,4%	49,3%	49,1%
Mujeres %	50,0%	50,5%	50,6%	50,7%	50,9%
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS					
Total	20.264	41.628	48.154	98.010	180.279
Hombres	9.486	18.847	21.793	44.251	80.664
Mujeres	10.777	22.782	26.359	53.759	99.615
Proporción sobre la población total %	6,4%	8,1%	8,8%	14,5%	23,6%
Hombres %	46,8%	45,3%	45,3%	45,1%	44,7%
Mujeres %	53,2%	54,7%	54,7%	54,9%	55,3%

CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población.

Este incremento de la población adulta mayor contrasta con una tendencia decreciente de las tasas de crecimiento anual del conjunto poblacional. Los cálculos apuntan que durante el primer cuarto de siglo, la tasa de crecimiento anual de los mayores será de 35,9 frente a una tasa de la población total de 11,6 personas por cada mil habitantes. Durante el segundo cuarto de siglo, la velocidad de crecimiento de la población mayor se ralentizará hasta el 25,5 por mil, mientras que la de la población total seguirá cayendo, situándose en un 4,6 por mil.



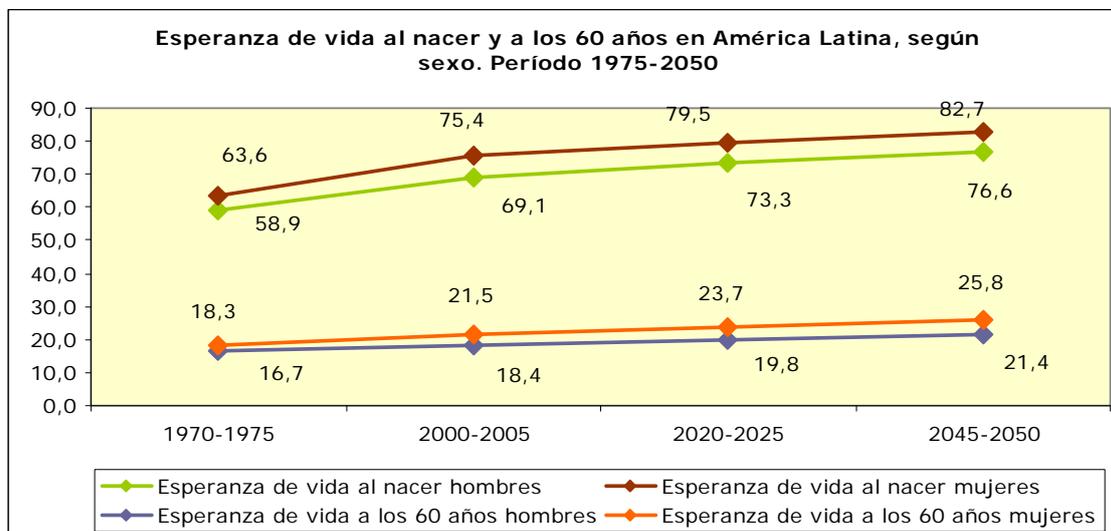
Este comportamiento se puede explicar a partir de la evolución de variables como la esperanza de vida, la natalidad, la mortalidad, entre otras.

La mejora en la atención a la salud en la región y la disminución de las tasas de mortalidad en edades tempranas⁴ han repercutido en un aumento en la esperanza de vida al nacer, que ha pasado de 61,2 años en el quinquenio 1970-1975 a 72,2 años en el período 2000-2005. La esperanza de vida seguirá creciendo en el siglo XXI, y, de acuerdo con las previsiones de la CEPAL, se situará en 76,3 años en el quinquenio 2020-2025 y podría alcanzar los 79,6 años en 2045-2050. Las mujeres disfrutaban de una esperanza de vida más alta que los varones y lo seguirán haciendo en el futuro.

América Latina- Esperanza de vida al nacer proyectadas por quinquenios, según países. Periodo 1970-2050 (Número de años)				
	1970-1975	2000- 2005	2020- 2025	2045- 2050
Hombres	58,9	69,1	73,3	76,6
Mujeres	63,6	75,4	79,5	82,7
Ambos sexos	61,2	72,2	76,3	79,6

CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población

La esperanza de vida a los 60 años también se incrementará, debido al descenso de la mortalidad en las edades adultas, y pasará de 18,8 años en el quinquenio 200-2005 a 21,6 años en 2020-2025 y a 23,5 años en 2045-2050.



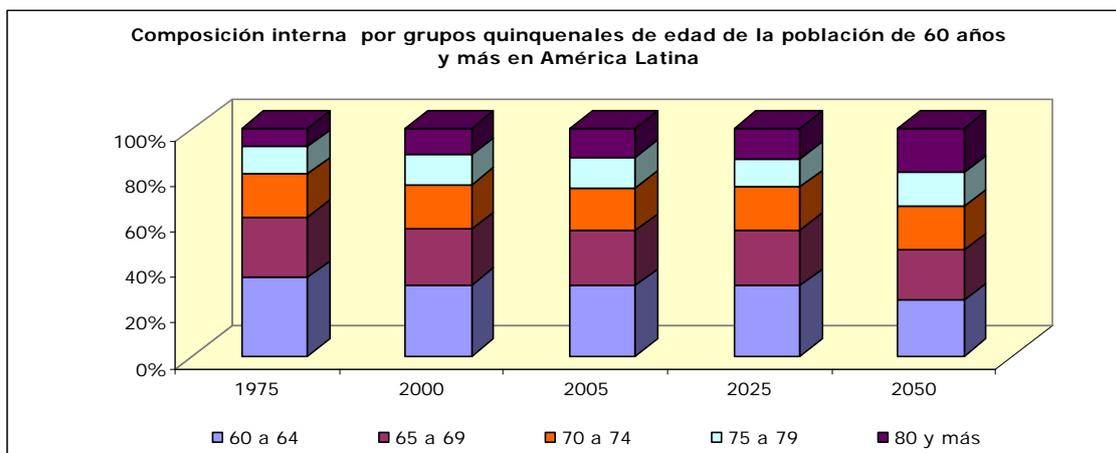
CELADE: Boletín Demográfico No. 72. América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950 - 2050

Este aumento en la expectativa vital se expresa en un mayor volumen y peso de las personas de 75 años y más, tanto en la población anciana como en el conjunto poblacional. En el año 2005, el 26,3% de los adultos mayores latinoamericanos contaba con 75 y más años. Se calcula que hacia la mitad del presente siglo esta proporción alcanzará la cifra de 34,6%.

⁴ Según datos de la CEPAL, la tasa de mortalidad infantil ha pasado de 81,5 en el quinquenio 1970-1975 a 25,6 en el de 2000-2005

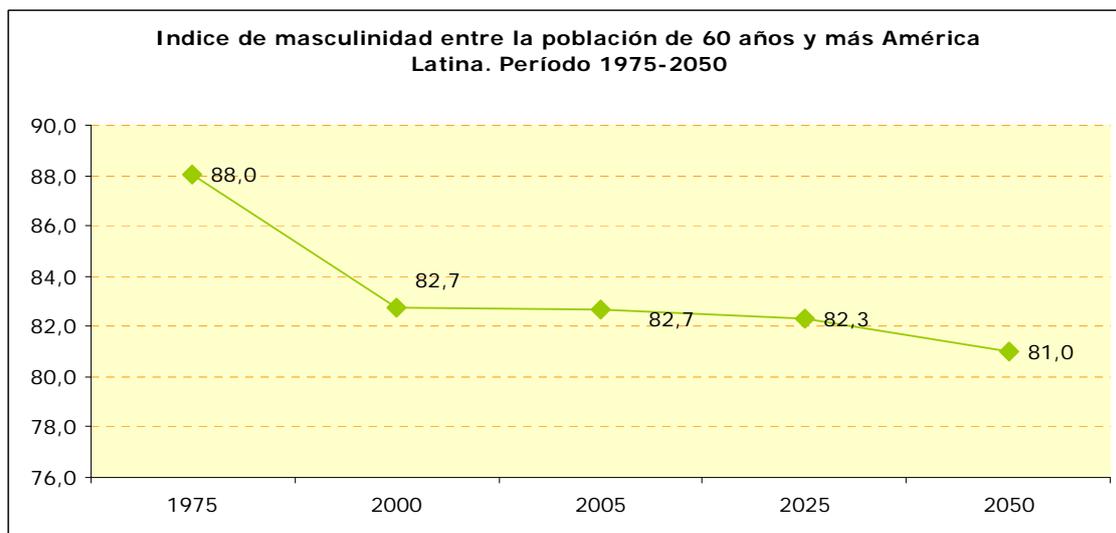
América Latina - Población de 75 años y más en el período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)					
	1975	2000	2005	2025	2050
Total	4.089	10.306	12.645	25.535	62.337
% respecto a la población de 60 y más años	20,2%	24,8%	26,3%	26,1%	34,6%
% respecto a la población total	1,3%	2,0%	2,3%	3,8%	8,2%

CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población



CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población

La mayor longevidad de las mujeres perfila una población adulta mayor feminizada. Esta situación se ve reflejada en el índice de masculinidad, que en el año 2005, según CELADE, se situaba en 82,7 varones por cada cien mujeres, tras haber descendido de forma intensa en el último cuarto del siglo XX. Se calcula que esta relación puede descender hasta los 81 varones por cada cien mujeres para el año 2050.

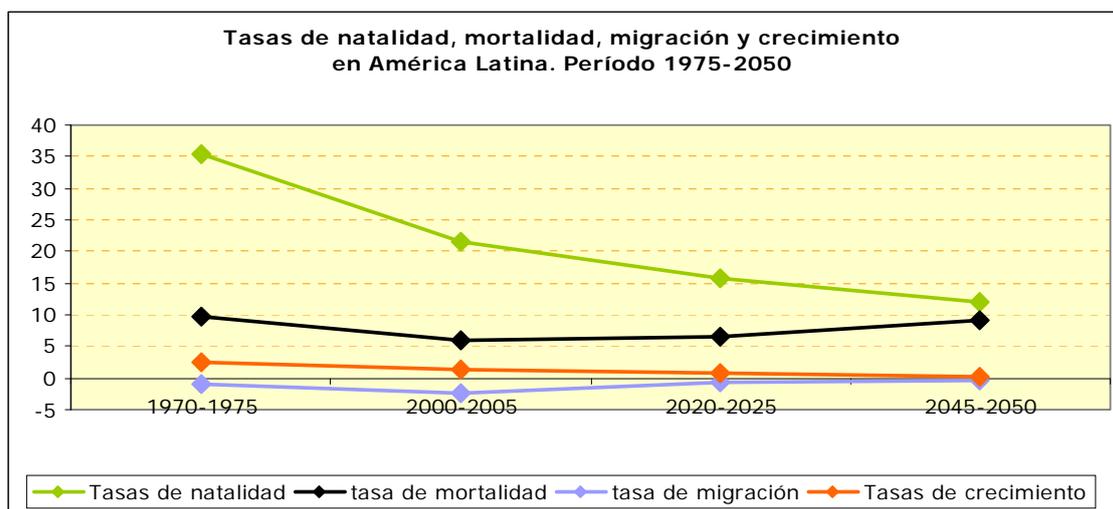


CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población

El envejecimiento se ve acentuado por la evolución de las cifras de fecundidad, que mantienen una tendencia descendente en América Latina. El número promedio de hijos por mujer ha pasado de 5,1 en el período 1970-1975 a 2,5 en el quinquenio 2000-2005. Por otro lado, la tasa bruta de natalidad presenta también un descenso notable en sus valores. Para el quinquenio 1970-1975 se registraban 35,5 nacimientos al año por cada mil habitantes, mientras que en el período 2000-2005 la cifra disminuyó hasta los 21,6 nacimientos anuales por mil habitantes. Las proyecciones estiman que hacia mitad de siglo la tasa bruta de natalidad será de 12,0 nacimientos por cada mil habitantes.

La tasa de mortalidad ha mantenido una evolución descendente en el último cuarto del siglo XX, pasando de 9,2 fallecimientos anuales por cada mil habitantes en el quinquenio 1970-1975 a 6,1 defunciones anuales por cada mil habitantes en el período 2000-2005. Las proyecciones prevén un ligero aumento en primer cuarto del presente siglo, que llevará la tasa de mortalidad a 6,5 decesos por cada mil habitantes en 2020-2025, y un incremento mayor en el segundo cuarto del siglo XXI, hasta alcanzar 9,3 fallecimientos anuales por cada mil habitantes en el quinquenio 2045-2050.

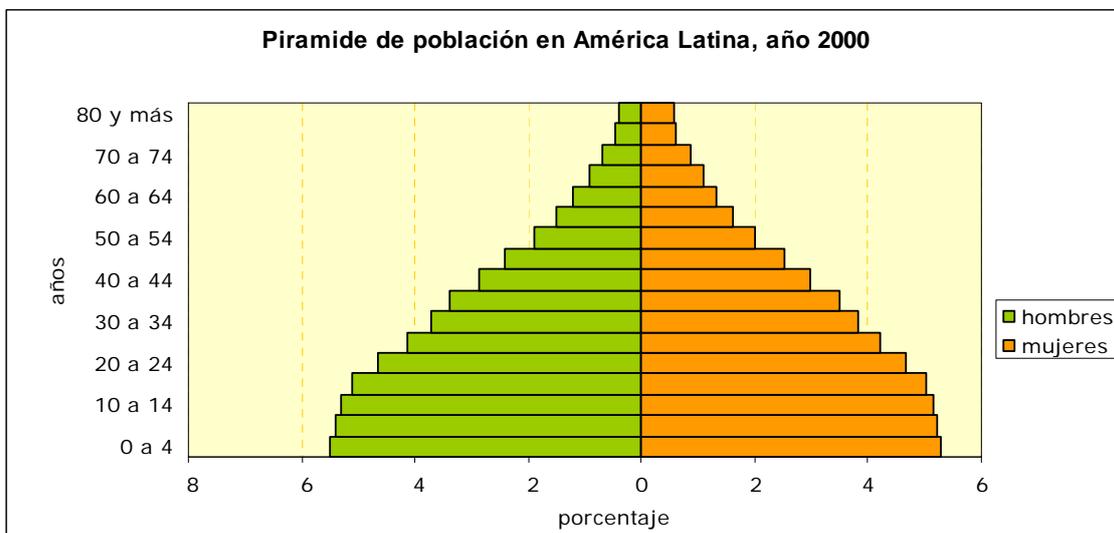
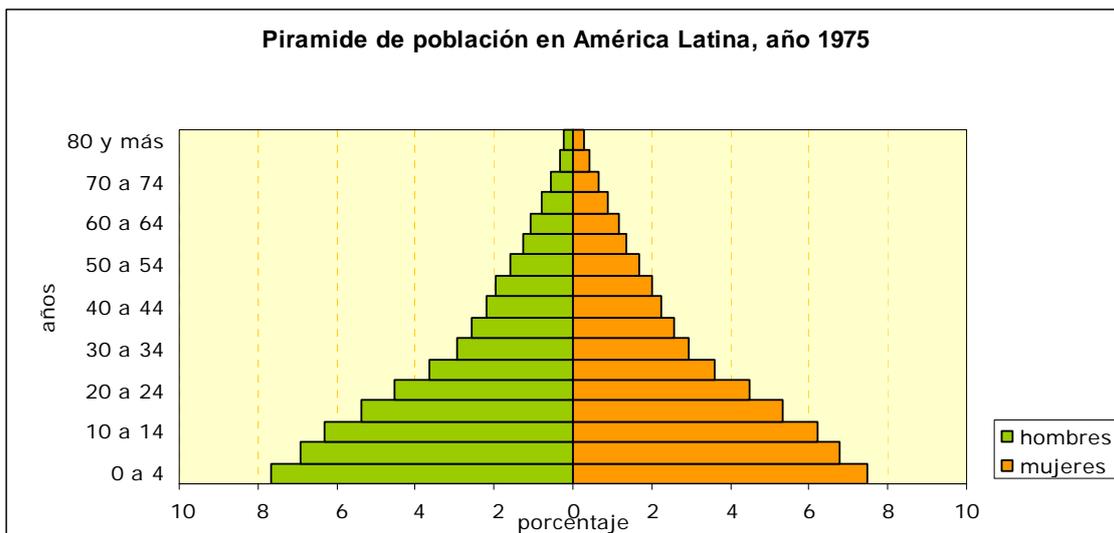
La migración es otro fenómeno que condiciona el perfil demográfico de la población, con especial incidencia en el caso de América Latina. En el quinquenio 1970-1975 se registraba un saldo migratorio neto negativo de 0,9 personas por cada mil habitantes. En el quinquenio 2000-2005, el saldo migratorio negativo ha aumentado, hasta alcanzar valores de 2,3 salidas netas anuales por cada mil habitantes.

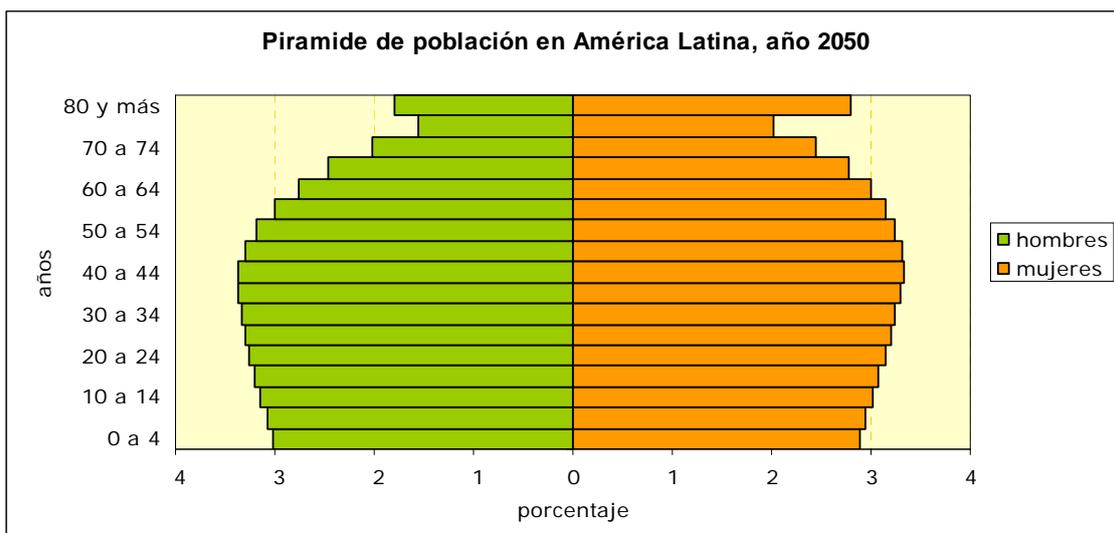
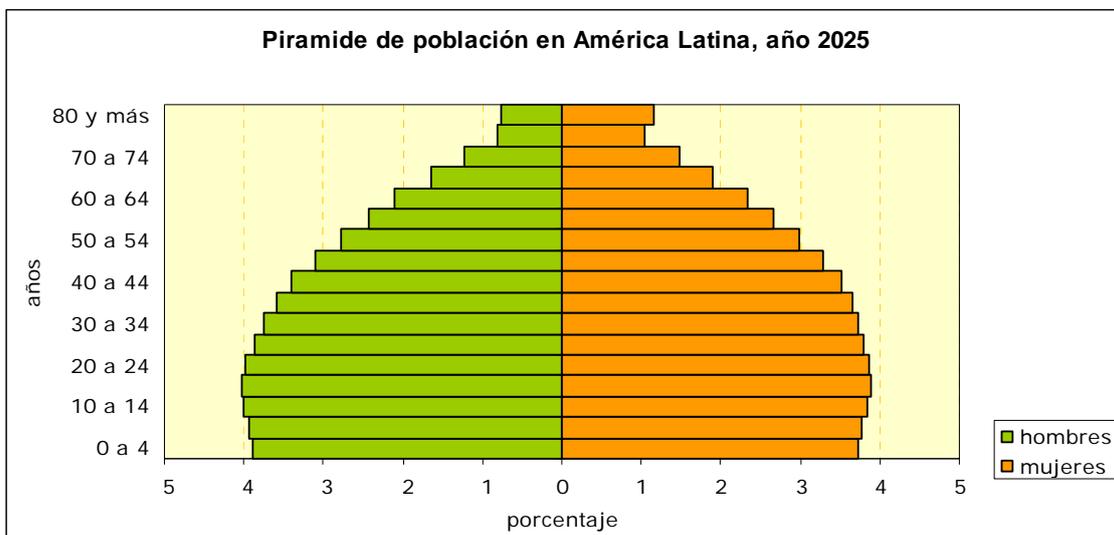


CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población

La conjugación de todas estas variables se traduce en una importante transformación de la estructura demográfica, como muestran las pirámides de población que se ofrecen a continuación. La pirámide correspondiente al año 1975 refleja el perfil de una población joven. La pirámide del año 2000 permite observar ya claramente una reducción de la base, debida a la caída de la fecundidad, mientras que las cohortes de edad mayor van cobrando peso. Las

estimaciones para 2025 y 2050 muestran el creciente volumen y peso relativo que tendrán las personas mayores de 60 años frente a una clara disminución de la proporción de población infantil.





CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población

Es pertinente señalar que el proceso de envejecimiento en América Latina no es un proceso homogéneo y lineal. Este proceso se desarrolla de diferentes formas y etapas en cada uno de los países que conforman la región.

América Latina: Índice de envejecimiento según etapas de la transición demográfica					
Etapas de transición demográfica	Países	Índice de envejecimiento			
		1980	2005	2025	2050
Muy avanzada	Cuba	33,8	80,9	184,6	298,6
Avanzada	Uruguay	54,5	74,2	106,3	155,7
	Chile	24,7	46,1	103,1	170,0
	Argentina	39,0	52,2	77,0	138,6
	Brasil	17,1	31,3	68,6	138,7
	Colombia	14,2	24,6	65,4	134,7
	Costa Rica	18,8	28,8	75,5	158,4
	México	12,1	27,1	69,4	160,4
Plena	Perú	13,3	25,2	51,0	117,5
	Panamá	16,5	28,5	58,7	120,5
	Ecuador	13,8	25,1	53,8	118,2
	Venezuela	12,4	23,7	53,6	116,4
	Rep. Dominicana	11,2	23,7	45,6	96,1
	El Salvador	11,4	22,1	39,9	103,1
	Paraguay	13,6	19,2	39,4	87,7
	Nicaragua	9,1	14,8	34,9	99,2
	Honduras	10,1	14,5	29,1	86,3
Moderada	Guatemala	10,2	14,0	57,5	57,5
	Bolivia	12,9	17,2	82,1	82,1

CELADE: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL: Revisión 2006. Base de datos de población

NOTAS:

Índice de envejecimiento: personas de 60 años y más en relación con la población de menos de 15 años, en porcentaje.

América Latina: países según etapas de la transición demográfica.



3. La situación de salud de los adultos mayores en América Latina y Europa

3.1. La salud de los adultos mayores en el mundo

La morbilidad y la mortalidad aportan un cuadro general en el que situar la condición de salud de los adultos mayores. A continuación se presentan las cifras de estas dos variables proporcionadas por la Organización Mundial de la Salud en su informe sobre la carga de morbilidad en el mundo: *The global burden of disease: : 2004 Update*⁵

3.1.1. Mortalidad y morbilidad

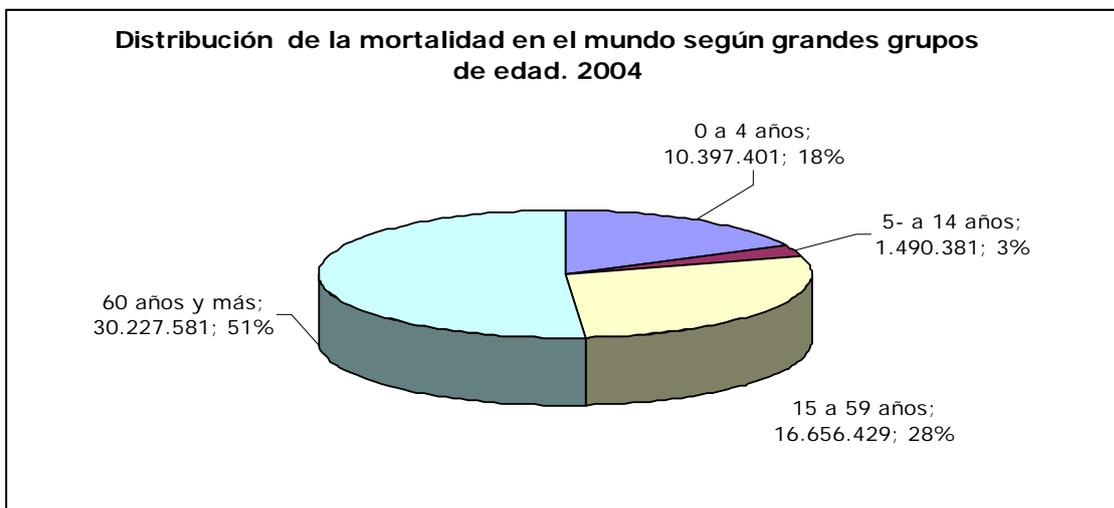
De acuerdo con los datos de la Organización Mundial de la Salud, en el año 2004 se registraron cerca de 59 millones de fallecimientos en el mundo. Al considerar la distribución porcentual de esta variable según grandes grupos de edad se observa que el 51% de estos decesos corresponden a personas de 60 años y más. Los fallecimientos de personas de entre 15 y 59 años suponen el 28% del total. Siguen por orden de importancia los fallecimientos de personas de entre 5 y 14 años (18% del total) y de entre 0 y 4 años (3% del total). Esto significa que, a nivel mundial, casi la mitad de las personas fallecen antes de cumplir los 60 años.

Distribución de la mortalidad en el mundo según grandes grupos de edad. 2004		
	Número de defunciones	porcentaje
0 a 4 años	10.397.401	18
5- a 14 años	1.490.381	3
15 a 59 años	16.656.429	28
60 años y más	30.227.581	51
Total	58.771.792	100

World Health Organization. The global burden of disease: 2004

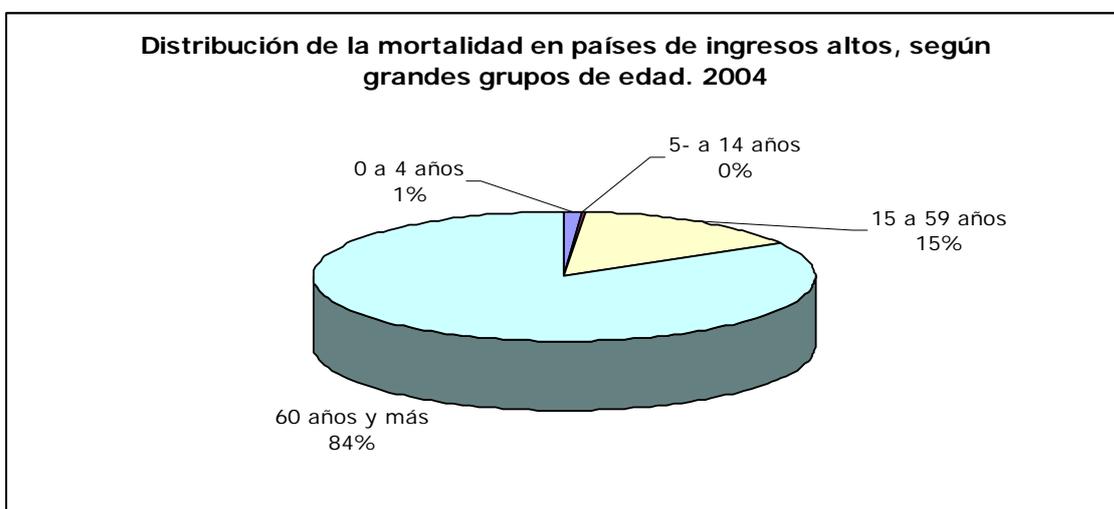
⁵ Organización de las Naciones Unidas, ONU (2008), The global burden of disease: 2004 update, Naciones Unidas, Suiza.

http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf



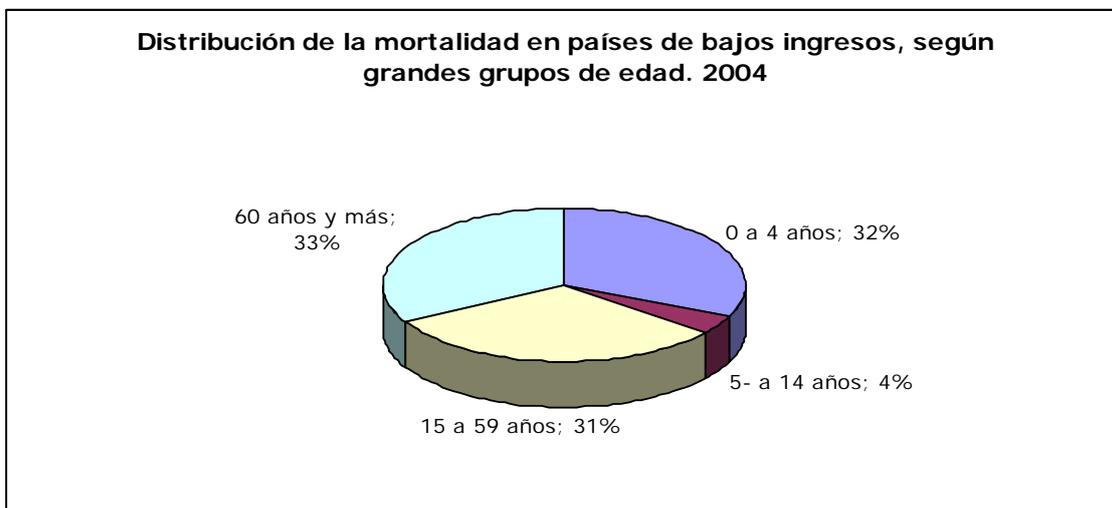
World Health Organization. The global burden of disease: 2004

La distribución de la mortalidad por edad está muy relacionada con el nivel de ingresos de los países⁶. En los países de ingresos altos, el 84% de los fallecimientos registrados en el año 2004 correspondían a personas de 60 años y más, frente a sólo el 33% en los países de bajos ingresos



World Health Organization. The global burden of disease: 2004

⁶ Las Categorías de ingreso para el año 2004 son las definidas por el Banco Mundial en el Informe sobre el Desarrollo Mundial de 2004. Los países están divididos según los grupos de ingresos en este año por el PIB per cápita. Se consideran de bajos ingresos (825 dólares de los EE.UU. o menos), y de ingresos altos (en dólares EE.UU. 10 066 o más).



World Health Organization. The global burden of disease: 2004

Principales causas de mortalidad

Según datos de la OMS, las principales causas de muerte en el mundo en el año 2004 eran las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares, las infecciones de las vías respiratorias inferiores y los problemas de salud perinatales. En el caso de los mayores de 60 años, tras las cardiopatías isquémicas y las enfermedades cardiovasculares se sitúa como la tercera causa de fallecimiento, en orden de importancia, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, seguida de las infecciones de las vías respiratorias inferiores y los cánceres de tráquea, bronquios y pulmón. Las causas de muerte relacionadas con los problemas cardíacos y respiratorios suponen más de la mitad de todas las muertes de mayores que ocurren en el mundo.

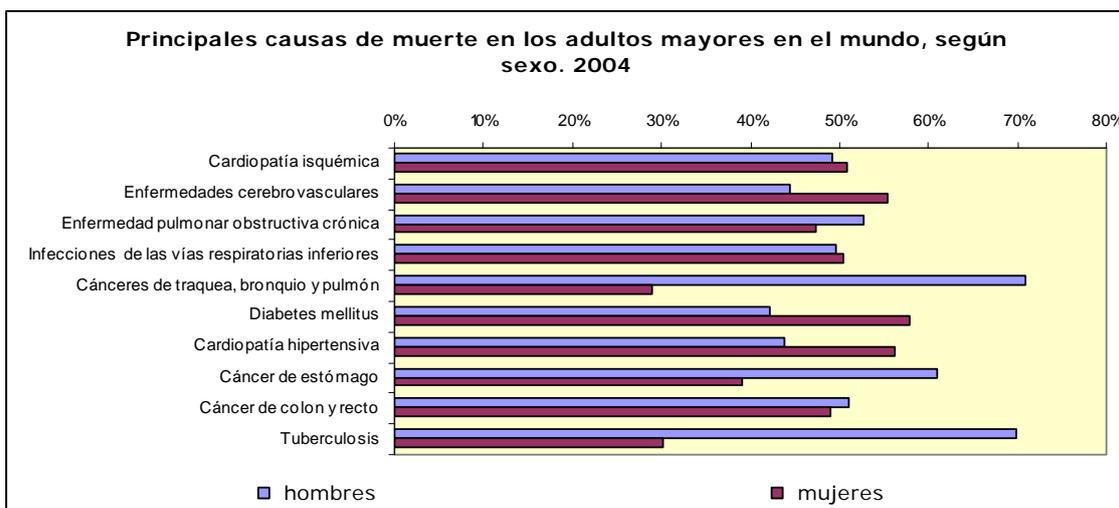
Principales causas de mortalidad en el mundo, 2004		
Causa	Millones de defunciones	Porcentaje
Cardiopatías isquémicas	7,20	12,2
Enfermedades cerebrovasculares	5,71	9,7
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	4,18	7,1
Condiciones perinatales	3,18	5,4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,02	5,1
Enfermedades diarreicas	2,16	3,7
VIH/SIDA	2,04	3,5
Tuberculosis	1,46	2,5
Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	1,32	2,3
Accidentes de tráfico	1,27	2,2

World Health Organization. The global burden of disease: 2004

Principales causas de mortalidad en los adultos mayores en el mundo. 2004		
Causa	Defunciones	Porcentaje
Cardiopatías isquémicas	5.772.037	19,1
Enfermedades cerebrovasculares	4.823.986	16,0
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	2.652.056	8,8
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	1.623.993	5,4
Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	989.882	3,3
Diabetes mellitus	863.329	2,9
Cardiopatía hipertensiva	805.377	2,7
Cáncer de estómago	572.194	1,9
Cáncer de colon y recto	491.294	1,6
Tuberculosis	406.448	1,3

World Health Organization. The global burden of disease: 2004

Al considerar el género, se observa que entre las mujeres mayores las principales causas de mortalidad son la diabetes mellitus, las enfermedades cerebrovasculares y la cardiopatía hipertensiva, mientras que en los varones las primeras causas de muerte son los cánceres de traquea, bronquios y pulmón, la tuberculosis y el cáncer de estómago.



Principales causas de morbilidad

Los datos ofrecidos por la Organización Mundial de Salud muestran que entre las principales causas de morbilidad en el mundo se cuentan las enfermedades de las vías respiratorias inferiores, las enfermedades diarreicas y los trastornos depresivos unipolares. Es de destacar el hecho de que las dos afecciones que son principales causas de muerte (cardiopatías isquémicas y enfermedades cerebrovasculares) aparecen como la cuarta y sexta causa de enfermedad, mientras que el trastorno unipolar depresivo, es decir una patología que no causa muerte directa, ocupa el tercer puesto entre las primeras causas de enfermedad.

Principales causas de morbilidad en el mundo. 2004	
Causa	Porcentaje
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	6,2
Enfermedades diarreicas	4,8
Trastornos depresivos unipolares	4,3
Cardiopatías Isquémicas	4,1
VIH/SIDA	3,8
Enfermedad Cerebrovascular	3,1
Prematuridad y bajo peso al nacer	2,9
Trauma obstétrico y asfixia al nacer	2,7
Accidentes de tráfico	2,7
Infecciones neonatales y otras	2,7

World Health Organization. The global burden of disease: 2004

Al distinguir esta carga de morbilidad según el nivel de ingreso se observan diferencias importantes. Así, mientras en los países de ingresos bajos las primeras causas de morbilidad son las enfermedades transmisibles y trastornos maternos, el patrón de carga de morbilidad en los países de ingresos altos difiere por completo.

Principales causas de morbilidad en los países de ingresos bajos. 2004	
Causa	Porcentaje
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	9,3
Enfermedades diarreicas	7,2
VIH/SIDA	5,2
Malaria	4,0
Prematuridad y bajo peso al nacer	3,9
Infecciones neonatales y otras	3,8
Trauma obstétrico y asfixia al nacer	3,6
Trastornos depresivos unipolares	3,2
Cardiopatías Isquémicas	3,1
Tuberculosis	2,7

World Health Organization. The global burden of disease: 2004

Las primeras causas de morbilidad en los países de ingresos altos son afecciones no transmisibles de carácter crónico que pueden provocar situaciones de discapacidad.

Principales causas de morbilidad en los países de ingresos altos. 2004	
Causa	Porcentaje
Trastornos depresivos unipolares	8,2
Cardiopatías Isquémicas	6,3
Enfermedad Cerebrovascular	3,9
Alzheimer y otras demencias	3,6
Trastornos por consumo de alcohol	3,4
Pérdida de audición en la adultez	3,4
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	3,0
Diabetes mellitus	3,0
Cánceres de tráquea, bronquios y pulmón	3,0
Accidentes de tráfico	2,6

World Health Organization. The global burden of disease: 2004

En 2004 las tres principales causas morbilidad de los adultos mayores en el mundo eran las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Debe destacarse la presencia, dentro de las primeras causas de morbilidad, las patologías tales como el Alzheimer y otras demencias, y los trastornos de visión, especialmente las cataratas, que no son causa de muerte, pero sí de discapacidad.

Causas principales de morbilidad entre los adultos mayores en el mundo. 2004	
Causa	Porcentaje
Cardiopatía isquémica	14,4
Enfermedades cerebrovasculares	11,7
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	7,1
Alzheimer y otras demencias	4,2
Infecciones de las vías respiratorias inferiores	3,6
Errores refractivos (hipermetropía, astigmatismo,	3,5
Diabetes mellitus	3,1
Trastornos de visión, relacionados con la edad y o de otro tipo	3,0
Cánceres de traquea, bronquio y pulmón	2,8
Catarata	2,5

World Health Organization. The global burden of disease: 2004

3.2. Estado de salud y perfil epidemiológico de los adultos mayores en América Latina

Las cifras disponibles en América Latina, que proporciona la "Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento" (SABE), realizada en siete países de la región (Argentina, Barbados, Brasil, Cuba, Chile, México y Uruguay) por la Organización Panamericana de la Salud, dibujan el siguiente perfil de salud:

3.2.1. Enfermedades crónicas

Conforme aumenta la población mayor, las enfermedades crónicas adquieren relevancia en la carga de morbilidad. De acuerdo con la encuesta SABE, en torno al 33% de las personas mayores de 60 residente en las ciudades latinoamericanas estudiadas, años afirma tener al menos una enfermedad crónica, el 26% dos y un 18% tres enfermedades crónicas. Por ciudades, el 32% de los residentes en la Ciudad de México encuestados refieren no tener ninguna enfermedad crónica y sólo el 11% padece más de tres. En el otro extremo se encuentra en Chile donde los residentes de Santiago encuestados con más de tres enfermedades crónicas alcanzan el 21%.

Como aspecto relevante de los datos se desprende que poco más de dos terceras partes de las poblaciones estudiadas padecen al menos una enfermedad crónica.

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años por número de enfermedades crónicas, en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001				
Ciudades	Ninguna enfermedad crónica	Una enfermedad crónica	Dos enfermedades crónicas	Tres o más enfermedades crónicas
Bridgetown (Barbados)	23	32	28	16
Buenos Aires (Argentina)	19	35	27	19
México, D,F (México)	32	34	23	11
Montevideo (Uruguay)	23	31	27	20
Santiago (Chile)	19	35	25	21
Sao Paulo (Brasil)	23	30	26	20

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Al distinguir el número de enfermedades crónicas según sexo se observa que la ausencia de enfermedades crónicas es mayor entre los hombres que en las mujeres, mientras que el porcentaje de mujeres que padecen más de tres enfermedades crónicas supera nítidamente al de los varones.

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años por número de enfermedades crónicas reportadas y sexo en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001						
Ciudades	Ninguna enfermedad crónica		Una o dos enfermedades crónicas		Tres o más enfermedades crónicas	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Bridgetown (Barbados)	16	34	62	57	21	9
Buenos Aires (Argentina)	16	24	64	59	20	18
México, D,F (México)	27	38	59	54	14	7
Montevideo (Uruguay)	19	30	58	58	24	12
Santiago (Chile)	15	27	59	60	25	13
Sao Paulo (Brasil)	20	28	59	54	22	18

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Por tipo de enfermedad se observa que la hipertensión es el padecimiento que más afecta a los adultos mayores encuestados. En el caso de Santiago y Sao Paulo la hipertensión presenta cifras por encima del 50%. Por orden de importancia le sigue la artritis, con grandes variaciones en las ciudades estudiadas (53% en Buenos Aires frente al 23% en la Ciudad de México), las enfermedades del corazón y la diabetes. Las enfermedades del pulmón presentan cifras más bajas de prevalencia.

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años por tipo enfermedad crónica reportada en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001					
Ciudades	Diabetes	Hipertensión	Enfermedades del corazón	Enfermedades del pulmón	Artritis
Bridgetown (Barbados)	22	48	12	4	47
Buenos Aires (Argentina)	12	49	20	8	53
México, D,F (México)	22	43	10	10	23
Montevideo (Uruguay)	14	45	24	9	48
Santiago (Chile)	13	52	34	13	32
Sao Paulo (Brasil)	17	53	22	13	33

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

En el caso de la hipertensión, al distinguir los datos según sexo y grupo de edad, se observa que esta afección afecta más a las mujeres que a los varones en todos los grupos de edad. Esta diferencia es más pronunciada en Bridgetown y Montevideo, donde las mujeres que padecen hipertensión presentan valores cercanos al 50% frente cifras de alrededor del 37% en los varones. No se aprecia un comportamiento específico de esta afección según la edad.

América Latina: Adultos mayores con hipertensión según sexo y edad en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001						
Grupo de edad y sexo	Buenos Aires	Bridgetown	Sao Paulo	Santiago	México, D.F	Montevideo
Mujeres						
60- 74	45,40	54,22	50,16	56,47	44,14	50,66
65-74	52,28	52,28	58,43	53,21	52,38	49,24
75 y más	52,41	50,88	60,22	56,69	47,99	49,03
Hombres						
60- 74	48,11	35,96	44,15	41,36	38,08	38,02
65-74	46,69	36,73	54,06	47,47	33,09	39,76
75 y más	46,70	39,93	45,92	43,79	32,20	33,38

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

La artritis presenta también una mayor intensidad entre las mujeres que entre los varones en todas las ciudades encuestadas. Se aprecia en general en ambos sexos porcentajes más altos entre los más mayores.

América Latina: Adultos mayores con Artritis según sexo y edad en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001						
Grupo de edad y sexo	Buenos Aires	Bridgetown	Sao Paulo	Santiago	México, D.F	Montevideo
Mujeres						
60- 74	55,57	48,89	33,32	32,50	24,96	60,11
65-74	63,94	58,26	41,96	40,68	31,60	54,47
75 y más	64,97	59,70	43,26	44,54	36,71	59,43
Hombres						
60- 74	30,74	24,56	16,79	11,39	14,10	26,18
65-74	38,58	31,49	22,36	15,07	16,54	30,89
75 y más	37,39	36,26	23,13	11,90	17,73	38,15

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

3.2.2. Factores de riesgo

Hábito de fumar

El porcentaje de varones que fuma es más alto que el de las mujeres, y oscila entre el 30% en México DF y el 12% en Bridgetown. La proporción de adultos mayores que ya no fuman pero eran fumadores varía entre el 40 y 53% en los hombres y entre el 8 y 15% de las mujeres. Destacan los altos porcentajes de mujeres que nunca han fumado (65% en Santiago, entre el 74 y el 78% en Sao Paulo, Montevideo, Buenos Aires y México DF, y 90% en Bridgetown).

América Latina (7 países): Porcentaje de personas mayores de 60 años por condición de fumar y sexo en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001						
Ciudades	Fuma		Fumaba antes		Nunca fumó	
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres
Bridgetown	2	12	8	40	90	48
Buenos Aires	10	19	14	53	76	27
México, D.F.	8	30	14	41	78	29
Montevideo	10	26	15	49	75	25
Santiago	9	18	26	44	65	38
Sao Paulo	9	18	17	55	74	27

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Obesidad

La encuesta SABE construye a partir de los datos obtenidos dentro del estudio el Índice de Masa Corporal (IMC)⁷, una medida antropométrica que considera el peso y la altura de la persona simultáneamente y que se utiliza para evaluar el estado del peso corporal de un individuo.

Según este Índice el porcentaje de personas mayores obesas más alto se da en la ciudad de Montevideo, con un 35%, mientras que el porcentaje más alto de adultos mayores con bajo peso corporal se registraba en Bridgetown, con un 29%. Al considerar el sexo, se observa una mayor propensión a la obesidad entre las mujeres que en los varones. Así, los porcentajes de obesidad en las mujeres oscilan entre el 44% que se registra en Montevideo y el 28% de Sao Paulo, mientras que en los hombres los porcentajes de personas obesas van desde el 9% en Sao Paulo hasta el 20% en la Ciudad de México. Por otro lado, los varones sufren con más intensidad problemas de bajo peso que las mujeres en todas las ciudades estudiadas.

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años por categorías del índice de masa corporal y sexo en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001												
Ciudades	Baja			Normal			Alta			Obesa		
	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres
Bridgetown	29	22	40	36	33	40	11	12	9	24	32	11
México, D.F.	15	14	15	39	34	47	17	16	18	30	36	20
Montevideo	21	15	32	33	29	40	11	12	10	35	44	19
Santiago	16	15	18	40	37	45	15	15	15	30	34	23
Sao Paulo	24	20	30	43	40	49	12	12	12	20	28	9

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

3.2.3. Discapacidad y situaciones de dependencia en los adultos mayores

Respecto a las limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria, es decir, aquellas actividades que comprenden tareas como bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse y

⁷ La masa corporal se calcula de la siguiente manera: peso/altura al cuadrado. Las escalas de categorías utilizadas son los siguientes: baja (<=23); normal (23>,<28); alta (28>=,<30) y obesa (>=30).

alimentarse, se observa que estas van aumentando según aumenta la edad. Así, en el grupo de 60 a 74 años el porcentaje de personas con una o dos limitaciones básicas para las actividades de la vida diaria va desde el 7% que se registra en Bridgetown hasta el 13% en Santiago, mientras que entre los de 75 años y más, los porcentajes de personas con limitaciones para las actividades de la vida diaria se incrementan significativamente.

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años por número de limitaciones en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y edad en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001.						
Ciudades	Ninguna limitación		Limitación para una o dos ABVD		Limitación para tres o más ABVD	
	60-74	75+	60-74	75+	60-74	75+
Bridgetown	90	76	7	14	2	7
Buenos Aires	87	70	9	20	4	9
México, D,F	85	63	10	20	4	16
Montevideo	86	73	11	20	2	6
Santiago	80	61	13	21	6	16
Sao Paulo	85	67	12	19	4	14

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Al diferenciar el número de dificultades para las actividades básicas de la vida diaria según sexo, se puede apreciar que las mujeres presentan más limitaciones que los varones. El porcentaje más alto de mujeres con una o dos limitaciones se encuentra en Santiago con un 19% y el más bajo se registra en Bridgetown con un 11%.

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años por número de limitaciones en sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y sexo en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001.						
Ciudades	Ninguna limitación		Limitación para una o dos ABVD		Limitación para tres o más ABVD	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
Bridgetown	89	83	8	11	3	5
Buenos Aires	86	79	3	15	4	6
México, D,F	82	78	11	13	5	9
Montevideo	89	79	9	17	2	4
Santiago	81	70	11	19	6	11
Sao Paulo	78	73	13	17	8	9

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años por número de limitaciones en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y sexo en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001.						
Ciudades	Ninguna limitación		Limitación para una o dos ABVD		Limitación para tres o más ABVD	
	hombres	mujeres	hombres	mujeres	hombres	mujeres
Bridgetown	82	74	12	17	4	6
Buenos Aires	90	78	6	15	4	7
México, D,F	84	70	10	20	5	9
Montevideo	92	84	6	14	1	2
Santiago	83	67	11	19	6	13
Sao Paulo	71	69	15	24	15	17

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Al considerar los tipos de dificultad para realizar actividades físicas se observa que el porcentaje de personas mayores que no pueden subir un piso por escalera varía del 16% en Bridgetown al 33% en Sao Paulo; mientras que el porcentaje promedio de personas mayores que no se pueden agachar oscila entre el 33% en Bridgetown y el 56% en Santiago. Una de las actividades que también presenta una dificultad considerable para los mayores es la de levantarse de una silla, con valores que van del 22% en Bridgetown al 44% en Santiago.

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años por tipo de dificultad para realizar ciertas actividades físicas en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001.					
Ciudades	Dificultad o no puede caminar una calle	No puede subir un piso por escalera	Dificultad o no puede levantarse de una silla	No puede agacharse	No puede extender brazos arriba de los hombros
Bridgetown	11	16	26	33	10
Buenos Aires	14	25	30	42	12
México, D,F	14	26	42	50	18
Montevideo	11	26	36	39	15
Santiago	16	30	44	56	20
Sao Paulo	17	33	36	51	15

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Los datos sobre deterioro cognitivo presenta una prevalencia alta en los adultos mayores encuestados en Santiago (12%), Sao Paulo (11%) y México (10%). El porcentaje más bajo se da en Montevideo. Al considerar el sexo se observa un mayor nivel de deterioro entre las mujeres que entre los varones.

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo por sexo en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001.			
Ciudades	Mujeres	Hombres	Total
Bridgetown	4	4	4
Buenos Aires	4	3	4
México, D,F	12	7	10
Montevideo	2	1	2
Santiago	14	9	12
Sao Paulo	12	9	11

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

Algunos países latinoamericanos cuentan con estimaciones de la población con discapacidad realizadas a partir de preguntas incluidas en los censos o mediante encuestas específicas. Aunque las proporciones estimadas de personas con discapacidad varían mucho de unos países a otros, en todos crecen conforme avanza la edad.

América Latina (varios países): Proporción de personas con discapacidad en la población total y en determinados grupos de edad estimados a partir de censos nacionales y encuestas sobre discapacidad, 2000-2004					
País	Fuente	Grupos de edad	Total	Varones	Mujeres
Argentina	INDEC 2001	Total	7,1	6,8	7,3
		65-74 años	21,2	22,3	20,4
		75 años y más	37,8	35,8	38,9
Brasil	Censo 2000 (Muestra)	Total	14,5	13,7	15,3
		65-74 años	47,6	47,5	48,3
		75 años y más	64,8	64,9	64,8
Costa Rica	Censo 2000	Total	5,3	5,5	5,2
		65-74 años	19,6	20,6	18,6
		75 años y más	31,3	33,3	29,6
Chile	ENDISC 2004	Total	12,9	10,9	14,9
		65-74 años	36,6	32,1	40,3
		75 años y más	53,9	49,3	57,3
Ecuador	ENDIS 2004	Total	12,1	11,8	12,4
		65 años y más	55,2	52,1	58,1
Nicaragua	ENDIS 2003	Total	10,3	9,1	11,3
		65-69 años	46,7	40,2	52,8
		70-74 años	54,0	48,2	59,6
		75-79 años	64,5	59,5	68,4
		80 años y más	85,3	71,6	98,1
Panamá	Censo 2000	Total	1,8	2,0	1,6
		65-74 años	5,4	6,1	4,6
		75 años y más	12,6	13,1	12,2
Uruguay	Encuesta 2003-04	Total	7,6	7,0	8,2
		65 años y más	24,5	22,5	25,9

Elaboración propia

Con la excepción de Brasil, cuyo censo de 2000 proporciona una estimación global de discapacidad del 14,5 por ciento (64,8 por ciento para los mayores de 75 años), las estimaciones realizadas a partir de censos suelen ser menores que las que se realizan mediante encuestas. La razón es que los censos, por lo general, no son una fuente demasiado fiable para conocer la prevalencia de las situaciones de discapacidad, pues las preguntas que en ellos se incluyen son necesariamente muy sintéticas (normalmente una sola pregunta con un número bastante limitado de opciones de respuesta), los entrevistados las responden después de haber facilitado mucha y muy variada información sobre otros muchos aspectos y los encuestadores frecuentemente tienen muy limitados conocimientos sobre discapacidad y han recibido una capacitación demasiado somera, pues ha sido necesario reclutarlos en gran número para aplicar simultáneamente el censo en todo el país. Una de las claves del alto resultado del censo de Brasil es que las preguntas sobre discapacidad no se incluían en el cuestionario básico del censo (el aplicado en todos los domicilios del país), sino en un cuestionario complementario que se aplicó a una muestra del 20% de los domicilios en municipios de hasta 15.000 habitantes y del 10% de los domicilios en municipios de más de 15.000 habitantes.

3.3. Estado de salud y perfil epidemiológico de los adultos mayores en Europa

De acuerdo con la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, SHARE), alrededor del 10% de las personas mayores de 50 años encuestadas informan que tienen una o más limitaciones en las actividades básicas de la vida diaria, y alrededor del 17% presentan una o más limitaciones en actividades instrumentales de la vida diaria. SHARE es una encuesta sobre la salud, el estado socioeconómico y las redes sociales y familiares de los individuos de 50 y más años residentes en una docena de países europeos, coordinada por el Instituto de Investigación sobre economía del envejecimiento de la Universidad de Mannheim, Alemania (Mannheim Research Institute for the Economics of Aging).

Indicadores de salud de la población de 50 y más años en Europa (2004)			
Indicadores de salud	Niveles	Hombres	Mujeres
Indicadores globales			
Salud percibida	Menos que "buena"	39,5	47,5
Problemas de salud de larga duración	Sí	50,4	55,2
Limitaciones de actividad	Severamente limitado	13,0	15,3
Enfermedades y síntomas			
Enfermedades crónicas	Dos o más enfermedades	38,6	48,8
Síntomas	Dos o más síntomas	30,4	46,8
Limitaciones en el funcionamiento			
Movilidad y funcionamiento	Una o más limitaciones	42,7	59,5
Velocidad al caminar	Igual o menor de 0,4 m/segundo	17,2	26,6
Limitaciones en actividades de la vida diaria			
Actividades básicas de la vida diaria	Una o más limitaciones	9,2	12,5
Actividades instrumentales de la vida diaria	Una o más limitaciones	11,8	21,1

Fuente: Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE)

De acuerdo con los datos de la encuesta SHARE, la prevalencia de problemas de salud física entre las personas de 50 y más años en Europa es alta: alrededor del 40% tienen algún grado de limitación en la actividad debido a problemas de salud y casi el 50% informan que tienen algún problema crónico de salud. Alrededor del 40% de los encuestados responden que su salud no es buena, y el 10% la consideran mala o muy mala. También es elevada la proporción de personas mayores que tienen factores de riesgo importantes, como la hipertensión y el colesterol alto.

Las enfermedades crónicas más prevalentes entre las personas mayores en Europa son la artritis, la diabetes y las enfermedades cardíacas. En general, la morbilidad aumenta en la edad, de forma más acusada en las mujeres que en hombres. Por lo tanto, las personas mayores tienden a tener un mayor número de enfermedades (sobre todo de enfermedades crónicas) en comparación con personas más jóvenes, como muestran los datos de la siguiente tabla, referidos al conjunto de la Unión Europea y a sus cinco países más poblados, obtenidos de la estadísticas comunitarias sobre ingreso y condiciones de vida (EU-SILC).

Proporción de personas que tienen una enfermedad de larga duración o un problema de salud, por sexo y edad, en algunos países de la Unión Europea. 2006				
	Total	65-74 años	75-84 años	85 años y más
Total				
UE 27	31,4	55,4	63,3	68,4
Alemania	38,2	63,7	68,8	73,8
España	23,8	46,5	55,5	60,0
Francia	34,3	59,0	68,9	73,1
Italia	21,5	37,7	51,1	60,6
Reino Unido	38,1	62,7	68,9	72,1
Hombres				
UE 27	29,1	54,1	61,5	66,4
Alemania	35,2	63,0	67,2	71,7
España	21,8	44,9	51,3	57,0
Francia	32,7	60,0	72,0	65,3
Italia	19,6	37,9	48,8	62,4
Reino Unido	37,1	62,3	69,8	71,6
Mujeres				
UE 27	33,6	56,5	64,4	69,3
Alemania	41,0	64,1	69,8	74,9
España	25,7	47,9	58,4	61,2
Francia	35,8	58,1	67,0	77,2
Italia	23,3	37,6	52,5	59,8
Reino Unido	38,9	63,1	68,3	72,3

Fuente: Eurostat online database. Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida (EU-SILC)

Casi todos los problemas de salud física están estrechamente relacionados con la edad: por lo general su prevalencia aumenta considerablemente con los años, a veces incluso de manera exponencial. La prevalencia de problemas de salud en el grupo de 80 y más años de edad puede ser hasta cinco veces mayor que en el grupo de edad de entre 50 y 59 años en el caso de algunas enfermedades y síntomas, como los accidentes cerebrovasculares, las cataratas o la incontinencia, y es dos veces mayor en el caso de colesterol alto, asma, tos, problemas para dormir y problemas estomacales.

Las diferencias de salud entre hombres y mujeres a menudo se han caracterizado con la fórmula "los hombres mueren antes, pero las mujeres están más enfermas". La mayor morbilidad entre las mujeres aparece claramente en los datos de la encuesta SHARE: casi sin excepción, las tasas de prevalencia de los problemas de salud son bastante mayores entre las mujeres que entre los hombres. Hay sólo unas pocas excepciones, que afectan a algunas enfermedades potencialmente mortales (enfermedades cardíacas, diabetes, enfermedades pulmonares, ...) que son más frecuente entre los hombres, mientras que las enfermedades que no son mortales, pero sí generan incapacidad, son por lo general más frecuentes entre las mujeres. Como resultado, en general, las mujeres tienen mayores necesidades de salud y de servicios de asistencia social que los hombres.

Proporción de personas mayores de 65 años que tienen restricciones de actividad de duración mayor a 6 meses, por sexo y edad en algunos países de la Unión Europea. 2006						
	65-74 años		75-84 años		85 años y más	
	Moderadas	Severas	Moderadas	Severas	Moderadas	Severas
Total						
UE 27	30,5	14,3	35,6	23,5	31,2	38,3
Alemania	36,8	14,0	42,7	22,8	30,6	46,6
España	28,2	14,8	31,7	22,9	33,3	35,3
Francia	30,0	11,5	40,1	21,2	45,0	34,0
Italia	31,7	12,6	39,5	24,4	34,5	42,6
Reino Unido	21,7	15,2	25,3	20,0	19,2	36,9
Hombres						
UE 27	27,9	13,4	33,7	21,2	32,7	32,6
Alemania	34,6	13,1	41,8	19,4	33,2	35,0
España	23,2	13,5	29,1	19,2	31,3	30,2
Francia	28,5	11,9	39,2	21,6	44,4	30,9
Italia	28,2	11,6	34,7	23,2	38,8	39,3
Reino Unido	20,4	14,6	25,6	18,1	21,3	31,0
Mujeres						
UE 27	32,5	14,9	36,9	25,0	30,5	41,1
Alemania	38,5	14,8	43,3	25,0	29,1	53,2
España	32,5	15,9	33,5	25,5	34,2	37,4
Francia	31,2	11,2	40,7	20,9	45,3	35,7
Italia	34,7	13,4	42,7	25,2	32,7	44,0
Reino Unido	22,9	15,7	25,1	21,3	18,0	40,2

Fuente: Eurostat online database. Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida (EU-SILC)

4. Cobertura de salud, acceso y uso de los servicios de salud por parte de los adultos mayores

4.1. Cobertura de salud

La protección de la salud está determinada por múltiples circunstancias que comprenden desde la organización de los sistemas de sanitarios y los criterios de acceso, las infraestructuras de salud con las que cuentan los países y su distribución territorial, las características del mercado de trabajo, la pobreza, el hábitat etc.

Una primera consideración, al tratar la cobertura de salud, es la conveniencia de distinguir entre la cobertura legal y la efectiva. Mientras la cobertura legal hace referencia a los derechos a la protección de la salud declarados en las leyes, la cobertura efectiva alude a la protección real que los ciudadanos reciben, y está condicionada por el grado de disponibilidad, accesibilidad y utilización de servicios de salud adecuados. Así, por ejemplo, en la Unión Europea, aunque la cobertura de protección social en salud es prácticamente universal, algunos ciudadanos tienen necesidades de atención médica insatisfechas, bien por problemas de acceso (falta de capacidad de pago, listas de espera, lejanía de los recursos), bien por otras razones (falta de tiempo, no conocen un buen doctor o especialista, prefieren esperar, etc.).

Proporción de mayores de 65 años que tienen necesidades de atención médica insatisfechas, por sexo, edad y razón de la insatisfacción, en algunos países de la Unión Europea. 2006						
	65-74 años			75 años y más		
	Total	Problemas de acceso	Otras razones	Total	Problemas de acceso	Otras razones
Total						
UE 27	8,2	5,2	3,0	6,4	3,9	2,5
Alemania	9,3	5,7	3,6	6,6	2,2	4,4
España	3,7	0,2	3,5	4,5	2,0	2,5
Francia	4,7	2,4	2,3	2,9	1,7	1,2
Italia	12,9	10,8	2,1	10,9	7,4	3,5
Reino Unido	5,3	2,3	3,0	3,9	2,7	1,2
Hombres						
UE 27	8,1	5,2	2,9	5,9	3,2	2,7
Alemania	10,7	6,4	4,3	8,6	0,7	7,9
España	2,4	0,0	2,4	4,9	2,8	2,1
Francia	6,0	3,2	2,8	2,8	1,2	1,6
Italia	13,2	11,3	1,9	12,3	8,9	3,4
Reino Unido	4,8	3,0	1,8	3,5	1,9	1,6
Mujeres						
UE 27	8,2	5,2	3,0	6,6	4,2	2,4
Alemania	8,3	5,2	3,1	5,8	2,8	3,0
España	4,6	0,3	4,3	4,3	1,5	2,8
Francia	3,7	1,7	2,0	2,9	1,9	1,0
Italia	12,7	10,5	2,2	10,3	6,7	3,6
Reino Unido	5,6	1,7	3,9	4,2	3,2	1,0

Fuente: Eurostat online database. Estadísticas comunitarias sobre la renta y las condiciones de vida (EU-SILC)

En América Latina, las constituciones y las leyes de salud y de seguridad social de todos los países establecen el derecho a la cobertura de salud, generalmente con carácter universal para toda la población, pero en muchos casos esa cobertura legal no está acompañada de los mecanismos que permiten aplicarla plenamente, y el acceso efectivo a los servicios de salud se restringe en la práctica mediante listas de espera o se segmenta mediante múltiples esquemas de aseguramiento⁸. El resultado es que existen grandes disparidades entre la cobertura real de la población y su cobertura teórica o legal.

El acceso efectivo a los servicios de salud se encuentra determinado, entre otros factores, por el tipo de inserción laboral de la población. Con frecuencia, la vía contributiva puede ser el único mecanismo de acceso a la protección sanitaria, pues los no encuadrados en esquemas contributivos de seguridad social dependen para atender sus necesidades de salud de sistemas públicos que no siempre cuentan con una financiación suficiente para hacer frente a las demandas y ofrecen, por lo general, una cobertura prestacional limitada. La precariedad y la informalidad laboral explican, en este contexto, que un número considerable de trabajadores no acceda a servicios básicos y especializados de salud. De acuerdo con datos hechos públicos recientemente por la CEPAL, en 2002 sólo el 38,7% de la población ocupada en América Latina cotizaba a la seguridad social.

Cobertura de la seguridad social en América Latina, alrededor de 2002 (porcentaje de los trabajadores ocupados que cotizan)								
Países y año de referencia de los datos	Total nacional	Total zonas urbanas	Total zonas rurales	Sector urbano formal ^a	Sector urbano informal asalariado ^b	Sector urbano informal no asalariado ^c	Total hombres	Total mujeres
Argentina ^d (2002, zonas urbanas)	...	56,0 ^d	...	68,5 ^d	22,7 ^d	...	59,0 ^d	52,5 ^d
Bolivia (2002)	14,5	21,2	4,6	42,8	6,8	10,4	13,8	15,4
Brasil (2001)	47,8	54,3	17,4	78,3	34,4	17,1	48,4	47,0
Chile (2003)	64,9	67,0	48,8	81,6	50,8	20,7	66,6	62,1
Costa Rica (2002)	65,3	68,2	60,5	87,7	43,3	35,0	68,5	59,3
Ecuador (2002, zonas urbanas)	...	32,3	...	57,4	12,8	10,9	32,4	32,0
El Salvador (2001)	32,9	43,4	14,5	78,5	10,9	11,0	30,9	35,9
Guatemala (2002)	17,8	31,1	8,5	63,6	10,0	0,3	18,4	16,7
México (2002) ^d	55,1 ^d	64,8 ^d	30,8 ^d	81,9 ^d	25,5 ^d	...	52,9 ^d	59,1 ^d
Nicaragua (2001)	18,3	25,1	7,6	53,8	7,4	1,3	16,3	21,9
Panamá (2002)	53,8	66,6	29,3	88,4	36,5	26,4	48,6	63,4
Paraguay (2000)	13,5	20,2	5,0	48,9	4,1	0,8	13,1	14,2
Perú (2001)	13,0	18,7	2,6	43,8	3,8	3,2	15	10,4
República Dominicana (2002) ^d	44,7	48,0	32,7 ^d	52,6 ^d	14,8 ^d	...	43,4 ^d	46,6 ^d
Uruguay (2002, zonas urbanas)	...	63,8	...	88,2	43,9	24,7	63,6	64,0
Venezuela (2002) ^d	61,5 ^d	75,5 ^d	19,9 ^d	...	58,0 ^d	67,1 ^d
Promedio simple	38,7	45,4	21,9	68,2	21,7	13,5	40,6	41,7

Tomado de CEPAL (2006), Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, Santiago de Chile.

⁸ Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2006): *La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. CEPAL, Santiago de Chile, pág. 81.

NOTAS AL CUADRO ANTERIOR:

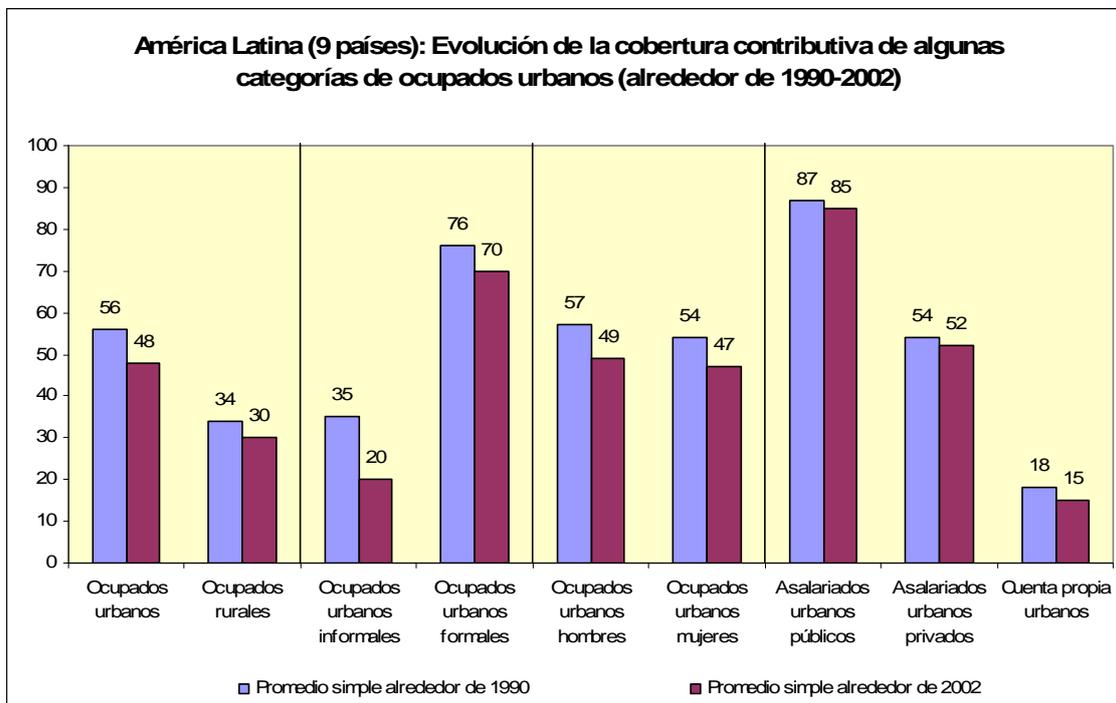
Las variables utilizadas para la definición del aporte a la seguridad social varían en función de las encuestas de cada país: aporte o afiliación a un sistema de pensiones (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguay, Perú, Uruguay), a un sistema nacional de seguro social (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá), derecho a prestaciones sociales (República Bolivariana de Venezuela) y trabajo con contrato firmado (República Dominicana).

- a Sector formal: asalariados del sector público y de empresas con más de cinco empleados, trabajadores por cuenta propia, profesionales y técnicos, y dueños de empresas de cinco empleados o más.
- b Sector informal asalariado: asalariados de empresas con menos de cinco empleados e integrantes del servicio doméstico.
- c Sector informal no asalariado: trabajadores por cuenta propia no profesionales o técnicos, familiares no remunerados y dueños de empresas con menos de cinco empleados.
- d La tasa corresponde al aporte a la seguridad social de los asalariados, excluidos los trabajadores por cuenta propia, los familiares no remunerados y los dueños de empresas.

El porcentaje de trabajadores que cotizan varía según el hábitat y el tipo de empleo. Así, en promedio, los ocupados en el sector rural en América Latina mantienen porcentajes de cotización a la seguridad social del 21,9% frente al 45,4% de las zonas urbanas. El 68,2% de los trabajadores urbanos formales cotiza frente al 21,7 de los ocupados urbanos informales asalariados y el 13,5% de los ocupados urbanos informales no asalariados.

Los datos disponibles por país muestran diferencias importantes entre unos y otros. Los porcentajes más elevados de trabajadores ocupados que cotizan se encuentran en Costa Rica (65,3%), Chile (64,9%) y Venezuela (61,5%). Los porcentajes más bajos en Perú (13%), Paraguay (13,5%) y Bolivia (14,5%). El porcentaje de ocupados en las zonas rurales que cotizan es en todos los países más bajo en comparación con los ocupados en las zonas urbanas.

La tendencia en las cifras de la cobertura de la seguridad social de los asalariados urbanos muestra, en términos generales, un proceso de precarización en los contratos de trabajo. De acuerdo con estimaciones de la CEPAL sobre la base de encuestas de hogares de nueve países latinoamericanos, entre 1990 y 2002, la cobertura de seguridad social ha disminuido en todas las categorías de trabajadores. La situación de los ocupados en las zonas rurales, de los trabajadores urbanos informales, de los trabajadores por cuenta propia o de las mujeres presenta condiciones de mayor vulnerabilidad comparativa.



Tomado de CEPAL (2006), Protección Social de cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, Santiago de Chile.

El nivel de ingresos de los trabajadores también determina la probabilidad de cotizar a la seguridad social. La relación es progresiva: a mayor ingreso la proporción de cotizantes aumenta, hasta el punto de que en algunos países, como Perú, la proporción de ocupados que cotizan en el quintil 5 (ingresos más altos) es 12,5 veces mayor que en el quintil 1 (ingresos más bajos). Si se expresan en puntos porcentuales, las diferencias llegan, en algún caso, a superar los 60 puntos.

Aportes a la seguridad social de los ocupados por quintil de ingreso en América Latina, alrededor de 2002							
País y fecha de referencia de la información	Quintil 1 (ingreso más bajo)	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5 (ingreso más alto)	Índices de desigualdad	
						Razón Q5/Q1	Diferencia Q5-Q1
Argentina ^a (2002, urbana)	15,2	38,3	57,7	66,4	76,1	5,0	60,9
Bolivia (2002)	3,2	6,3	10,3	16,2	30,3	9,5	27,1
Brasil (2001)	20,1	36,1	47,2	55,6	63,5	3,2	43,4
Chile (2003)	50,3	60,0	64,5	68,1	71,4	1,4	21,1
Costa Rica (2002)	49,6	58,2	63,7	66,2	75,1	1,5	25,5
Ecuador (2002, urbana)	11,1	18,8	25,1	33,7	54,5	4,9	43,4
El Salvador (2001)	11,5	16,8	29,5	36,1	52,9	4,6	41,4
Guatemala (2002)	4,7	15,0	17,1	23,3	24,0	5,1	19,3
México (2002) ^b	28,9	46,9	51,8	64,2	73,4	2,5	44,5
Nicaragua (2001)	6,4	12,0	13,5	23,5	26,9	4,2	20,5
Panamá (2002)	22,3	42,7	54,8	61,0	67,0	3,0	44,7
Paraguay (2000)	3,1	5,7	11,2	17,2	22,7	7,3	19,6
Perú (2001)	2,0	5,7	10,1	15,7	24,9	12,5	22,9
Rep. Dominicana (2002) ^a	34,9	40,7	37,5	47,6	51,6	1,5	16,7
Uruguay (2002, urbana)	25,6	48,1	62,7	75,9	85,3	3,3	59,7
Venezuela (2002) ^a	36,9	51,9	59,7	68,1	78,9	2,1	42,0

Tomado de CEPAL (2006), Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, Santiago de Chile.

NOTAS:

Las variables utilizadas para la definición del aporte a la seguridad social varían en función de las encuestas de cada país: aporte o afiliación a un sistema de pensiones (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, México, Paraguay, Perú, Uruguay), a un sistema nacional de seguro social (Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Nicaragua, Panamá), derecho a prestaciones sociales (República Bolivariana de Venezuela) y trabajo con contrato firmado (República Dominicana).

a La tasa corresponde al aporte a la seguridad social de los asalariados, excluidos los trabajadores por cuenta propia, los familiares no remunerados y los dueños de empresas.

Las posibilidades de ampliar la cobertura de la protección social mediante esquemas contributivos se han visto restringidas por el aumento de las tasas de desempleo y por los cambios en la estructura del mercado laboral. La inestabilidad ocupacional y la precarización del empleo, junto con los procesos de desregulación del mercado laboral son factores que han afectado negativamente a la cobertura de protección social en América Latina. El crecimiento económico que está experimentando la región en los últimos años no ha conseguido corregir los desequilibrios de los mercados de trabajo.

Como señala la CEPAL⁹, el crecimiento sostenido de las economías y la mejora de la inserción laboral y productiva son condiciones necesarias pero no suficientes para perfeccionar la protección social. Además del fomento del empleo y de las políticas activas, es necesario abordar la problemática específica del sector informal, con políticas que en lugar de ignorar, perseguir o blanquear el empleo informal, faciliten la formalización, adaptando sus requisitos a las posibilidades de los trabajadores informales, simplificando los procedimientos y trámites y priorizando el reconocimiento de la formalidad y el acceso a los beneficios que de ese reconocimiento se derivan, de manera que el acceso a la protección social contributiva pueda

⁹ Ibidem, pág. 58.

constituirse en un incentivo para que los propios trabajadores informales sean los principales interesados en la formalización.

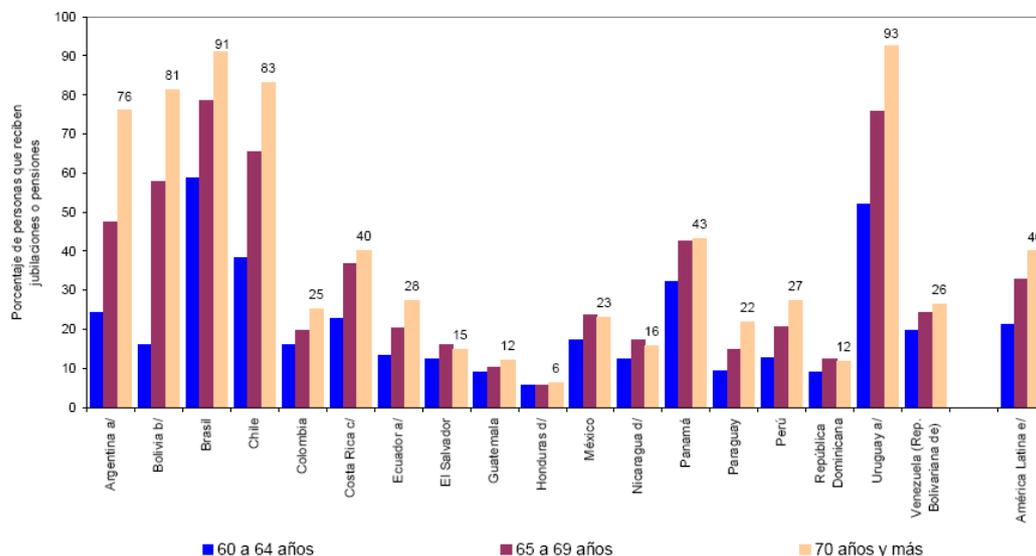
En cualquier caso, es difícil que el estancamiento de la cobertura contributiva se revierta a corto plazo, y ello plantea la urgente necesidad de avanzar en el desarrollo de sistemas de protección social no vinculados al trabajo. En este contexto, adquieren una particular importancia las políticas dirigidas a ampliar la cobertura de la modalidad no contributiva.

Una medida clara de la capacidad de los sistemas previsionales de otorgar medios de subsistencia a los adultos mayores corresponde a la proporción de esta población que percibe ingresos por concepto de jubilaciones o pensiones. En el gráfico adjunto se muestran los valores de este indicador en el caso de 18 países de la región y distintos grupos etarios. Aunque hay variaciones regionales significativas, un promedio simple determina que solo 4 de cada 10 personas mayores de 70 años recibe directamente algún tipo de ingreso por jubilación o pensión.

Llaman la atención los casos de Brasil y Bolivia, países cuya cobertura contributiva es intermedia o baja, pero que presentan un alto nivel de cobertura en la vejez. Esta situación obedece directamente, como se verá más adelante, al elevado grado de cobertura otorgada por el programa brasileño de pensiones rurales y el programa boliviano de pensiones universales.

La escasa cobertura contributiva lleva a que las familias se vean en la obligación de constituirse en una de las principales fuentes de protección de la tercera edad, a la que brindan, entre otros servicios, habitación y alimentación. Aunque las soluciones familiares resultan un valioso aporte, debieran ser fruto de una opción de las personas y no de la necesidad.

AMÉRICA LATINA: RECEPCIÓN DE INGRESOS POR PENSIONES O JUBILACIONES



Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de encuestas de hogares.

- ^a Corresponde a encuestas en zonas urbanas.
- ^b Incluye Bolívia y Bonosol.
- ^c Solo considera ingreso por pensiones.
- ^d Jubilaciones o pensiones de alguno de los miembros del hogar.
- ^e Promedio simple de los países.

En lo que se refiere a los adultos mayores, la encuesta SABE proporciona datos sobre la cobertura y el uso de los servicios de salud que permiten apreciar importantes diferencias entre países.

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años por tipo de cobertura de salud y grupos de edad en ciudades cubiertas por la encuesta SABE, 2001.

Ciudades	60 a 74 años			75 años y más		
	Privado	Público	No tiene	Privado	Público	No tiene
Bridgetown	13	5	83	6	5	90
Buenos Aires	12	67	21	7	89	4
México, D,F	3	73	24	2	69	29
Montevideo	64	34	3	76	23	1
Santiago	6	80	14	3	91	6
Sao Paulo	39	58	3	32	66	2

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

América Latina: Porcentaje de personas mayores de 60 años por utilización de servicios de salud y sexo según ciudades

Ciudades	Mujeres			Hombres		
	Necesitó pero no consultó	No necesitó	Consultó	Necesitó pero no consultó	No necesitó	Consultó
Bridgetown	1	6	93	1	13	86
Buenos Aires	1	13	86	2	18	80
México, D,F	2	15	83	2	24	74
Montevideo	1	19	80	1	29	70
Santiago	7	15	78	16	19	65
Sao Paulo	2	11	87	3	16	81

Fuente: OPS. Encuesta SABE, 2001

4.2. Gasto en salud

El gasto en salud es otra de las variables indicativas de la atención y cobertura sanitaria de la población. Sin embargo, no siempre un mayor gasto en salud significa una mejor atención y cobertura, pues el nivel de gasto no sólo es un reflejo de la prioridad que un país otorga a la salud, sino también del enfoque de salud predominante, y, de hecho, cuando el enfoque de la salud es más asistencial que preventivo, los gastos suelen ser mayores sin que eso refleje necesariamente un mejor nivel de atención. En colectivos como el de adulto mayor, el gasto puede ser significativamente mayor en sistemas donde se producen estancias hospitalarias prolongadas para el tratamiento de dolencias leves y moderadas que en aquellos otros donde estas situaciones son manejadas preferentemente de forma ambulatoria o mediante atención domiciliaria.

En América Latina, según datos de la Organización Mundial de la Salud, el gasto sanitario total promedio ascendía en el año 2004 al 7,6% de su Producto Interno Bruto¹⁰, con grandes diferencias entre países, pues mientras en Argentina suponía el 9,6%, en Brasil el 8,8% y en Uruguay y Nicaragua el 8,2%, en Perú era de sólo el 4,1%, en Venezuela del 4,7% y en Ecuador del 5,5%. El esfuerzo relativo que supone el gasto en salud en los países en los que los porcentajes son mayores es similar al que registran los principales países de la Unión Europea: en ese mismo año el gasto sanitario suponía el 10,6% del PIB en Alemania, el 10,5% en Francia, el 8,7% en Italia y el 8,1% en España y en el Reino Unido.

Gasto sanitario en América Latina (2000-2004)										
País	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto sanitario total per capita al tipo de cambio medio (US \$)				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Argentina	8,9	9,5	8,6	8,9	9,6	690	687	232	305	383
Bolivia	6,1	6,4	6,6	6,7	6,8	61	61	60	61	66
Brasil	7,6	7,8	7,7	7,6	8,8	263	224	215	243	290
Chile	6,1	6,2	6,2	6,1	6,1	307	280	265	279	359
Colombia	7,7	7,7	7,5	7,6	7,8	152	147	141	138	168
Costa Rica	6,3	6,8	7,2	7,3	6,6	264	285	301	305	290
Cuba	7,0	7,1	7,2	7,3	6,3	176	187	199	212	230
Ecuador	4,1	4,8	5,0	5,1	5,5	54	81	97	119	127
El Salvador	8,0	7,7	8,0	8,1	7,9	168	173	176	172	184
Guatemala	5,5	5,4	5,2	5,4	5,7	96	100	104	112	127
Honduras	6,4	6,5	6,9	7,1	7,2	60	63	67	72	77
México	5,6	6,0	6,0	6,2	6,5	327	371	394	395	424
Nicaragua	7,1	7,7	7,9	7,7	8,2	57	62	62	62	67
Panamá	7,8	7,7	8,0	7,6	7,7	306	303	322	315	343
Paraguay	8,4	8,4	8,3	7,3	7,7	119	102	81	75	88
Perú	4,7	4,6	4,4	4,4	4,1	97	101	98	95	104
República Dominicana	6,8	6,9	7,3	7,0	6,0	156	172	186	141	148
Uruguay	10,5	10,8	10,3	9,8	8,2	631	597	373	323	315
Venezuela	6,2	5,2	5,0	4,5	4,7	299	258	183	154	196
Promedio	7,0	7,2	7,0	7,1	7,6	270	264	227	241	277

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

¹⁰ WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud.

Gasto sanitario en algunos países europeos (2000-2004)										
País	Gasto sanitario total como % del PIB					Gasto sanitario total per capita al tipo de cambio medio (US \$)				
	2000	2001	2002	2003	2004	2000	2001	2002	2003	2004
Alemania	10,6	10,8	10,9	11,1	10,5	2.404	2.425	2.637	3.204	3.521
España	7,4	7,5	7,6	7,7	10,6	1.038	1.083	1.211	1.541	1.971
Francia	9,3	9,4	9,7	10,1	10,5	2.070	2.107	2.339	2.981	3.464
Italia	8,1	8,2	8,4	8,4	8,1	1.519	1.574	1.750	2.139	2.580
Reino Unido	7,3	7,5	7,7	8,0	8,1	1.756	1.837	2.031	2.428	2.900

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

El gasto sanitario medio *per cápita* en 2004 alcanzaba en América Latina los 277 dólares por habitante, al tipo de cambio medio. También en este indicador se observan diferencias notables entre países, pues mientras en Bolivia, Nicaragua, Honduras y Paraguay el gasto sanitario total no alcanza los 100 dólares por habitante, por encima del promedio regional se encuentran México con 424 dólares por habitante, Argentina con 383 dólares, Chile con 359 dólares, Panamá con 343 dólares y Uruguay con 315 dólares. En cualquier caso, se trata de cifras muy lejanas a las que se registran en los países de la Unión Europea, incluso teniendo en cuenta las diferencias en el poder de compra: en Alemania el gasto sanitario total *per cápita* en el año 2004 ascendía a 3.521 dólares, en Francia era de 3.464 dólares, en el Reino Unido de 2.900 dólares, en Italia alcanzaba los 2.580 dólares y en España se situaba en 1.971 dólares.

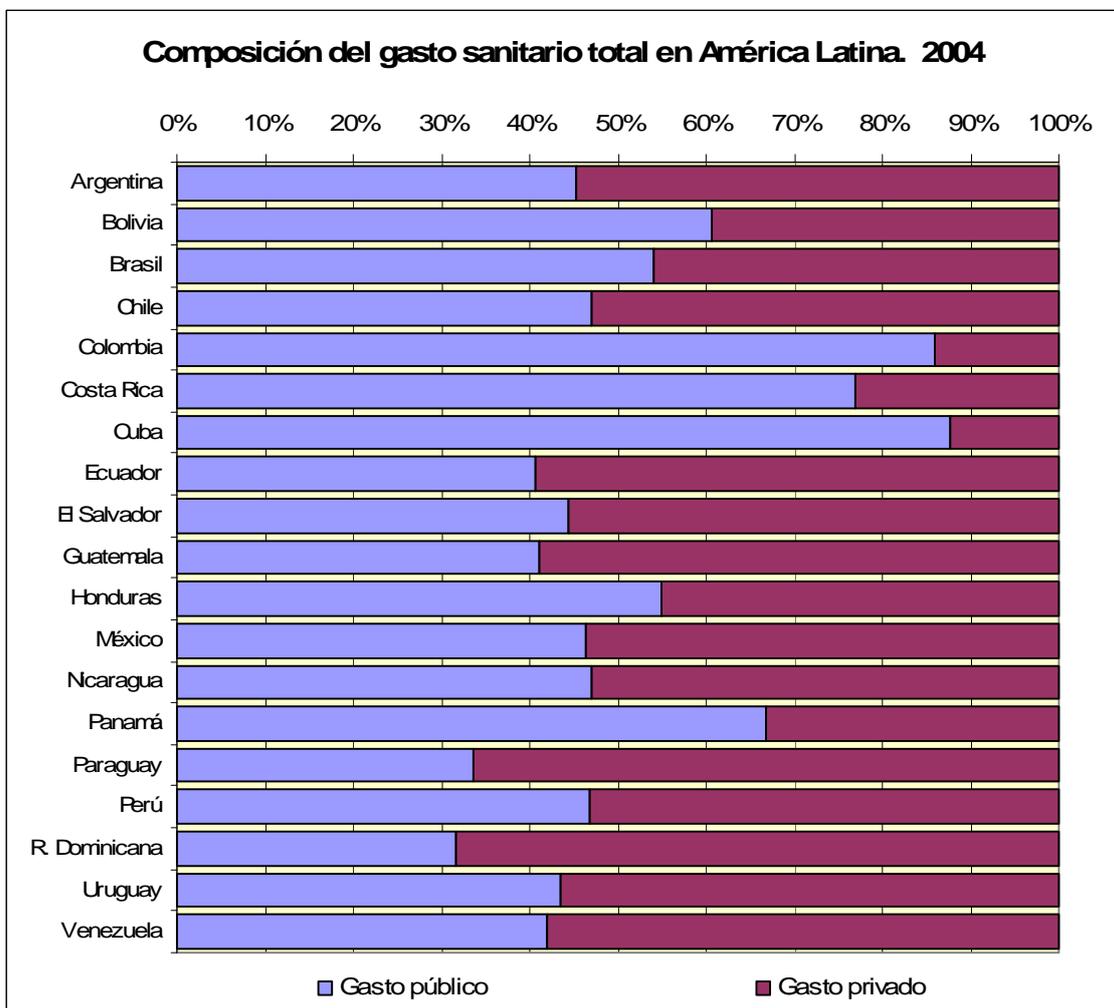
Al analizar la composición del gasto se observa que el peso del gasto privado en la mayoría de los países de la región representa más del 50% del gasto sanitario total. En el año 2004 los países con una proporción más elevada de gasto privado eran República Dominicana con un 68,4%, Paraguay con 66,3%, Ecuador con un 59,3%, y Guatemala con un 59,0%. La participación más baja del gasto privado dentro del gasto total sanitario se da en Cuba con un porcentaje del 12,2%, seguida por Colombia (14%) y Costa Rica (23%). Los porcentajes que supone el gasto privado en salud sobre el gasto sanitario total en estos últimos países son similares a los que se registran en los principales países de la Unión Europea: 13,7% en el Reino Unido, 21,6% en Francia, 23,1% en Alemania, 24,9% en Italia y 29,1% en España.

Composición del gasto sanitario en América Latina (2004)						
País	Gasto sanitario total como porcentaje del PIB	Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	Gasto privado en salud como porcentaje del gasto sanitario total	Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	Gasto directo de los hogares en salud como porcentaje del gasto privado en salud	Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud
Argentina	9,6	45,3	54,7	56,8	48,7	45,6
Bolivia	6,8	60,7	39,3	65,3	82,5	8,8
Brasil	8,8	54,1	45,9	0,0	64,2	35,8
Chile	6,1	47,0	53,0	33,3	45,9	54,0
Colombia	7,8	86,0	14,0	59,6	49,0	51,0
Costa Rica	6,6	77,0	23,0	90,6	88,7	2,1
Cuba	6,3	87,8	12,2	0,0	74,5	0,0
Ecuador	5,5	40,7	59,3	39,2	85,4	5,8
El Salvador	7,9	44,4	55,6	41,7	94,2	5,6
Guatemala	5,7	41,0	59,0	49,4	90,5	4,2
Honduras	7,2	54,9	45,1	14,2	84,3	9,0
México	6,5	46,4	53,6	67,3	94,4	5,6
Nicaragua	8,2	47,1	52,9	26,3	95,9	3,2
Panamá	7,7	66,9	33,1	49,9	82,5	17,5
Paraguay	7,7	33,7	66,3	37,4	72,2	13,9
Perú	4,1	46,9	53,1	47,9	79,2	17,5
República Dominicana	6,0	31,6	68,4	16,2	73,1	21,1
Uruguay	8,2	43,5	56,5	42,0	31,1	68,9
Venezuela	4,7	42,0	58,0	22,8	88,3	3,8
Promedio	7,6	52,7	47,3	33,0	69,7	28,4

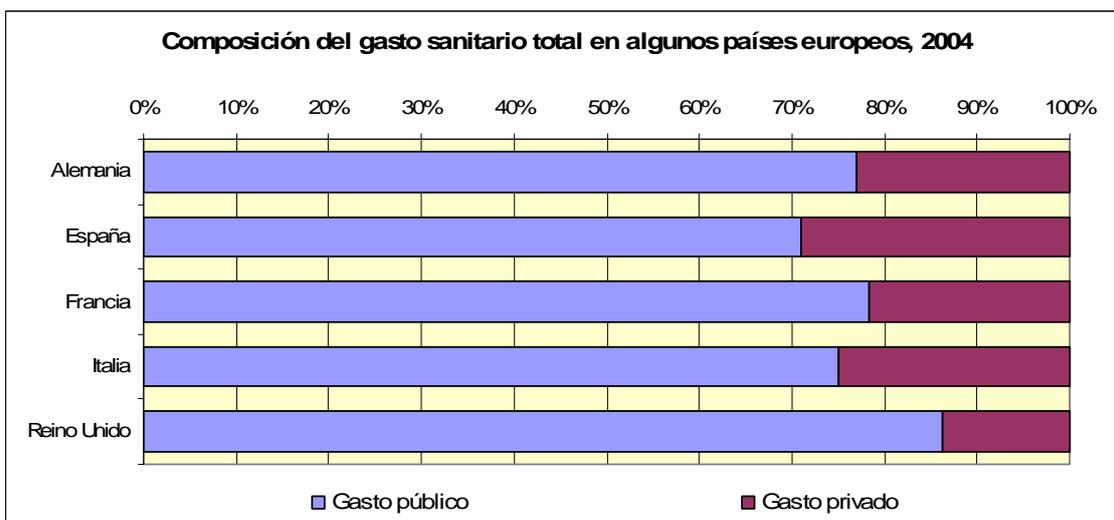
Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

Composición del gasto sanitario en algunos países europeos (2004)						
País	Gasto sanitario total como porcentaje del PIB	Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	Gasto privado en salud como porcentaje del gasto sanitario total	Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	Gasto directo de los hogares en salud como porcentaje del gasto privado en salud	Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud
Alemania	10,6	76,9	23,1	87,0	57,5	39,1
España	8,1	70,9	29,1	7,4	81,0	16,2
Francia	10,5	78,4	21,6	95,7	34,9	57,3
Italia	8,7	75,1	24,9	0,1	84,4	3,6
Reino Unido	8,1	86,3	13,7	0,0	91,8	8,2

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud



Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud



Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

Dentro del gasto público en salud se suele distinguir entre el gasto de la seguridad social en salud (financiado con cotizaciones de empleadores y trabajadores) y el gasto en salud financiado con cargo a impuestos. El porcentaje del gasto público en salud que supone el gasto en salud de la seguridad social es muy variable, tanto en América Latina como en la Unión Europea, como reflejo de las diversas opciones de organización y financiación de los sistemas de salud adoptadas en cada uno de los países.

Dentro del gasto privado cabe distinguir dos componentes principales: el gasto directo de los hogares en salud y el gasto en sistemas privados de prepago. El gasto directo de los hogares representaba en promedio el 70% del gasto privado en salud en América Latina en el año 2004. Por país y para este mismo año, el gasto directo de los hogares alcanzaba el 96% del gasto privado en salud en Nicaragua, el 94% en México y El Salvador y el 91% en Guatemala. Los valores más bajos se daban en Uruguay, con un 31% sobre el gasto sanitario privado, seguido de Chile (46%), Argentina y Colombia (49%). El gasto directo de los hogares superaba el 50% del gasto sanitario total en Guatemala, El Salvador, Venezuela, Nicaragua, México, Ecuador y la República Dominicana. Hay que tener en cuenta que un alto porcentaje de gasto directo de los hogares en salud tiende a estar asociado a situaciones de inequidad, en tanto que implica la existencia de barreras al acceso sanitario en función del ingreso.

Los planes de prepago¹¹ mantienen también un peso importante en el gasto privado en salud en algunos países de la región. En Uruguay los planes de prepago en el año 2004 representaban el 68,9% del gasto privado en salud del país y el 38,9% del gasto sanitario total. Le siguen Chile, donde los planes de prepago suponen un 54,0% del gasto sanitario privado y un 28,6% del gasto sanitario total, y Argentina, donde la medicina de prepago consume un 45,6% del gasto privado en salud y un 24,9% del gasto sanitario total. En Colombia, los planes de prepago suponen un 51,0% del gasto privado en salud, pero sólo el 7,1% de los gastos totales.

Los sistemas de aseguramiento privado contribuyen a mejorar la cobertura de salud, diluyen el riesgo financiero y atenúan la amenaza de los gastos sanitarios catastróficos. La eliminación progresiva de las tarifas a cargo de los usuarios para sustituirlas por sistemas de prepago y esquemas mancomunados es, junto a la puesta en marcha de mecanismos de financiación del acceso universal, uno de los objetivos explícitos de las reformas actuales de los sistemas de salud. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que los planes privados de prepago no siempre son eficaces para extender la cobertura de salud a las capas más desprotegidas, pues en muchos casos están vinculados al empleo (de hecho, una parte importante de estos planes se financia con aportaciones de los empleadores) y, con frecuencia, sus beneficiarios tienen una doble afiliación, a la seguridad social y a un programa de medicina privada.

¹¹ Se incluyen en el gasto en sistemas privados de prepago los desembolsos de planes de seguro privados y regímenes previsionales privados (sin control gubernamental de las tarifas de pago y de los proveedores participantes, pero con directrices generales del gobierno), planes de seguro comerciales y sin fines de lucro (mutuas), organizaciones de mantenimiento de la salud y otros agentes que administran prestaciones médicas y paramédicas de prepago, incluidos los gastos de funcionamiento de esos planes. (Nota del anexo estadístico del informe OMS: Organización Mundial de la Salud (2006), *Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud*, OMS).

4.3. Medios personales e infraestructura de atención a la salud

El estudio de la protección social en salud debe observar también aquellos aspectos que dan cuenta de aspectos como los recursos humanos, equipamientos y servicios, puesto que su dotación y distribución influye directamente sobre la cobertura efectiva y la disponibilidad de atención. En el presente apartado se analiza la situación en los países de la región a partir de los indicadores en esta materia. Debe tenerse en cuenta que se trata de datos agregados por país, los cuales no expresan las diferencias en el acceso que se pueden dar tanto entre distintos territorios dentro de un mismo Estado como las ligadas a ingreso, etnia, género y otras variables.

En América Latina hay una media de 1,6 médicos por cada mil habitantes, aunque esta tasa muestra sensibles divergencias por país. Así mientras Cuba cuenta con casi seis médicos por mil habitantes, en Nicaragua hay tan sólo 0,37. En los cinco países europeos con mayor población, la media de médicos por cada 1.000 habitantes oscila entre los 2,3 del Reino Unido y los 4,2 de Italia.

La media regional de enfermeras por cada mil habitantes es de 2,1. En promedio, hay 1,3 enfermeras por cada médico, pero mientras en algunos países latinoamericanos, como Uruguay, Argentina, Venezuela, México, Perú, Colombia o Chile, el número de enfermeras es sensiblemente inferior al de médicos, en otros, como Guatemala, Brasil, Nicaragua, Panamá y Bolivia, es sustancialmente mayor. En los cinco países europeos más poblados, la proporción de enfermeras por cada 1.000 habitantes oscila entre las 5,4 de Italia y las 12,1 del Reino Unido. En todos ellos, el número de enfermeras es mayor que el de médicos.

La media de dentistas por cada 1.000 habitantes es de 0,8 en América Latina. Al igual que ocurre en el caso de los médicos y las enfermeras, se observan diferencias importantes entre países, con un rango que va desde 1,16 dentistas por 1.000 habitantes en Uruguay hasta 0,04 en Nicaragua. En los cinco países europeos con mayor población el número de dentistas por cada 1.000 habitantes varía desde los 0,49 de España hasta los 1,01 del Reino Unido.

Profesionales de la salud en América Latina				
Países y año de referencia de los datos	Médicos por 1.000 habitantes	Enfermeras por 1.000 habitantes	Ratio enfermeras/médicos	Dentistas por 10.000 habitantes
Argentina (1998)	3,01	0,80	0,27	0,80
Bolivia (2001)	1,22	2,19	1,80	0,71
Brasil (2000)	1,15	3,84	3,34	1,11
Chile (2003)	1,09	0,63	0,58	0,43
Colombia (2002)	1,35	0,55	0,41	0,78
Costa Rica (2000)	1,32	0,92	0,70	0,48
Cuba (2002)	5,91	7,44	1,26	0,87
Ecuador (2000)	1,48	1,57	1,06	0,17
El Salvador (2002)	1,24	0,80	0,65	0,54
Guatemala (1999)	0,90	4,05	4,50	0,18
Honduras (2000)	0,57	1,29	2,26	0,21
México (2000)	1,98	0,90	0,45	0,79
Nicaragua (2003)	0,37	1,07	2,89	0,04
Panamá (2000)	1,50	2,77	1,85	0,76
Paraguay (2002)	1,11	1,69	1,52	0,55
Perú (1999)	1,17	0,67	0,57	0,11
República Dominicana (2000)	1,88	1,84	0,98	0,84
Uruguay (2002)	3,65	0,85	0,23	1,16
Venezuela (2001)	1,94	0,66	0,34	0,55
Promedio	1,62	2,13	1,32	0,79

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

Profesionales de la salud en algunos países europeos				
Países y año de referencia de los datos	Médicos por 1.000 habitantes	Enfermeras por 1.000 habitantes	Ratio enfermeras/médicos	Dentistas por 10.000 habitantes
Alemania (2003)	3,37	9,72	2,88	0,78
España (2003)	3,30	7,68	2,33	0,49
Francia (2004)	3,37	7,24	2,15	0,68
Italia (2004)	4,20	5,44	1,30	0,58
Reino Unido (1997)	2,30	12,12	5,27	1,01

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

El promedio regional de camas hospitalarias asciende a 10,6 por cada 10.000 habitantes. Por países, es Cuba quien mantiene la cifra más alta con 49 camas hospitalarias, seguida de Argentina, con 41 camas, y Brasil con 26 camas hospitalarias. La cifra más baja es la de Guatemala, con 7 camas por cada 10.000 habitantes. En los cinco países europeos con mayor población, el número de camas hospitalarias por 10.000 habitantes oscila entre las 35 de España y las 84 de Alemania.

Dotación de camas hospitalarias en América Latina (número por cada diez mil habitantes)	
Países y año de referencia de los datos	Camas hospitalarias
Argentina (2000)	41
Bolivia (2004)	10
Brasil (2002)	26
Chile (2004)	24
Colombia (2004)	12
Costa Rica (2004)	14
Cuba (2005)	49
Ecuador (2003)	14
El Salvador (2005)	9
Guatemala (2005)	7
Honduras (2002)	10
México (2004)	10
Nicaragua (2004)	9
Panamá (2004)	24
Paraguay (2005)	12
Perú (2004)	11
República Dominicana (2005)	22
Uruguay (2005)	24
Venezuela (2003)	9
Promedio	19,6

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

Dotación de camas hospitalarias en algunos países europeos (número por cada diez mil habitantes)	
Países y año de referencia de los datos	Camas hospitalarias
Alemania (2005)	84
España (2003)	35
Francia (2004)	75
Italia (2004)	40
Reino Unido (2004)	39

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

En América Latina, los servicios de salud tienden a ser generales, hay muy poca especialización en atención a la tercera edad y, cuando existe, se circunscribe a operadores o programas específicos y no para toda la población. En el caso de países que asumen el aseguramiento para estos colectivos, no siempre se han fortalecido adecuadamente los servicios, ni se han creado servicios diferenciados, lo que incrementa las listas de espera y merma la calidad de atención.

4.4. Indicadores de atención de la salud

Un aspecto complementario a la dotación de infraestructuras y recursos es la capacidad de los poderes públicos para dar respuesta a través de actuaciones a las necesidades de cobertura sanitaria de los ciudadanos. El presente epígrafe considera indicadores relativos a las intervenciones de protección de la salud y el alcance de este desarrollo ante la población.

Los indicadores disponibles más expresivos del nivel de atención de la salud están relacionados con la atención maternoinfantil, pues esta ha sido una prioridad clara en la mayor parte de los países, y es, por el contrario, muy escasa la información estadística relativa a atención geriátrica, que tradicionalmente ha tenido una prioridad menor. Cabe, por tanto, esperar que allí donde los indicadores de atención maternoinfantil muestren mayor debilidad, la situación de la atención a los mayores será aún más deficitaria.

El sistema estadístico de la organización Mundial de la Salud ofrece información sobre la cobertura de cuidados prenatales, la proporción de partos que han sido atendidos por personal sanitario y la cobertura de vacunación en menores de un año de sarampión, la vacuna triple bacteriana (difteria, tétanos y tos ferina) y hepatitis B.

Para los países latinoamericanos de los que se dispone de información, la cobertura de cuidados prenatales (porcentaje de embarazos durante los cuales ha habido al menos cuatro visitas a personal sanitario para el seguimiento y cuidados prenatales) oscila entre el 69% de Perú y Bolivia y el 100% de Cuba. La proporción media de partos atendidos por personal sanitario (comadronas, médicos o enfermeras) en América Latina asciende al 89,1%, con importantes diferencias entre países (en Guatemala sólo han recibido atención con la especialización señalada el 41% de los partos, en Bolivia el 61% y en Honduras y Nicaragua el 67%, frente al 100% o valores muy cercanos al 100% de Chile, Cuba, Argentina, Uruguay, Costa Rica, República Dominicana y Brasil).

En el año 2004, el porcentaje de niños de un año inmunizados contra el sarampión en América Latina alcanzaba el 92,8%. Destaca la baja cobertura de vacunación en Bolivia donde sólo se inmuniza contra esta enfermedad el 64% de niños de un año. La cobertura de la vacuna triple bacteriana (difteria, tétanos y tosferina) en menores de un año, que en promedio es del 92,1%, presenta menos diferencias, con un rango que va desde el 75% de Paraguay hasta el 99% de Cuba. La inmunización en niños menores de un año contra la hepatitis B es en todos los países para los que se dispone de datos similar a la registrada para la vacuna triple bacteriana, con la excepción de Guatemala, donde la proporción de niños vacunados es de sólo el 27%.

Indicadores de atención de la salud maternoinfantil en América Latina					
País	Cobertura de cuidados prenatales (al menos 4 visitas)	Proporción de partos atendidos por personal sanitario	Cobertura de vacunación de sarampión en menores de un año	Menores de un año vacunados con tres dosis de difteria, tétanos y tosferina	Menores de un año vacunados con tres dosis de Hepatitis B
Argentina	95	99	99	92	87
Bolivia	69	61	64	81	81
Brasil	...	97	99	96	92
Chile	...	100	90	91	...
Colombia	79	91	89	87	87
Costa Rica	70	98	89	91	90
Cuba	100	100	98	99	99
Ecuador	...	74	93	94	94
El Salvador	76	69	99	89	89
Guatemala	68	41	77	81	27
Honduras	84	67	92	91	91
México	86	93	96	98	98
Nicaragua	72	67	96	86	86
Panamá	72	91	99	85	85
Paraguay	89	77	90	75	75
Perú	69	71	80	84	84
República Dominicana	93	98	99	77	77
Uruguay	94	99	95	96	96
Venezuela	90	94	76	87	88
Promedio		89,1	92,8	92,1	

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

4.5. Indicadores de estado de salud

Entre los indicadores de estado de salud, los más utilizados son la esperanza de vida, la esperanza de vida en estado de buena salud, la tasa de mortalidad infantil, la tasa de mortalidad materna y la tasa de mortalidad entre 16 y 64 años.

La esperanza de vida al nacer en América Latina ascendía en 2005 a 69,9 años para los varones y a 75,9 años para las mujeres. Todos los países latinoamericanos han experimentado importantes incrementos de la esperanza de vida en los últimos años, y algunos de ellos, como Chile, Costa Rica, Cuba, Panamá, Venezuela y Uruguay, en los que la esperanza de vida de las mujeres se sitúa en torno a los 80 años, y se acercan a los registros que alcanza este indicador en los países de mayor desarrollo relativo. Los valores más bajos se encuentran en Bolivia, Guatemala y Honduras.

Esperanza de vida total (2005) y esperanza de vida en estado de buena salud (2002) en América Latina				
País	Esperanza de vida al nacer (varones)	Esperanza de vida al nacer (mujeres)	Esperanza de vida saludable al nacer (varones)	Esperanza de vida saludable al nacer (mujeres)
Argentina	72	78	62	68
Bolivia	63	67	54	55
Brasil	68	75	57	62
Chile	74	81	65	70
Colombia	71	78	58	66
Costa Rica	75	80	65	69
Cuba	75	79	67	70
Ecuador	70	75	60	64
El Salvador	69	74	57	62
Guatemala	65	71	55	60
Honduras	65	70	56	61
México	72	77	63	68
Nicaragua	68	73	60	63
Panamá	74	78	64	68
Paraguay	70	76	60	64
Perú	70	74	60	62
República Dominicana	65	72	57	62
Uruguay	71	79	63	69
Venezuela	72	78	62	67
Promedio	69,9	75,9	59,7	64,6

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

Esperanza de vida total (2005) y esperanza de vida en estado de buena salud (2002) en algunos países europeos				
País	Esperanza de vida al nacer (varones)	Esperanza de vida al nacer (mujeres)	Esperanza de vida saludable al nacer (varones)	Esperanza de vida saludable al nacer (mujeres)
Alemania	76	82	70	74
España	77	84	70	75
Francia	77	84	69	75
Italia	78	84	71	75
Reino Unido	77	81	69	72

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

El alargamiento de la vida que se ha producido en las últimas décadas es una importante conquista. Pero no basta con vivir más años, sino que es necesario que esos años ganados se vivan en condiciones de buena salud y con autonomía individual, familiar y social. De ahí la importancia que tiene utilizar indicadores como la esperanza de vida en condiciones de buena salud, que cualifica la información que aporta la esperanza de vida incorporando información sobre el nivel de morbilidad. La esperanza de vida en estado de buena salud en América Latina alcanzaba, en 2002 (último año para el que se dispone de datos) los 59,7 años para los varones y los 64,6 años para las mujeres.

Las importantes ganancias en la esperanza de vida que ha experimentado América Latina en las últimas décadas se han debido, sobre todo, al descenso de la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad infantil para el año 2005 en América Latina se situaba en 23,4 decesos de menores de un año por cada mil nacidos vivos, aunque algunos países casi llegan a doblar este valor, como es el caso de Bolivia, que mantiene una tasa de 52 defunciones de menores de un año

por cada mil nacidos vivos. En Guatemala, Brasil, Honduras y Nicaragua la tasa de mortalidad infantil se ubica en torno a los 30 fallecimientos de menores de un año por cada mil nacidos vivos. Las tasas más bajas se observan en Chile y Cuba con 8 y 6 fallecidos de menos de un año por cada mil nacidos vivos respectivamente. En los países europeos el promedio es de 4 decesos entre los menores de un año por cada mil nacidos vivos.

Indicadores de mortalidad en América Latina (2005)				
País	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	Ratio de mortalidad maternal (por 100.000 nacidos vivos)	Probabilidad de morir entre 15 y 60 años, por mil habitantes (tasa de mortalidad adulta)	
			Varones	Mujeres
Argentina	14	70	162	86
Bolivia	52	420	245	180
Brasil	28	260	225	118
Chile	8	30	128	64
Colombia	17	130	179	87
Costa Rica	11	25	125	73
Cuba	5	33	128	83
Ecuador	22	130	205	124
El Salvador	23	150	229	123
Guatemala	32	240	295	166
Honduras	31	110	266	161
México	22	83	162	94
Nicaragua	30	230	213	133
Panamá	19	160	136	81
Paraguay	20	170	169	105
Perú	23	410	178	129
República Dominicana	26	150	254	138
Uruguay	13	20	166	88
Venezuela	18	78	185	96
Promedio	23,4	176,3	194,9	108,0

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

Indicadores de mortalidad en algunos países europeos (2005)				
País	Tasa de mortalidad infantil (por 1.000 nacidos vivos)	Ratio de mortalidad maternal (por 100.000 nacidos vivos)	Probabilidad de morir entre 15 y 60 años, por mil habitantes (tasa de mortalidad adulta)	
			Varones	Mujeres
Alemania	4	9	110	57
España	4	5	111	46
Francia	4	17	128	58
Italia	4	5	89	46
Reino Unido	5	11	101	62

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

La ratio de mortalidad materna (proporción de mujeres que fallecen durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la finalización del embarazo debido a alguna causa relacionada o agravada por la gestación y el parto, en relación con el número de nacimientos)

es, en promedio, de 176 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Las diferencias en este indicador son muy acusadas, y oscilan entre las 20 fallecimientos maternos por cada 100.000 nacimientos en Uruguay y las más de 400 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos en Bolivia y Perú.

La tasa de mortalidad adulta (probabilidad de que una persona de 15 años muera antes de cumplir los 65) es, en América Latina, del 195 por mil para los varones y del 108 por mil para las mujeres. Estas cifras se sitúan por encima de las que se observan en los principales países europeos, como puede observarse en el cuadro anterior.

4.6. Acceso a abastecimiento de agua y servicios de saneamiento

El acceso al agua y el saneamiento se encuentran entre los principales motores de la salud pública. Según datos de la Organización Mundial de la Salud, un 88% de las enfermedades diarreicas son producto de un abastecimiento de agua insalubre y de un saneamiento y una higiene deficientes. La mejora de la calidad del agua destinada a la bebida mediante el tratamiento del agua doméstica, por ejemplo con la cloración en el punto de consumo, puede reducir en un 35% a un 39% los episodios de diarrea. El mejoramiento de la gestión de los recursos hídricos reduce la transmisión del paludismo y de otras enfermedades de transmisión vectorial.

Si se pudiera garantizar el acceso al agua salubre y a instalaciones sanitarias adecuadas para todos, independientemente de las diferencias en sus condiciones de vida, se habría ganado una importante batalla contra todo tipo de enfermedades. Además, se conseguiría reducir de forma importante la presión que, sobre el sistema de salud, ejerce la carga de morbilidad debida a enfermedades infecciosas, lo que sin duda podría permitir que se dedicasen más recursos a la atención de las enfermedades crónicas. Por ello, el abastecimiento de agua, el saneamiento y la higiene se han incluido entre los Objetivos del Milenio, como expresión del reconocimiento por parte de la comunidad mundial de la importancia de su promoción dentro de las intervenciones en el desarrollo.

En América Latina, el acceso adecuado a fuentes de abastecimiento de agua y servicios de saneamiento mejorados sigue siendo un problema, sobre todo en las áreas rurales, donde la cobertura de servicios de saneamiento alcanza tan sólo la mitad que en las zonas urbanas. En éstas, los servicios de agua y saneamiento tendrán que ser capaces de atender el rápido crecimiento de las necesidades. Al mismo tiempo, las zonas rurales se enfrentan también a la ingente tarea de reducir los déficits que actualmente presentan estos servicios.

Población con acceso a abastecimiento de agua potable y servicios de saneamiento en América Latina, por zona de residencia (2004)				
País	Población con acceso sostenible a fuentes mejoradas de abastecimiento de agua		Población con acceso sostenible a servicio de saneamiento mejorado	
	Urbana	Rural	Urbana	Rural
Argentina	98	80	92	83
Bolivia	95	68	60	22
Brasil	96	57	83	37
Chile	100	58	95	62
Colombia	99	71	96	54
Costa Rica	100	92	89	97
Cuba	95	78	99	95
Ecuador	97	89	94	82
El Salvador	94	70	77	39
Guatemala	99	92	90	82
Honduras	95	81	87	54
México	100	87	91	41
Nicaragua	90	63	56	34
Panamá	99	79	89	51
Paraguay	99	68	94	61
Perú	89	65	74	32
República Dominicana	97	91	81	73
Uruguay	100	100	100	99
Venezuela	85	70	71	48
Promedio	96,4	73,6	85,9	49,8

Fuente: WHOSIS, sistema de estadísticas de la Organización Mundial de la Salud

5. Marco jurídico e institucional. Planes programas y actuaciones en materia de atención y promoción de la salud de los adultos mayores y de atención a las situaciones de dependencia

5.1. Los sistemas de salud en Europa

Al hablar de sistemas sanitarios europeos es habitual hacer una diferenciación entre los países que cuentan con sistemas nacionales de salud (Gran Bretaña, Irlanda, los países escandinavos y los mediterráneos) y los que mantienen sistemas sanitarios de Seguridad Social. No obstante, la mayor parte de los países de la UE han establecido la cobertura universal como principio básico de sus sistemas, independientemente de que se trate de un modelo de aseguramiento profesional o de servicios nacionales de salud.



En Europa se ha producido una convergencia, hacia un sistema mixto, entre los sistemas nacionales de salud (tradición Beveridge) y los sistemas de seguro social (tradición Bismarck). Los sistemas de seguro social han extendido gradualmente su cobertura hasta conseguir, prácticamente, protección universal y han sustituido el pago por servicio por remuneraciones basadas en presupuestos globales. En cambio, en los países con sistemas nacionales de salud, se han introducido incentivos por actividad, mayor elección para los pacientes y competencia entre proveedores.

5.1.1. El envejecimiento de la población plantea retos comunes que han de ser afrontados en un contexto de diversidad

Los sistemas de asistencia sanitaria europeos se enfrentan a grandes retos comunes debido a que la población europea envejece, la atención sanitaria, cada vez más eficaz, es igualmente más costosa y los pacientes, los verdaderos usuarios de la asistencia sanitaria, son cada vez más exigentes. Las personas mayores que necesitan cuidados de larga duración constituyen un reto especial, tanto en lo que respecta a la financiación como a la adaptación de la oferta de asistencia, en particular en materia de institucionalización de la asistencia de larga duración.

Frente a estos retos, la Comisión propuso en su comunicación «El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera» (2001) tres objetivos a largo plazo: el acceso a la atención sanitaria para todos, un alto nivel de calidad de la oferta de asistencia y la sostenibilidad financiera de los sistemas nacionales de la salud.

La diversidad de los modos de financiación y de organización es una característica fundamental de Europa, que constituye el marco de referencia de las reformas destinadas a adaptarse al envejecimiento y a los demás factores de evolución de los gastos de la asistencia sanitaria y de los cuidados destinados a las personas mayores. Esta diversidad tiene dos caras:

- Algunos sistemas –principalmente los que están organizados según el modelo de servicio nacional de salud– se financian mediante recursos procedentes de los impuestos, en ocasiones íntegramente (Países Bajos, Portugal, Suecia, Reino Unido, Dinamarca, Irlanda) En otros, los recursos provienen de las cotizaciones sociales, si bien se observa una tendencia a reducir el porcentaje de éstas últimas y a incrementar el de los ingresos fiscales (por ejemplo, en Francia y en Alemania).
- El otro elemento de diversidad, independiente del anterior, es el balance entre financiación pública y privada, es decir, la parte de los gastos sanitarios totales que corren a cargo de las familias y, en su caso, están cubiertos por seguros complementarios facultativos. Estos gastos representan entre una quinta y una cuarta parte del gasto global en la mayoría de los Estados miembros, pero son muy bajos en el Reino Unido y en Luxemburgo (menos del 5 %), y ascienden al 42 % en Italia y Portugal. Dichos gastos suelen variar según el tipo de asistencia: en muchos casos, el seguro de base cubre ampliamente la asistencia hospitalaria, pero no ocurre así con los medicamentos, la asistencia odontológica, los productos de óptica, por citar sólo los casos más frecuentes. En muchos casos, se aduce como justificación para dejar esa parte a cargo de los usuarios la voluntad de que sean más conscientes del coste de la asistencia. No obstante, de esa forma también se contribuye a incrementar el papel de los seguros complementarios en las posibilidades de acceder a los sistemas sanitarios, incluso para las personas más desfavorecidas, para las cuales es preciso establecer dispositivos de cobertura.

En toda Europa los sistemas de atención de salud están en proceso de cambio para afrontar los retos que plantea la demanda creciente de la atención de salud y el aumento de los costes.

Las inquietudes por el financiamiento de los servicios de salud han crecido, estimuladas por los altos niveles de desempleo y las tendencias demográficas desfavorables, que han incrementado los gastos en bienestar social. La profundización del proceso de integración económica y monetaria europea ha sido otro factor que ha impulsado las reformas del sector público. Los criterios de convergencia para la participación en la Unión Monetaria Europea, en particular los límites al endeudamiento de los gobiernos y al déficit público, junto con la preocupación persistente por el crecimiento del gasto público, promovió un enfoque más integral de la reforma del sector público. A fin de complementar las medidas para limitar los gastos globales, la mayoría de los gobiernos iniciaron un escrutinio más detallado de la organización y la gestión interna de los servicios de salud.

Las formas de afrontar las reformas han sido diversas. Por una parte, se ha tratado de introducir incentivos del mercado en los servicios públicos y de privatizar algunos aspectos de la prestación de servicios de salud. Otra tendencia ha sido la de fortalecer la gestión de los servicios del sector público, promoviendo el cambio desde un servicio administrado a un servicio gerenciado, con énfasis en los resultados en lugar de en los insumos, una gestión más profesional y responsable, el establecimiento de normas de rendimiento explícitas que incorporan medidas de calidad del servicio, la división de organizaciones grandes y uniformes en unidades empresariales pequeñas, la promoción de la competencia interna y la flexibilidad en el uso de los recursos humanos.

También ha habido más énfasis en la descentralización. En muchos países, la autonomía de los hospitales ha aumentado con la disminución de las limitaciones administrativas y la delegación de decisiones en materia de planificación del nivel nacional al nivel regional y, en algunos casos, incluso al nivel del hospital. Así, por ejemplo, una característica de las reformas realizadas en 1995 y 1996 por el gobierno de Juppé en Francia fue el requisito de que cada hospital celebrase un “contrato” con el organismo financiador basado en su “plan comercial”, y la introducción de la acreditación obligatoria para todos los hospitales. Los sistemas de financiamiento para los hospitales han mejorado como consecuencia del reemplazo de los sistemas basados en presupuestos globales que vinculan el financiamiento más estrechamente a los servicios proporcionados por el hospital. Estas reformas han requerido una gestión más compleja de los aspectos financieros y del personal en los hospitales, promoviendo el desarrollo de un cuadro de gerentes profesionales y el uso de técnicas del sector privado para mejorar la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud. Persisten dudas, sin embargo, acerca de si existe suficiente capacidad gerencial para administrar las formas cada vez más complejas de la atención regulada.

Una última tendencia es la mayor importancia de los proveedores de atención primaria en el sistema de servicios de salud. Esto refleja la creencia de que los médicos generales pueden actuar como guardianes eficaces de la atención especializada y reducir el gasto en este tipo de atención, que es más costosa, cerciorándose de que los pacientes sean tratados por el especialista apropiado. En prácticamente todos los países de Europa occidental están tomándose medidas para introducir sistemas de médicos generales o fortalecer el sistema actual de atención primaria.

5.1.2. La estrategia de la Unión Europea en materia de salud

Los Estados miembros son los principales responsables de la política sanitaria y la prestación de atención sanitaria a los ciudadanos europeos. Existen, sin embargo, ámbitos en los que la sola acción de los Estados miembros no sería eficaz, haciéndose pues indispensable una cooperación a nivel de la Unión Europea. Es el caso de las grandes amenazas para la salud y de ciertas cuestiones que tienen un impacto transfronterizo o internacional, como las pandemias y el bioterrorismo, así como aquellas relacionadas con la libre circulación de mercancías, servicios y personas.

El artículo 152 del Tratado de la Unión Europea establece que «al definirse y ejecutarse todas las políticas y acciones de la Comunidad se garantizará un alto nivel de protección de la salud humana». Por ello, la Unión ha desarrollado un planteamiento estratégico, recogido en el Libro Blanco “Juntos por la salud: un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013)”, que refuerza la importancia de políticas como la Estrategia de Lisboa para el Crecimiento y el Empleo, al poner de relieve la vinculación entre salud y prosperidad económica, y la Agenda de los Ciudadanos, al reconoce el derecho de las personas a decidir sobre su salud y atención sanitaria. Las acciones de la estrategia conciernen a la salud en todos los sectores, pues la salud aparece en artículos del Tratado relativos, entre otras cosas, al mercado interior, el medio ambiente, la protección de los consumidores, los asuntos sociales —incluidas la salud y la seguridad de los trabajadores—, la política de desarrollo y la investigación.

El importante papel de la CE en el campo de la política sanitaria ha sido reafirmado en el Tratado de Reforma acordado en Lisboa por los Jefes de Estado y de Gobierno el 19 de octubre de 2007, que propone reforzar la importancia estratégica de la salud. Se prevé un nuevo objetivo general de promoción del bienestar de los ciudadanos, así como el estímulo a la cooperación entre Estados miembros en materia de salud y servicios sanitarios. La labor en el campo de la salud a nivel comunitario aporta valor añadido a las acciones de los Estados miembros, en particular en materia de prevención de las enfermedades, lo que incluye la seguridad de los alimentos y la nutrición, la seguridad de los productos médicos, la lucha contra el tabaquismo, la legislación relativa a la sangre, los tejidos, las células y los órganos, la calidad del agua y del aire, y la creación de una serie de agencias relacionadas con la salud. Existen, sin embargo, una serie de retos para la salud de la población, cada vez más acuciantes, que requieren un nuevo planteamiento estratégico:

- En primer lugar, la evolución demográfica (y en particular el envejecimiento de la población), está cambiando los patrones patológicos y pesa sobre la sostenibilidad de los sistemas sanitarios de la UE. Favorecer el envejecimiento saludable significa por un lado promover la salud a lo largo de toda la vida, a fin de prevenir desde una edad temprana los problemas de salud y las discapacidades, y por otro luchar contra las desigualdades en materia de salud asociadas a factores sociales, económicos y medioambientales. Estos aspectos están estrechamente relacionados con el objetivo estratégico general de solidaridad de la Comisión.
- En segundo lugar, las pandemias, los incidentes físicos y biológicos graves y el bioterrorismo suponen acuciantes amenazas potenciales para la salud. El cambio climático está en el origen de nuevos patrones de enfermedades contagiosas. La

coordinación y la respuesta rápida a las amenazas para la salud a escala mundial, así como el refuerzo de las capacidades de la CE y de terceros países en este ámbito, son un componente esencial de la misión de la Comunidad en materia de sanidad. Esta dimensión se relaciona con el objetivo estratégico global de seguridad de la Comisión.

- En tercer lugar, los sistemas de atención sanitaria han evolucionado mucho en los últimos años, en parte como consecuencia del rápido desarrollo de nuevas tecnologías, que están revolucionando la forma en que fomentamos la salud y prevenimos, prevenimos y tratamos las enfermedades. Estamos hablando de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), innovaciones en genómica, biotecnología y nanotecnología. Estos aspectos están relacionados con el objetivo estratégico general de prosperidad de la Comisión, asegurando así un futuro competitivo y sostenible para Europa.

Hacer frente a estos desafíos requiere un planteamiento a largo plazo. El Libro Blanco “Juntos por la Salud” pretende, por ello, definir un marco coherente —la primera estrategia comunitaria en materia de salud— que oriente las actividades de la Comunidad en este campo. Se proponen, como prioridad para los próximos años, cuatro grandes principios en apoyo de tres objetivos estratégicos. La Estrategia establece asimismo mecanismos de implementación para la cooperación entre los socios, reforzando la fórmula «La salud en todas las políticas» y potenciando una mayor visibilidad y comprensión de la sanidad a nivel comunitario.

Principios fundamentales de la acción de la Unión Europea en materia de salud

1. **Una estrategia basada en valores sanitarios compartidos:** universalidad, acceso a una atención sanitaria de calidad, equidad, solidaridad, potenciación del papel de los ciudadanos, reducción de las desigualdades sanitarias, desarrollo de los conocimientos científicos.
2. **“La salud es el tesoro más preciado”.** El gasto sanitario no puede ni debe percibirse únicamente en términos de coste, sino que debe ser considerado como una inversión de futuro. El gasto en atención sanitaria debe ir acompañado de inversión en prevención, protección y mejora de la salud física y psíquica de la población en general.
3. **La salud en todas las políticas.** La salud de la población no es sólo un asunto de política sanitaria. Otras políticas comunitarias son también determinantes en este sentido, por ejemplo la política regional y de medio ambiente, la fiscalidad del tabaco, la reglamentación de los productos farmacéuticos y los productos alimenticios, la salud animal, la investigación y la innovación en el ámbito de la salud, la coordinación de los regímenes de seguridad social, la sanidad en la política de desarrollo, la salud y la seguridad en el trabajo, las TIC, y la protección contra la radiación, así como la coordinación de las agencias y servicios que regulan las importaciones. El desarrollo de sinergias con estos y otros sectores es crucial para una política comunitaria sólida en el ámbito de la salud.

4. **Reforzar la voz de la Unión Europea en el ámbito de la salud a nivel mundial.** La Comunidad Europea y sus Estados miembros pueden obtener mejores resultados en el ámbito de la salud para los ciudadanos de la UE y de terceros países asumiendo un liderazgo colectivo permanente a nivel mundial. En el mundo globalizado de hoy es difícil separar las acciones nacionales o comunitarias de la política mundial, pues las cuestiones sanitarias a escala mundial tienen repercusiones en la política interior de la Comunidad en el ámbito de la salud y viceversa. La CE puede contribuir a la salud en el mundo compartiendo sus valores, su experiencia y su saber hacer y tomando medidas concretas de promoción de la salud. La acción puede respaldar los esfuerzos desplegados para asegurar la coherencia entre sus políticas sanitarias interiores y exteriores en la consecución de los objetivos sanitarios a escala mundial, para considerar la salud como un elemento importante de la lucha contra la pobreza a través de los aspectos relacionados con la salud de la cooperación al desarrollo con los países de renta baja, para responder a las amenazas sanitarias en países terceros y para fomentar la aplicación de acuerdos internacionales en el ámbito de la salud.

Objetivos estratégicos de la Unión Europea en materia de salud

1. **Promover la buena salud en una Europa que envejece.** El envejecimiento saludable debe apoyarse con acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad a lo largo de toda la vida, abordando factores clave como la alimentación, la actividad física, el consumo de alcohol, drogas y tabaco, los riesgos medioambientales, los accidentes de tráfico y los accidentes domésticos. Mejorar la salud de los niños, de los adultos en edad laboral y de las personas de edad contribuirá a crear una población sana y productiva y favorecerá el envejecimiento saludable, ahora y en el futuro. Del mismo modo, se puede respaldar el envejecimiento saludable tomando medidas destinadas a promover estilos de vida sanos, a reducir los comportamientos nocivos y a prevenir y tratar enfermedades específicas incluidos los trastornos genéticos. Se debe promover de forma activa el desarrollo de la medicina geriátrica, haciendo hincapié en la atención individualizada. Los cuidados paliativos y un mejor conocimiento de enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer son también necesidades importantes que conviene tomar en consideración. Queda también margen para proseguir los trabajos en relación con la sangre, los tejidos, las células y los órganos, incluyendo los trasplantes.
2. **Proteger a los ciudadanos frente a las amenazas para la salud.** La mejora de la seguridad y la protección de los ciudadanos contra las amenazas para la salud han ocupado siempre un lugar central en la política sanitaria comunitaria, sin olvidar que la UE también tiene responsabilidades respecto a la salud de los ciudadanos de terceros países. La acción a nivel comunitario para proteger la salud de los ciudadanos comprende la evaluación científica del riesgo, la preparación y reacción a las epidemias y al bioterrorismo, las estrategias para abordar los riesgos asociados a enfermedades y afecciones específicas, la acción sobre los accidentes y las lesiones, la mejora de la seguridad de los trabajadores y las acciones en materia de seguridad alimentaria y de protección de los consumidores. Además de continuar realizando estas actividades, la Comisión prestará igualmente atención a desafíos que aún no han sido plenamente abordados. A escala mundial, el aumento de los intercambios comerciales y de los

desplazamientos ha traído nuevos riesgos al facilitar la propagación de enfermedades contagiosas. La lucha contra las pandemias o los incidentes biológicos y la gestión de la amenaza bioterrorista requieren una cooperación a nivel comunitario y una coordinación entre Estados miembros y actores internacionales. Las nuevas amenazas para la salud, por ejemplo las asociadas al cambio climático, exigen asimismo una acción que permita evaluar su impacto potencial en la salud pública y en los sistemas de atención sanitaria.

3. Fomentar sistemas sanitarios dinámicos y nuevas tecnologías. Los sistemas sanitarios de la UE soportan una presión cada vez mayor frente a los desafíos que plantea el envejecimiento de la población, las crecientes expectativas de los ciudadanos, los flujos migratorios y la movilidad de pacientes y de profesionales sanitarios. Las nuevas tecnologías pueden revolucionar los sistemas de salud y de atención sanitaria y contribuir a su sostenibilidad futura. La sanidad electrónica, la genómica y las biotecnologías pueden mejorar la prevención de enfermedades y la prestación de tratamiento y favorecer un cambio de la asistencia hospitalaria hacia la prevención y la atención primaria. La sanidad electrónica puede ayudar a prestar una atención más centrada en la persona, a disminuir los costes y a favorecer la interoperatividad entre las fronteras nacionales, facilitando la movilidad y la seguridad de los pacientes. Sin embargo, conviene evaluar correctamente las nuevas tecnologías, en particular en relación con aspectos como la rentabilidad y la equidad y tomar en consideración sus implicaciones en cuanto a la formación y a la capacidad de los profesionales. Nuevas tecnologías poco conocidas pueden suscitar preocupaciones de orden ético y es preciso abordar las cuestiones relativas a la confianza y la certidumbre de los ciudadanos. Para impulsar la inversión en los sistemas sanitarios, se ha integrado la sanidad en una serie de instrumentos destinados a potenciar el crecimiento, el empleo y la innovación en la UE, en particular la Estrategia de Lisboa, el Séptimo Programa Marco de Investigación, incluida la iniciativa tecnológica conjunta sobre medicinas innovadoras, el Programa de Competitividad e Innovación y la política regional. Con todo, es preciso seguir trabajando, por ejemplo en relación con las capacidades de las regiones, que son agentes clave en la prestación de atención sanitaria.

5.2. El derecho a la salud de los adultos mayores en América Latina. Marco normativo e institucional.

El acceso a la salud de los adultos mayores en América Latina está reconocido en diversos instrumentos jurídicos que van desde la consideración en sus constituciones de la salud como un derecho universal hasta la promulgación de leyes dictadas directamente a favor de estos ciudadanos.

Los países con artículos específicos en su Carta Magna a favor de los adultos mayores son Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, Honduras, Paraguay, República Dominicana y Venezuela. En estas constituciones se establece como obligación del Estado la tarea de proteger y asistir a la población mayor de su país.

Destaca la reciente Constitución de Ecuador¹² que cuenta con un articulado específico sobre las garantías de este grupo, entre ellos:

- La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas;
- La jubilación universal;
- Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos.
- Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente;
- Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

La nueva constitución política de la República de Bolivia dedica su sección VII a los derechos de las personas adultas mayores. En su artículo 67.I. establece que “además de los derechos reconocidos en esta Constitución, todas las personas adultas mayores tienen derecho a una vejez digna, con calidad y calidez humana”. El Estado, asimismo (art. 67.II) “proveerá una renta vitalicia de vejez, en el marco del sistema de seguridad social integral, de acuerdo con la ley”. En el artículo 68 prevé que el Estado adoptará políticas públicas para la protección, atención, recreación, descanso y ocupación social de las personas adultas mayores, de acuerdo con sus capacidades y posibilidades, y prohíbe y sanciona toda forma de maltrato, abandono, violencia y discriminación a las personas adultas mayores.

En las Constituciones de Costa Rica, Guatemala, Nicaragua, Panamá, y Perú se hace mención de los adultos mayores en el colectivo más amplio de los grupos sociales vulnerables.

Una de las vías de acceso a la salud de los adultos mayores viene determinada por la vida laboral de éstos. En este sentido, todas las leyes, códigos y decretos establecidos para la regulación de la seguridad social en cada país garantizan la protección en la vejez.

5.2.1. Leyes especiales y la salud como derecho

Existen en América Latina diferentes leyes especiales dictadas a favor de los adultos mayores. Al considerar este marco normativo se observa que el acceso a la salud se considera un derecho prioritario para esta población. Los artículos expresamente redactados sobre este ámbito hacen hincapié en la necesidad de contar con una atención integral y especializada. A continuación se enumeran los artículos de las distintas normativas que hacen referencia a la protección de la salud:

Brasil

Estatuto do Idoso (Estatuto del Mayor). **Ley 10.741** de 3 de octubre de 2003. Establece en su **artículo 3** que es obligación de la familia, de la comunidad, la sociedad y del Poder público a asegurar a la persona mayor, con absoluta prioridad, el efectivo goce del derecho a la vida, a la salud, la alimentación, la educación, la cultura, deporte, a realizar diversas actividades en su

¹² Constitución 2008. http://www.eluniverso.com/data/recursos/documentos/Constitucion2008_final.pdf

tiempo libre, al trabajo a la ciudadanía, a la libertad, dignidad, respeto y convivencia familiar y comunitaria.

El **artículo 15**. Asegura la atención integral a la Salud por intermedio del sistema único de salud (SUS), garantizando el acceso universal e igualitario, con la coordinación de las acciones y servicios para la prevención, promoción, protección y recuperación de la salud, incluyendo la atención especial de las enfermedades que afectan particularmente a los adultos mayores.

Costa Rica

Ley 7935: Ley Integral para la persona Adulta Mayor, Octubre 1999. Dispone en su **artículo 12.-** que el Estado deberá garantizar las condiciones óptimas de salud, nutrición, vivienda, desarrollo integral y seguridad social a las personas adultas mayores.

Artículo 17.- Para brindar servicios en favor de las personas adultas mayores, corresponderá al Estado, por medio de sus instituciones, promover y desarrollar:

- a) La atención integral en salud, mediante programas de promoción, prevención, curación y rehabilitación, que incluyan como mínimo Odontología, Oftalmología, Audiología, Geriátría y Nutrición, para fomentar entre las personas adultas mayores estilos de vida saludables y autocuidado.
- b) La permanencia de las personas adultas mayores en su núcleo familiar y comunitario, mediante la capacitación en todos los niveles.
- c) Las medidas de apoyo para las personas adultas mayores con dependencia funcional, sus familiares y los voluntarios que las atienden.
- d) La creación de servicios de Geriátría en todos los hospitales generales nacionales públicos, así como la atención de geriatría en los hospitales regionales y las clínicas III y IV. Estos centros médicos deberán contar con personal especializado en la rama, recursos adecuados, físicos, humanos y financieros para garantizar una atención adecuada al usuario y deberán ser asesorados por el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Raúl Blanco Cervantes.

Artículo 18.- Corresponde al Ministerio de Salud:

- a) Garantizar que existan en el país programas de salud dirigidos a la población mayor de sesenta y cinco años.
- b) Dirigir y promover las acciones de educación y promoción tendientes a fomentar, entre las personas adultas mayores, los buenos hábitos de mantenimiento de salud, los estilos de vida saludables y el autocuidado.
- c) Desarrollar programas de capacitación relativos al proceso de envejecimiento.
- d) Otorgar la acreditación para que funcionen los establecimientos y los programas de atención a las personas adultas mayores.
- e) Garantizar el presupuesto necesario para cubrir los servicios referidos en los incisos supra señalados.

Ecuador

Ley Especial del Anciano N° 127 de noviembre de 1991.

Artículo. 2.- El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa.

Artículo. 6.- El Consejo Nacional de Salud y las facultades de medicina de las universidades incluirán en el plan de estudios, programas docentes de geriatría y gerontología, que se ejecutarán en los hospitales gerontológicos y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano y que dependan de los Ministerios de Bienestar Social y Salud Pública y en aquellas entidades privadas que hayan suscrito convenios de cooperación con el Ministerio de Bienestar Social.

El Salvador:

Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (2002).

Artículo 10.- Las personas adultas mayores gozarán de una atención médica integral gratuita en las instituciones públicas.

Artículo. 12.- Las personas adultas mayores deberán recibir oportuna y eficazmente todas las formas de tratamiento que necesiten con miras a prevenir complicaciones y deficiencias funcionales, nutricionales, restablecer la salud, y a rehabilitar las deficiencias y discapacidades que hayan podido producirse.

Artículo. 13.- Los Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social, y de Educación las Universidades del país, los establecimientos de educación pública y privada fomentarán la investigación y el estudio de la vejez y el envejecimiento.

Guatemala

La Ley 80-96 Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad

Artículo 8. El Estado y sus instituciones deberán contribuir a la realización del bienestar social satisfactorio de las personas de la tercera edad, quienes tienen derecho de recibir la protección del Estado que deberá crear mecanismos institucionales de previsión social para garantizar su derecho a la alimentación, salud, educación, seguridad, vivienda, recreación, esparcimiento y trabajo.

Artículo 13. Un derecho fundamental de la vejez es el de tener buena salud, por lo que tienen derecho de tener asistencia médica, preventiva, curativa y de rehabilitación oportuna, necesaria y adecuada a su edad y requerimientos, por lo que quedan obligados a prestar en forma gratuita el tratamiento necesario para cada caso, los hospitales nacionales; los de seguridad social de conformidad con el Artículo 115 de la Constitución.

Artículo 14. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las Universidades del país los establecimientos de Educación Pública y Privada y cualquier otra organización de salud, fomentarán la investigación y estudio de la población senescente, para tomar las medidas de prevención y emitir normas de atención actualizada a nivel nacional.

Artículo 15. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por conducto de sus dependencias, en coordinación con otros organismos, desarrollará acciones que tiendan a proteger a los ancianos, así como a fortalecer su auto estima a efecto se mantengan dentro del sistema de producción, conforme a programas y reglamentos que para el efecto se emitan.

Artículo 16. El Estado, por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, deberá desarrollar programas especiales de educación nutricional, salud bucal y salud mental del anciano en forma gratuita.

Artículo 17. El Estado promoverá por los medios a su alcance, que el anciano obtenga una alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico, considerado en forma particular, según la norma dietética para la edad avanzada.

Honduras

Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados, Julio de 2007

El artículo 2 establece entre sus objetivos:

- Promover que los Adultos Mayores y Jubilados tengan acceso a los servicios medico hospitalario públicos y privados;
- Propiciar la formación de recurso humano, técnico y profesional, en las áreas de Gerontología y Geriátrica, con el fin de garantizar la cobertura de los servicios de salud requeridos por la población adulta mayor y jubilados;

Artículo 10. La Secretaria de Estado en el Despacho de Salud creara un programa Geronto-Geriátrico para brindar atención integral al adulto mayor y jubilados, por medio de sus redes de servicios de salud.

México

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, 25 de junio de 2002.

Esta Ley tiene por objeto garantizar a las personas adultas mayores, entre otros, los siguientes derechos:

- A tener acceso a los satisfactores necesarios, considerando alimentos, bienes, servicios y condiciones humanas o materiales para su atención integral.
- A tener acceso preferente a los servicios de salud, de conformidad con el párrafo tercero del artículo 4o. Constitucional y en los términos que señala el

artículo 18 de esta Ley, con el objeto de que gocen cabalmente del derecho a su sexualidad, bienestar físico, mental y psicoemocional.

- A recibir orientación y capacitación en materia de salud, nutrición e higiene, así como a todo aquello que favorezca su cuidado personal.

Las familias tendrán derecho a recibir el apoyo subsidiario de las instituciones públicas para el cuidado y atención de las personas adultas mayores.

Artículo 18.- Corresponde a las Instituciones Públicas del Sector Salud, garantizar a las personas adultas mayores:

- El derecho a la prestación de servicios públicos de salud integrales y de calidad, en todas las actividades de atención médica, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 de la Ley General de Salud;
- Especial atención deberán recibir los programas de detección oportuna y tratamiento temprano de enfermedades crónicas y neoplasias entre las personas adultas mayores, así como de atención y asistencia a quienes sufren de discapacidades funcionales. Asimismo, los programas de salud dirigidos a atender las necesidades de las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida incorporarán medidas de prevención y promoción de la salud a fin de contribuir a prevenir discapacidades y favorecer un envejecimiento saludable;
- El acceso a la atención médica a las personas adultas mayores en las clínicas y hospitales, con el establecimiento de áreas geriátricas en las unidades médicas de segundo y tercer nivel públicas y privadas. Las especialidades médicas encargadas de la atención de la salud de las personas adultas mayores, son la Geriátrica y la Gerontología;
- Una cartilla médica de salud y autocuidado, misma que será utilizada indistintamente en las instituciones públicas y privadas; en la cual se especificará el estado general de salud, enfermedades crónicas, tipo de sangre, medicamentos y dosis administradas, reacciones e implementos para ingerirlos, alimentación o tipo de dieta suministrada, consultas médicas y asistencias a grupos de autocuidado;
- Mecanismos de coordinación interinstitucional para proporcionar medicamentos, previo estudio socioeconómico para su distribución sin costo alguno;
- Cursos de capacitación orientados a promover el autocuidado de la salud para que las personas adultas mayores sean más independientes;
- El apoyo a las unidades médicas y organizaciones civiles dedicadas a la atención de la salud física y/o mental de la población senecta;

- Convenios con universidades públicas y privadas para recibir prestadores de servicio social en las áreas de trabajo social, psicología, medicina, odontología y enfermería para que apoyen las acciones institucionales en la atención de las personas adultas mayores en las unidades geriátricas y/o domicilio;
- Gestiones para apoyar y proteger a los grupos de personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad social o familiar, y
- Los cuidados proporcionados a las personas adultas mayores por la familia, por los responsables de su atención y cuidado, o en su caso por las instituciones públicas o privadas que tengan a su cargo a estas personas, comprenderán los siguientes aspectos:
 - a. Las personas adultas mayores tendrán el derecho de ser examinados cuando menos una vez al año, para el mantenimiento de su salud y recibir los tratamientos que requieran en caso de enfermedad.
 - b. Serán sujetos de la confidencialidad y participarán en las decisiones que sobre su estado de salud se generen.
 - c. Tendrán derecho a una nutrición adecuada y apropiada.

Paraguay:

Ley 1.885/02 De las personas adultas.

Artículo 3º.- Toda persona de la tercera edad tiene derecho a un trato digno y no ser objeto de discriminación de ninguna clase para ejercer funciones públicas o privadas, salvo las incapacidades físicas o mentales especialmente previstas en la ley. Igualmente, tendrá prioridad en la atención a su salud, vivienda, alimentación, transporte, educación, entretenimiento y ocupación, así como en la percepción oportuna de sus haberes, si los tuviere.

Artículo 5º.- El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es el órgano estatal que tendrá a su cargo la aplicación de la presente ley y cumplirá, entre otras, las siguientes funciones:

- En el marco de esta ley y su reglamentación por el Poder Ejecutivo, ejecutar políticas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad;
- Prestar asistencia técnica, supervisar y fiscalizar a entidades privadas con y sin fines de lucro que se dediquen a la atención y bienestar de las personas de la tercera edad;
- Crear acciones y programas de prevención de la salud física, psíquica y social del adulto mayor, mediante un sistema de información de los servicios públicos y privados, de los mecanismos de acceso a dichos servicios y de los

programas de educación de toda la población en general y de prevención social en particular;

- Incentivar la formación de recursos humanos en el área de la atención del adulto mayor;
- Contar con un registro de las instituciones dedicadas a la atención de las personas de la tercera edad.

América Latina: Marco legislativo de salud para los adultos mayores					
País	Referencias Constitucionales	Leyes generales	Leyes específicas	Decretos y Resoluciones	Convenios Internacionales
Argentina		<p>Ley 24.734 (1996) “Cobertura Médica”. Otorga el derecho a hacer uso de los servicios del sistema de cobertura médica a toda persona con beneficio acordado por la autoridad competente, entre ellos a los beneficiarios del régimen pensiones asistenciales por vejez regulado por la Ley 13.478.</p>		<p>Decreto 945/97. Servicios de cobertura medica</p> <p>Decreto 455/2000. Marco estratégico-político para la salud de los argentinos</p>	
Bolivia			<p>Ley 3323, del Seguro de Salud para el Adulto Mayor</p>		
Brasil		<p>Ley 8.742 (1993), Orgánica de la Asistencia Social. Prevé beneficios asistenciales, servicios y programas de atención a la persona mayor y a sus familias. Dirigida a la población con rentas bajas. Sitúa en 65 años la edad prevista para la concesión del beneficio de prestación continuada, que se concreta en la concesión de un salario mínimo para aquellas personas con 65 años o más y cuya renta familiar sea igual o inferior a ¼ del salario mínimo.</p> <p>Ley 6.179 (1974). Instituye protección previsional para mayores de setenta años de edad y para personas con discapacidad que no ejerzan actividad remunerada o que no dependan obligatoriamente de otra</p>	<p>Ley 8.842 (1993). Política nacional del Adulto Mayor.</p> <p>Ley 10.471(2003) Estatuto del Adulto Mayor. Establece una regulación nacional de derechos y prestaciones para los adultos mayores.</p>	<p>Decreto 5.109 (2004). Dispone sobre la composición, estructuración y cualificaciones y funcionamiento del Consejo Nacional del Adulto Mayor (CNDI).</p> <p>Portaría (Instrucción) nº 2.413, de 23 de marzo de 1998, (Ministerio de la Salud) que instituye la atención de pacientes que necesitan de cuidados prolongados.</p> <p>Portaría (Instrucción) GM/MS 1395/99 (Ministerio de la Salud). Establece la Política Nacional de Salud del Adulto Mayor.</p> <p>Portaría (Instrucción) GM/MS 280/99. Regula el derecho de que el Adulto Mayor disponga de acompañante, cuando ingrese en un hospital, instituyendo la correspondiente financiación.</p> <p>Portaría (Instrucción) Interministerial 5.153/99 (Ministerio de Estado de la Previsión y Asistencia Social / Ministerio de la Salud), que instituyó el <i>Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores.</i></p> <p>Portaría (Instrucción) GM/MS 702/02 (Ministerio de la Salud). Crea las Redes Provinciales de Atención a la Salud del Adulto Mayor.</p>	

América Latina: Marco legislativo de salud para los adultos mayores					
País	Referencias Constitucionales	Leyes generales	Leyes específicas	Decretos y Resoluciones	Convenios Internacionales
Colombia	Artículo 46: “El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia”.	Ley 100 Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral.			
Costa Rica			Ley 7935: Ley Integral para la persona Adulta Mayor, Octubre 1999.		
Cuba	Artículo 48.- El Estado protege, mediante la asistencia social, a los ancianos sin recursos ni amparo y a cualquier persona no apta para trabajar que carezca de familiares en condiciones de prestarle ayuda.				
Chile		Ley Nº 10.383: Pensión de Vejez. Pensión de Vejez anticipada por realización de trabajos pesados. Ley Nº 15.386; DL 869: Pensión de Vejez Asistencial. Ley 18.469. Regula el Derecho Constitucional de la Salud. Ley Nº 18.833. Estatuto de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar. Ley Nº 19.966. Establece un sistema de garantías explícitas en salud (AUGE), para un listado de enfermedades, dentro de las que se encuentran algunas recurrentes en adultos mayores como el caso de cataratas, órtesis y prótesis de caderas, entre otras	Ley Nº 19.828 (2002) de creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor, que será el encargado de proponer las políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan. Esta ley considera adulto mayor a toda persona que ha cumplido sesenta años		

América Latina: Marco legislativo de salud para los adultos mayores					
País	Referencias Constitucionales	Leyes generales	Leyes específicas	Decretos y Resoluciones	Convenios Internacionales
Ecuador	<p>Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia.</p> <p>Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:</p> <p>1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas...</p> <p>Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.</p>	<p>Ley 2001-55, de 27 de noviembre de 2001, DE SEGURIDAD SOCIAL</p> <p>Ley 2002-80. Sistema Nacional de Salud.</p>	Ley Especial del Anciano N° 127 de noviembre de 1991		
El Salvador			Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor (2002)		
Guatemala			La Ley 80-96 "Ley de Protección para las Personas de la Tercera Edad",		
Honduras	Artículo 117.- Los ancianos merecen la protección especial del Estado.				
México		<p>Ley General de Salud.</p> <p>Ley de Seguro Social.</p>	Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores , 25 de junio de 2002		
Nicaragua		Ley General de Salud 423			
Panamá					

América Latina: Marco legislativo de salud para los adultos mayores					
País	Referencias Constitucionales	Leyes generales	Leyes específicas	Decretos y Resoluciones	Convenios Internacionales
Paraguay	Artículo 57 - DE LA TERCERA EDAD Toda persona en la tercera edad tiene derecho a una protección integral. La familia, la sociedad y los poderes públicos promoverán su bienestar mediante servicios sociales que se ocupen de sus necesidades de alimentación, salud, vivienda, cultura y ocio.	Ley 430/73 , que establece el derecho al beneficio de jubilaciones y pensiones complementarias a cargo del Instituto de Previsión Social. Ley 2.345/03 "De reforma y sostenibilidad de la caja fiscal. Sistema de jubilaciones y pensiones de sector público". Ley 431/73 , en la que se instituyen Honores y establecen privilegios y pensiones a favor de los Veteranos de la Guerra del Chaco. Ley 1.350/88 , que establece nuevos beneficios a favor de los veteranos de la Guerra del Chaco. Ley 1.626/00 , de la Función Pública (Cap. XV. Seguridad Social de los funcionarios públicos).	Ley 1.885/02 "De las personas adultas". Regula los derechos de los adultos mayores.		
Perú		Ley General de Salud N° 26253.	Ley 28.683 Ley de las Personas Adultas Mayores (2006),		
República Dominicana	Artículo 8. Inciso 17 El Estado prestará su protección y asistencia a los ancianos en la forma que determine la ley, de manera que se preserve su salud y se asegure su bienestar				

América Latina: Marco legislativo de salud para los adultos mayores					
País	Referencias Constitucionales	Leyes generales	Leyes específicas	Decretos y Resoluciones	Convenios Internacionales
Uruguay		<p>Ley 16.713 (1995) "Seguridad Social". Regula el sistema previsional. Por esta ley se implanta el sistema mixto de jubilaciones y pensiones, integrándose el mismo con organismos públicos y privados.</p> <p>Ley 17.066 (1998) "Política general en materia de ancianidad". Reglamenta las condiciones de establecimientos y servicios para el adulto mayor.</p> <p>La Ley 15.800 (1986). Reinstucionaliza, luego del período de facto 1973-1984, el Banco de Previsión Social con todas las competencias que le asigna la Constitución en su artículo 195.</p>	<p>Ley Nº 17.796 (2004) de Promoción Integral de los Adultos Mayores.</p>		
Venezuela	<p>Artículo 80. El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantiza atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida</p>	<p>Ley 37.600. Sistema de Seguridad social</p>			

Este marco normativo forma parte de la construcción de las políticas públicas de atención a los adultos mayores. La aplicación de éstas es competencia de diferentes entidades gubernamentales, ministerios, departamentos, secretarías, etc., en unos y otros países. La responsabilidad principal en la orientación de las actuaciones en el ámbito de salud evidentemente recae en los Ministerios y Secretarías, aún considerando los distintos grados de descentralización competencial en las políticas de atención a la vejez. A continuación se presenta un cuadro resumen de las Instituciones responsables.

América Latina Coordinación de las políticas de adultos mayores			
País	Organismo de Coordinación Intersectorial	Institución Gubernamental Responsable	Consejo de Adultos Mayores
Argentina	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales ¹³ .	Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.	Consejo Federal de Adultos Mayores.
Bolivia		Dirección de la Tercera Edad	
Brasil	Secretaría Nacional de Asistencia Social, dependiente del Ministerio de Desarrollo Social (MDS).	Instituciones del Plan de Acción Intergubernamental.	Consejo Nacional de los Derechos de los Adultos Mayores ¹⁴ .
Chile	Consejo de Ministros Sociales, coordinado por el Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN) ¹⁵ .	Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	
Colombia	Consejo Nacional de Política Social	Ministerio de Protección Social. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	
Costa Rica	Presidencia de la República,	Consejo Nacional para la persona Adulta Mayor_(CONAPAM) ¹⁶	
El Salvador	Secretaría Nacional de la Familia	Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores	
Ecuador		El Ministerio de Bienestar Social. Departamento Gerontológico. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. El Ministerio de Salud Pública, en el plan de Medicina Rural, atención primaria a los ancianos. El Ministerio de Industrias y Comercio, tendrá la responsabilidad de importar medicamentos de uso geriátrico, con liberación de gravámenes e impuestos.	

¹³ El Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales de Argentina está presidido por el Ministro de Desarrollo Social de la Nación y conformado en forma permanente por los titulares de los siguientes organismos: Ministerio de Desarrollo Social; Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología; Ministerio de Salud y Ambiente; Ministerio de Economía y Producción; Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social.

¹⁴ El Consejo Nacional de los Derechos de los Adultos Mayores de Brasil es un órgano colegiado de control social, de carácter deliberativo, composición paritaria (representantes del gobierno y la sociedad), vinculado a la Secretaría Especial de DDHH de la Presidencia de la República, integrado por 14 representantes de órganos públicos federales.

¹⁵ El Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN) de Chile reúne en una comisión de evaluación y generación de políticas públicas para la Tercera Edad a los Ministerios del Trabajo y Previsión, Cultura, Educación, Salud, Servicio Nacional de la Mujer y Vivienda.

¹⁶ El CONAPAM está dirigido por una Junta Rectora integrada por los siguientes miembros: El Presidente de la República o su representante, quien la presidirá; el Ministro o Viceministro de Salud; el Ministro o Viceministro de Educación Pública; el Ministro o Viceministro de Trabajo y Seguridad Social; el Presidente Ejecutivo de la Junta de Protección Social de San José; el Presidente Ejecutivo del Instituto Mixto de Ayuda Social; el Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social; un representante de las universidades estatales, electo por el Consejo Nacional de Rectores; un representante de la Asociación Gerontológica Costarricense; un representante de las asociaciones de pensionados; y un representante de la Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano.

América Latina Coordinación de las políticas de adultos mayores			
País	Organismo de Coordinación Intersectorial	Institución Gubernamental Responsable	Consejo de Adultos Mayores
Nicaragua		Ministerio de Familia	Consejo Nacional del Adulto Mayor (CNAM) ¹⁷
México		Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) ¹⁸	
Paraguay	Gabinete Social, coordinado por la Secretaría de Acción Social	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.	Comité Consultivo de Adultos Mayores
Uruguay	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales		

5.3. Principales actuaciones dirigidas a la atención y la promoción de la salud de los adultos mayores y la atención a situaciones de dependencia

En el terreno de la salud, las políticas que se aplican en América Latina presentan como principales objetivos lograr el acceso equitativo a los servicios y la promoción del envejecimiento activo y saludable.

A manera de ilustración se presentan algunas de estas actuaciones por país recogidas en los dossiers nacionales y la información recopilada por la OISS en el marco del Proyecto *Personas Mayores, Servicios Sociales y Dependencia*.

Argentina

El Ministerio de Salud Argentino cuenta con diversas actividades dirigidas a la población adulta mayor, entre ellas, destacan las siguientes:

Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores

Resolución 753 del 27 de junio de 2007 del Ministerio de Salud de la Nación.

¹⁷ conformado por representantes del Ministerio de la Familia, Ministerio de Salud, Ministerio del Trabajo, Ministerio de Educación Cultura y Deportes, Instituto de seguridad Social, Instituto Nicaragüense de Turismo, Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos, Consejo Nacional de Universidades, Asociación de Municipios de Nicaragua, Asociación de Jubilados y organismos No Gubernamentales legalmente constituidos vinculados en la atención al adulto mayor.

¹⁸ El Órgano de Gobierno del Instituto está conformado por los titulares de las siguientes dependencias:
Secretaría de Desarrollo Social.
Secretaría de Gobernación.
Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
Secretaría de Educación Pública.
Secretaría de Salud.
Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
Sistema Nacional DIF, IMSS e ISSSTE.
Cinco representantes de la sociedad civil.

A través de la Res. 753/07 M.S. se crea el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores a fin de contribuir al logro de un envejecimiento activo y saludable por medio del impulso de la promoción de la salud y la atención primaria de la salud para los adultos mayores, la capacitación de recursos humanos, el apoyo a investigaciones y el desarrollo de servicios integrados para la vejez frágil y dependiente.

La coordinación de las acciones que demande el cumplimiento de los objetivos del Programa estará a cargo de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias.

El programa se propone articular acciones con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, a la Superintendencia de Servicios de Salud, al Ministerio de Desarrollo Social y al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, así como con las provincias y el Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires por medio del Consejo Federal de Salud (COFESA).

Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

(Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores / Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Ministerio de Desarrollo Social de la Nación).

El programa realiza un abordaje del adulto mayor como sujeto de derecho, desde una perspectiva bio-psico-social, generando estrategias de intervención, que apuntan a mejorar su calidad de vida.

Las distintas experiencias desarrolladas a lo largo del territorio Nacional, adquieren características propias que dan cuenta de las particularidades de la población y el contexto local.

Entendiendo el envejecimiento como un proceso, se apunta al desarrollo de cuidados progresivos del adulto mayor, que acompañen y no reemplacen sus potencialidades, preservando sus roles familiares y sociales, apuntando a fortalecer la autoestima, evitando la institucionalización temprana e innecesaria.

Se ha podido visualizar, a lo largo de la implementación del programa:

- Profundización de los vínculos intergeneracionales.
- Integración del Adulto Mayor como actor social, protagonista de su propia historia.

En resumen, si bien el envejecimiento es un proceso inevitable e irreversible, las condiciones de vida del adulto mayor se pueden mejorar y en caso prevenir o demorar los deterioros propios de la edad. Consideramos que la prevención, no se hace sólo por medio de la intervención médica, sino también por la intervención social, económica y ambiental.

Para ejemplificar algunas experiencias que dan cuenta de la mejora de la salud en los adultos mayores, señalamos que el Programa de Cuidados Domiciliarios ha logrado:

- evitar o postergar la institucionalización, promoviendo conductas de autocuidado y organización de la vida cotidiana tanto del adulto mayor como de su entorno.

- garantizar la continuidad de los tratamientos médicos, de las dietas prescritas, a través de consultas a los hospitales o centros de salud.
- motivar la participación plena en la vida comunitaria, revalorizando los derechos del adulto mayor.
- fomentar la socialización e integración dentro del ámbito local.
- elevar la autoestima y favorecer la autonomía del adulto mayor.
- respetar las distintas culturas e identidades.
- fortalecer y recuperar las raíces y tradiciones familiares.
- favorecer y reconstruir la red social del adulto mayor.

Concluimos que la relación entre el cuidador y el adulto mayor, permite fortalecer los vínculos y reconstruir los lazos sociales perdidos. Es un vínculo continente, que propicia procesos de comunicación basados en el respeto, la revaloración de la autoestima, teniendo como finalidad mejorar la calidad de vida propiciando la construcción de una vejez saludable.

El Ministerio de Salud también desarrolla programas de prevención de enfermedades crónicas y de situaciones de dependencia:

- o Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera
- o Vacunación Antigripal
- o Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus (PRONADIA)
- o Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares
- o Programa Nacional de Control del Tabaco
- o Plan Nacional Argentina Camina
- o Subprograma de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama
- o Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino

Brasil

Vacunación de la población adulta mayor - destaca la inmunización contra la gripe para todas las personas de 60 años y más y contra el pneumococos para los que se encuentren hospitalizados o en refugios, por medio del Programa Nacional de Inmunizaciones. En el año 2006 la tasa de cobertura de vacunación de adultos mayores se situó en el 85,72%.

Acciones desarrolladas en el tratamiento y la rehabilitación de secuelas concurrentes de enfermedades crónicas – mediante protocolos específicos y con fortalecimiento de modelos alternativos de atención a los ancianos – entre los cuales destacan las estrategias de atención domiciliaria, hospital de día y centro de día –, así como el fortalecimiento de la atención en servicios de rehabilitación, con la orientación de profesionales cualificados en el área de geriatría y de gerontología.

Programa de Educación Permanente en Envejecimiento y Salud de los Adultos Mayores

La educación permanente del trabajador del SUS es una de las prioridades del Ministerio de la Salud. Rovere sintetiza la Educación Permanente en Salud como “la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios cuya finalidad es mejorar la salud de la población. Aplicada en el área del envejecimiento y salud de la población adulta mayor, la educación permanente asume relevancia estratégica como una herramienta más de gestión

para la mejora de los procesos de trabajo en salud que implican la atención de los adultos mayores.

El Ministerio de la Salud, a través del Área Técnica de Salud del Adulto Mayor, firmó un convenio con el servicio de Educación a Distancia de la Escuela Nacional y Salud Pública para la implantación de un Curso de Perfeccionamiento en Envejecimiento y Salud de la los Adultos Mayores. Este curso se ofrecerá en la modalidad de educación a distancia, con una carga horaria de 180 horas, con un inicio previsto para agosto de 2007. En este primer curso se convocan 500 plazas para las regiones Norte y Nordeste. Tendrán prioridad en la asignación de estas plazas los profesionales de nivel superior que actúan en la atención básica, en especial en la estrategia de salud de la familia. Se espera que al final de este proceso se tenga un material y una metodología debidamente validadas para que sean utilizadas por aquellas Secretarías.

Cartilla de Salud de Adultos Mayores

Se trata de un instrumento de ciudadanía a través del cual los adultos mayores tendrán a su disposición informaciones relevantes sobre su salud posibilitando un mejor acompañamiento por parte de los profesionales de salud. Estos, por su parte, tendrán la posibilidad de planear y organizar las acciones de promoción, recuperación y mantenimiento de la capacidad **funcional**¹⁹ de las personas asistidas por los equipos de salud. La cartilla, por lo tanto, será un instrumento de identificación de situaciones de riesgo potenciales para la salud de la persona adulta mayor. La implantación de la cartilla se dará inicialmente a partir de los equipos del programa de salud de la familia (PSF) y será acompañada por un Manual desarrollado para los profesionales de salud con el objetivo de su correcta aplicación y manejo.

Prevención de enfermedades crónicas vinculadas con la vejez

El cuadro epidemiológico ha impactado el área de salud pública en Brasil y el desarrollo de estrategias para el control de las enfermedades y dolencias no transmisibles (Coordenação Nacional para Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis DANT) se convirtió en una prioridad para el Sistema Único de Salud (SUS). La vigilancia epidemiológica de las DANT y de sus Factores de Riesgo es de fundamental importancia para la implementación de políticas públicas desarrolladas para la prevención y el control de esas enfermedades además de la promoción general de la salud.

La Secretaría de Vigilancia en Salud (SVS), por medio de la Coordinación-General de Vigilancia de Dolencias y Enfermedades No-Transmisibles - *CGDANT -, ha trabajado para coordinar, fomentar y desarrollar estudios e investigaciones para la identificación y el seguimiento de

¹⁹Se entiende por capacidad funcional la capacidad del individuo para realizar actividades físicas y mentales necesarias para el mantenimiento de sus actividades básicas e instrumentales, es decir: ducharse, vestirse, realizar la higiene personal, transferirse, alimentarse, mantener la continencia, preparar comidas, control financiero, tomar medicamentos, arreglar la casa, hacer compras, usar transporte colectivo, usar teléfono (AIVDs) y caminar una cierta distancia.

factores de riesgo, análisis y evaluación de las acciones de promoción de la salud, prevención y control de las DANT.

El Ministerio de la Salud implementó en el año 2000 un plan integrado por la Sociedad Brasileña de Cardiología, de Nefrología y de Diabetes, las Secretarías Provinciales y Municipales de Salud y los Consejos Nacionales de Salud para combatir la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. Afrontando la morbilidad cardiovascular y la calidad de vida de la población.

Guatemala

Desde el **Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles** y el **Programa del Adulto Mayor** están trabajando en siete temas, de los que se consideran son estos los que va a contribuir para evitar o paliar las enfermedades crónicas vinculadas a la vejez.

1. Actividad Física, 2.- Sal, 3.- Grasas Trans, 4.- Agua 5.- Tabaco, 6.- Cinco Frutas y Verduras y 7.- Stress.

Diabetes:

Actualmente se esta realizando un proyecto de la Mejoría a la Atención del Paciente diabético, en dos Hospitales Nacionales y en dos Centros de Salud, este proyecto va encaminado a poderlo desarrollar en todo el país , creando clubes de diabéticos capacitando a personal de enfermería, Trabajadoras Sociales, y especialmente a Médicos de Consulta externa, en uno de los Hospitales ya se creo la clínica del paciente diabético, la cual fue creada por las necesidades creadas de atender a esta población.

Hipertensión:

De igual manera se esta realizando acciones para mejorar la atención del paciente hipertenso, actualmente se esta programando una encuesta a nivel Nacional de Diabetes e Hipertensión, la cual es derivada de una pequeña investigación que se realizo en un Municipio del departamento de Guatemala donde se encontró que el 8.6% de la población es hipertensa.

Chile

Acciones de prevención:

- Plan de vacunaciones
- Programa de alimentación complementaria para el Adulto Mayor (PACAM).
- Proyecto de actividad física integral.
- Control anual de Salud.
- Controles periódicos de enfermedades.

Acciones de recuperación:

- Consultas de morbilidad: los adultos mayores que lleguen con cualquier tipo de enfermedad al consultorio u hospital son atendidos dentro de las 48 horas desde que solicita atención
- Programa de Atención ambulatoria de Especialidades (aquí se incluyen Atención de Patologías AUGE): Conjunto de acciones focalizadas en consultas oftalmológicas y entrega de lentes, atención de otorrino y entrega de audífonos, atención integral odontológica y transferencia gratuita de sillas de ruedas, bastones, andadores, colchón y cojín antiescaras.
- Guías Clínicas para: Trastornos Cognitivos y Demencias, Depresión, Artrosis, Artritis Reumatoidea, Hipoacusia, Cardiovascular: HTA, DM, Ayudas Técnicas, Vicios de Refracción.

Unidades de Rehabilitación Integral Comunitaria:

- Manejo del Dolor Osteoarticular, Ejercicios de Mantenimiento y Mejoramiento de la Funcionalidad, Atención de Secuelas de AVC, Atención de enfermos de Parkinson, Atención de AM Ciegos y de Baja Visión y Entrega de Ayudas Técnicas.

Chile. Principales atenciones de salud realizadas a adultos mayores durante el año 2006		
Atención		Número Adultos Mayores
Control por hipertensión arterial		635.031
Cirugías de Catarata		21.000
Endoprótesis de Caderas		1.520
Entrega de lentes		62.000
Ayudas técnicas	Bastones	7.480
	Andadores	1.855
	Sillas de rueda	4.250
	Colchones y cojines antiescaras	1.180

Fuente: Datos de administración

Entre las prestaciones de salud dirigidas al Personas Mayores, es importante la eliminación del Copago para mayores de 60 años en el sistema de salud público. Los beneficiarios anteriormente debían cubrir entre el 10% y el 20% del valor de la prestación al atenderse en Establecimientos Públicos. Con la iniciativa, los usuarios del sistema público contarán con atención completamente gratuita.

Programa de Postrados

Este programa se propone mejorar el cuidado y la calidad de vida, tanto de las personas con postración severa y/o con pérdida de autonomía, como de su entorno familiar, principalmente mediante el apoyo a los cuidadores familiares. Las acciones para lograr este objetivo son:

- Capacitación a cuidadores con el objeto de velar por la condición y calidad del cuidado al interior del domicilio.
- Apoyo y asistencia técnica de un equipo de salud a personas con postración permanente a través de visita domiciliaria.
- Entrega de salario para el cuidador de personas postradas, en situación de indigencia y pobreza

Costa Rica

Las instituciones públicas y privadas, organizaciones, asociaciones y federaciones que desarrollan programas dirigidos a la población adulta mayor, incorporan diversas actividades con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Entre las que se pueden mencionar:

- Ferias de Salud e integrales de la población adulta mayor
- Campañas de educación e información
- Elaboración y distribución de material escrito
- Clínicas de Crónicos (Diabetes, Hipertensión, Obesidad, Enfermedades Terminales)
- Formación de Grupos de adultos mayores en áreas de salud
- Visita domiciliar por los asistentes de atención primaria y equipos interdisciplinarios en el primer nivel de atención
- Los Juegos Dorados (una vez al año)
- Acceso a servicios de salud en los tres niveles de atención (CCSS)
- Campañas de vacunación en la población adulta mayor (Hemophilus Influenzae, Toxoide Tetánico)
- Campañas de educación para erradicar el Dengue
- Campañas de educación vial, previniendo accidentes de tránsito
- Campañas contra el fumado y el consumo de drogas(Tabaco, alcohol, drogas)

La Caja Costarricense de Seguridad Social

Por mandato constitucional y de acuerdo a la ley de universalización del servicio de salud de 1961, la CCSS es la institución responsable de proveer servicios públicos del servicio de salud y maternidad a toda la población.

La provisión de servicios está a cargo de establecimientos organizados en tres niveles de atención, relacionados entre si por el sistema de referencia y contra referencia.

La Atención Integral a la Salud comprende lo siguiente:

- a. Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación
- b. Asistencia médica especializada y quirúrgica
- c. Asistencia ambulatoria y hospitalaria
- d. Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos
- e. Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete
- f. Asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular.
- g. Asistencia social, individual y familiar.

Para demandar los servicios, los asegurados deberán acreditar su condición con los documentos que exija la Caja (tarjeta de comprobación de derechos u orden patronal, cédula de identidad o documento de similar rango, carné de asegurado, o cualquier otro que se considere conducente para la identificación correcta de quien demanda tales servicios). Cuando un usuario utilice documentos de asegurado que no le pertenezcan con el fin de

recibir atención médica, el Director del centro asistencial respectivo estará en la obligación de denunciar los hechos ante el Ministerio Público o los tribunales represivos correspondientes. El no cumplimiento oportuno de esta obligación, sin justa causa, se calificará como falta grave para los efectos laborales y administrativos. Si el asegurado se presenta sin los documentos que lo acrediten como tal, será atendido si se trata de urgencia o de emergencia, pero si no acredita su condición dentro de los cinco días posteriores a la fecha en que concluyó la atención médica, el servicio le será cobrado por las vías que fueren pertinentes.

Los requisitos de acceso a los servicios de salud en la CCSS responde a la modalidad de aseguramiento (obligatorio, voluntario, con cargo al estado, pensionado y jubilado, por convenio especial o beneficiario).

En cuanto a los servicios privados de salud se debe señalar que ese subsector cuenta con una red de establecimientos de diferente grado de complejidad desde simples consultorios hasta grandes hospitales, este subsector tiene 2 fuentes de financiamiento: 1 el pago directo de los usuarios y en forma menos importante el pago que recibe de organismos públicos como el INS y la CCSS, quienes compran servicios para atender la enfermedad ocupacional y la enfermedad general de sus afiliados

Cuidados de larga duración

En la Caja Costarricense del Seguro Social, funcionan los siguientes programas:

En el Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes, se cuenta con el Hospital de Día, este servicio ofrece asistencia tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios, la asistencia está orientada por el equipo integral de geriatría (Psicólogo, médico, fisiatra y trabajador social), enfermera y auxiliar de enfermería quienes valoran los diferentes factores de riesgo. Los requisitos de acceso son que la persona realice actividades de la vida diaria para fomentar el autocuidado, el ámbito de acción es el área metropolitana.

Asimismo en este hospital funciona la Unidad de Cuidados Comunitarios. Esta unidad brinda atención geriátrica en el hogar a personas adultas mayores de alto riesgo y que por su condición de fragilidad, les es sumamente difícil trasladarse a los centros de atención. Cuenta con un equipo multidisciplinario conformado por médico geriatra, enfermera, trabajador social, nutricionista, odontólogo y terapia respiratoria. Este equipo realiza visitas a domicilio a personas adultas mayores para brindar cuidados, control y seguimiento a su condición de salud, ámbito de acción área metropolitana.

En el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia funciona el programa de Cuidados Comunitarios, dirigido a personas adultas mayores, con enfermedades en estado crónico, cuenta con un equipo multidisciplinario y brinda asesoría permanente de forma personalizada y telefónica. Se utilizan dos criterios de selección:

a) Administrativo: mayores de 60 años, que pertenezcan al área de atracción, que sea alguien valorado y referido por el Hospital Calderón Guardia

b) Clínico: Una vez superado el criterio administrativo, se debe valorar el paciente para determinar si tiene alguna dependencia física o mental que ponga en riesgo su bienestar en caso de trasladarse al hospital para sus citas. Esta valoración la realiza un equipo interdisciplinario (médico, enfermería, psicología, trabajo social, personal administrativo y logístico).

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, mediante la firma de convenios con los hogares de ancianos, financia proyectos de atención domiciliar en el escenario comunal dirigidos a población adulta mayor.

Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia

En la Caja Costarricense Seguro Social se ofrece a toda la población asegurada y se contemplan en el Reglamento del Seguro de Salud, en los artículos: 15, 24, 47 y 48.

El Seguro de Salud cubre, de acuerdo con las regulaciones que adelante se indican, las siguientes prestaciones:

- a. La Atención Integral a la Salud
- b. Prestaciones en Dinero
- c. Prestaciones Sociales.

El contenido de dichas prestaciones, será determinado según las posibilidades financieras de este Seguro.

Las prótesis dentales, se otorgarán en los centros asistenciales de la Caja que presten este servicio, de acuerdo con las regulaciones específicas que dicte la Gerencia de División Médica

Las prestaciones en dinero comprenden:

- a. Subsidios y ayudas económicas por incapacidad o por licencia.
- b. Ayuda económica para compra de prótesis, anteojos y aparatos ortopédicos.
- c. Ayuda económica para traslados y hospedajes
- d. Ayuda económica para gastos de funeral, en caso de fallecimiento del asegurado directo activo o de su cónyuge o compañero.
- e. Ayuda económica por concepto de libre elección médica.

El servicio de prótesis dentales se considera como una prestación en dinero. Si el asegurado o la asegurada directa deciden contratar la confección de la prótesis en clínicas particulares, la Caja le podrá reconocer una suma equivalente al costo institucional.

La Caja concederá, mediante un sistema de copago, anteojos a todos aquellos asegurados que así lo requieran. El monto por pagar por parte del asegurado, lo establecerá anualmente la Junta Directiva, para lo cual la Gerencia de la División Financiera le someterá a consideración el modelo tarifario elaborado de acuerdo con los cálculos actuariales, que al efecto brinde la Dirección Actuarial y de Planificación Económica.

En el caso del asegurado por cuenta del Estado y beneficiarios del Régimen No Contributivo de Pensiones, podrán otorgarse anteojos sin cargo directo al asegurado.

Si se presentaren situaciones de fuerza mayor o exceso de demanda, la Caja podrá reconocer una ayuda económica para la compra de anteojos en las ópticas privadas, sin que exceda sus propios costos.

Programas de formación e investigación en gerontología y geriatría

PROGRAMAS DE FORMACION:

Nombre del Programa: Maestría de Gerontología

Título reconocido e institución que lo otorga: Master, Universidad de Costa Rica

Destinatarios: Profesionales provenientes de cualquier disciplina o del conocimiento.

Duración total: 24 meses

Metodología de enseñanza-aprendizaje: Presencial y tutorial.

Sistemas de Evaluación: Teórico y práctico.

Cantidad de egresados por año (últimos 5 años): de 1994 a la fecha se han graduado 59 profesionales.

Costo total en USD: \$3.000,00

PROGRAMAS DE FORMACION:

Nombre del Programa: Especialidad en Geriatría.

Título reconocido e institución que lo otorga: Especialista, Universidad de Costa Rica

Destinatarios: Médicos generales. Duración total: 5 años.

Metodología de enseñanza-aprendizaje: Teórico práctico.

Sistemas de Evaluación: Teórico y práctico.

Cantidad de egresados por año (últimos 5 años): Se han graduado 28 especialistas en Geriatría y Gerontología.

Costo total en USD: \$6.500,00

5.4. Caracterización de los principales servicios sociales de atención a mayores en Europa

5.4.1. El Servicio de Teleasistencia Domiciliaria

Descripción

La Teleasistencia domiciliaria es un servicio que, a través de la línea telefónica y con unos equipamientos específicos informático y de comunicaciones, ubicados en un Centro de Atención y en el domicilio de los usuarios, permite a personas en situaciones de riesgo por razones de edad, discapacidad o limitación de su autonomía, disponer de un sistema de control domiciliario permanente (24 horas al día los 365 días del año) y solicitar asistencia en caso de emergencia.

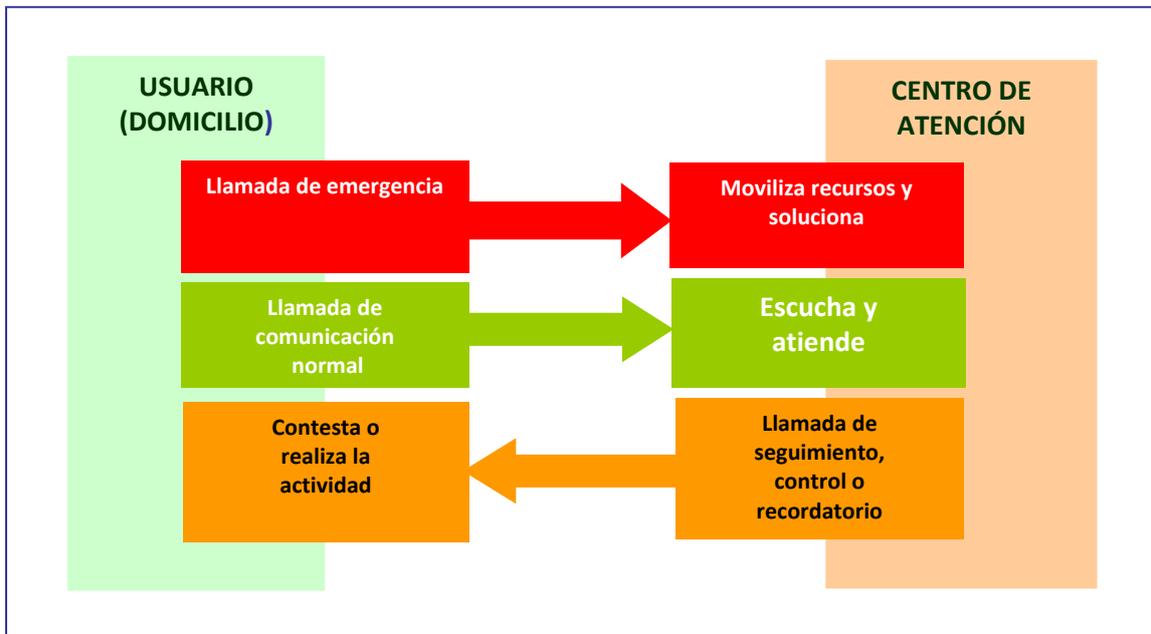
El servicio de Teleasistencia se presta mediante un sistema de telecomunicación bidireccional, de tipo “manos libres”, que permite poner en contacto al usuario que se encuentra en su domicilio, mediante la pulsación de un pequeño dispositivo que lleva constantemente puesto, con un Centro de Atención que cuenta con medios tecnológicos y con un equipo de profesionales especialmente formados para atender y resolver adecuadamente las distintas situaciones que se presenten, bien a través de una comunicación directa desde el Centro de Atención (por ejemplo, tranquilizando al usuario, facilitándole la información que necesita o transmitiéndole determinadas instrucciones), o movilizándolo otros recursos humanos o materiales, propios o existentes en la comunidad.

Por su amplitud de horario (el servicio está disponible las 24 horas del día todos los días del año) la Teleasistencia puede ser complementaria del Servicio de Ayuda a Domicilio, de los Centros de Día y de otros servicios que se presten en el entorno de las personas a las que va dirigido, garantizando una atención y apoyo permanentes ante emergencias, crisis de soledad o cualquier otra circunstancia que precise de atención.

El servicio de Teleasistencia no se limita a atender las demandas que ocasionalmente puedan plantear de los usuarios, sino que también contempla actuaciones programadas, contactando periódicamente con los usuarios con el fin de realizar un seguimiento permanente, mantener actualizados sus datos e intervenir en forma preventiva si las circunstancias lo aconsejan. Además, se mantiene una agenda de usuario, que permite recordarle determinadas actividades o hábitos que debe realizar de forma esporádica o periódica (toma de medicamentos, visita al médico) o determinados eventos de importancia para su vida social y de relación (fechas de cumpleaños de familiares o amigos, etc.). En el gráfico que se incluye en la página siguiente se muestra un esquema del funcionamiento básico del servicio.

Se trata, pues, de un servicio de carácter preventivo, que debería formar parte de la oferta básica de atención domiciliaria, prestándose de forma automática a todas las personas mayores y con discapacidad que lo solicitaran, y, en todo caso, a las que sean usuarias de los servicios sociales comunitarios (Ayuda a Domicilio, Centro de Día, Apartamentos tutelados, etc.).

Funcionamiento del Servicio de Teleasistencia



Objetivos

El Servicio de Teleasistencia persigue los siguientes objetivos:

- Contribuir a que las personas mayores y/o con discapacidades permanezcan en su domicilio con plena seguridad, facilitando al mismo tiempo el contacto con el entorno sociofamiliar.
- Mejorar la calidad de vida de las personas que con avanzada edad, discapacidad funcional, aislamiento social y/o parcial dependencia de terceros, desean seguir permaneciendo en su entorno habitual, evitando con ello los grandes costes personales, sociales y económicos que el desarraigo del medio conlleva.
- Asegurar la intervención inmediata ante crisis personales, sociales o de salud, proporcionando seguridad y movilizando los recursos necesarios y así evitar ingresos innecesarios en Centros Residenciales.
- Disminuir la sobrecarga del cuidador, proporcionándole tranquilidad al saber que hay un equipo técnico y humano capaz de apoyar y resolver las incidencias sociales y/o sanitarias que puedan ocurrir.

Usuarios

Los usuarios típicos del servicio de Teleasistencia son las personas mayores y las personas discapacitadas en situación de riesgo psicosocial o físico, que vivan solas o que permanezcan solas gran parte del día.

Los usuarios del servicio de Teleasistencia deberán tener las necesidades básicas de vivienda, alimentación e higiene personal y del domicilio cubiertas. También es necesario que dispongan de una línea de teléfono contratada y de suministro eléctrico.

El servicio de Teleasistencia domiciliaria se dirige, de forma prioritaria, a las personas que, reuniendo los perfiles antes detallados, se encuentren en alguna de las situaciones siguientes:

- Situación de temor y angustia motivados por el aislamiento social y/o desarraigo.
- Situación de riesgo por avanzada edad, discapacidad o enfermedad.
- Situación de aislamiento y desarraigo geográfico y/o social.

Hay también algunas situaciones personales que impiden hacer un uso adecuado del servicio. En concreto, se desaconseja incorporar como usuarios a:

- Las personas con enfermedades mentales graves, incluidas las demencias, debido a que el manejo del sistema requiere de cierto nivel comprensión y discernimiento, salvo que vivan continuamente acompañadas por familiares o por otras personas.
- Las personas con deficiencias notorias de audición y/o expresión oral, ya que el sistema se basa en la comunicación verbal entre el usuario y el centro de atención.

No siempre hay un solo usuario del servicio en cada domicilio. Cuando conviven varias personas que pueden necesitar asistencia, lo normal es que todas ellas sean usuarias del servicio, aunque sólo se instala un terminal. Desde esta perspectiva, se pueden distinguir tres tipos diferentes de usuarios:

- *Usuario titular del servicio*, que es aquel que, reuniendo todos los requisitos para recibir el servicio, dispone del terminal de teleasistencia y de la unidad de control remoto.
- *Usuario con unidad de control remoto adicional*. Cuando hay otra persona que convive con el usuario principal y que también reúne los requisitos para recibir el servicio, se le dota de una unidad adicional de control remoto que le permite recibir el servicio a través del terminal de teleasistencia instalado en el domicilio.
- *Usuario adicional sin unidad de control remoto*. Cuando una persona carece de capacidad física, psíquica o sensorial para poder solicitar atención por sí misma pero convive con alguien que sí puede hacerlo, puede ser usuario del servicio si la otra

persona también lo es. En este caso no se le dota de una unidad de control remoto adicional, pues las peticiones de asistencia las realizaría la persona con la que convive.

Modalidades de prestación

El servicio de Teleasistencia Domiciliaria puede prestarse con y sin unidades móviles de atención. La operativa y la estructura de costes difieren sustancialmente en ambos casos.

Servicio sin Unidad Móvil

En esta modalidad de prestación, el servicio de Teleasistencia se brinda exclusivamente desde el centro de atención, tratando las distintas situaciones que se presentan bien con la sola intervención de los profesionales de la central o bien movilizando los recursos públicos disponibles en la zona y los recursos privados con los que cuente el propio usuario.

Para ello, el centro debe disponer de un fichero, exhaustivo y permanentemente actualizado, de los recursos existentes en la localidad de residencia de los usuarios y en sus zonas de influencia. Asimismo, en la ficha del usuario deberán figurar los datos de las personas a las que se puede recurrir en situaciones de crisis o emergencia, y de los servicios privados de atención a los que pudiera estar suscrito.

Como ya se ha indicado, el apoyo directo a los usuarios se presta, en esta modalidad, fundamentalmente el centro de atención (la excepción la constituyen las visitas que los supervisores puedan realizar al domicilio para realizar el seguimiento de los casos y actualizar la información sobre los mismos). Es, por tanto, primordial que al producirse una situación de crisis, el centro permanezca en contacto con el usuario hasta que la situación se resuelva. También es esencial que, ocurrida una situación de crisis, se programen las correspondientes agendas para los días sucesivos, hasta que se cierren las consecuencias no cronificadas de la crisis.

Servicio con Unidad Móvil

En esta modalidad de servicio, la atención a distancia se complementa con la atención presencial en los domicilios de los usuarios por el personal de las unidades móviles, en los casos en que esa atención se juzga necesaria, incrementando así la eficacia del servicio. Las actuaciones que desarrolla la unidad móvil son variadas, en función de la necesidad de atención sobrevenida a consecuencia de la situación de crisis o emergencia detectada por el centro de atención: tranquilizar a un usuario que ha sufrido una crisis de ansiedad, levantar a alguien que se ha caído, prestación de primeros auxilios, en tanto llegan al domicilio los servicios de atención sanitaria, etc.

Esta modalidad de prestación se suele establecer cuando el volumen de terminales de usuario en un determinado municipio supera una determinada cantidad (es habitual que se contemple a partir de los 500 usuarios). También es habitual establecer esta modalidad para una zona de intervención más amplia que un solo término municipal, cuando las comunicaciones y distancias permitan la actuación eficaz de una unidad móvil y en la zona de intervención existan suficientes terminales de usuario indicados. En estos casos, es usual prever la dotación

de una unidad móvil adicional por cada cupo de 500 nuevas terminales, para mantener una proporcionalidad entre el número de unidades móviles y el de usuarios atendidos.

Esta modalidad de prestación implica, por tanto, la dotación de vehículos y personal dedicados exclusivamente a la atención de los usuarios del proyecto, que han de permanecer comunicados permanentemente con el centro de atención a través de telefonía móvil. El personal adscrito a estas unidades deberá tener los conocimientos y formación adecuados a su cometido, en especial en materia de primeros auxilios, movilización de personas, pequeñas reparaciones domésticas, etc. Los vehículos también han de disponer de un equipamiento acorde con su cometido.

Con objeto de poder acceder a los domicilios de los usuarios en las situaciones de emergencia que impiden al propio usuario franquear la entrada, es aconsejable disponer de copia de las llaves de éstos, que deberán ser custodiada por la entidad prestadora del servicio.

Necesidades comunes a ambas modalidades

En cualquiera de las dos modalidades, cuando se lleven a cabo instalaciones y sustituciones de terminales, deberán realizarse pruebas para verificar el adecuado funcionamiento del sistema, realizando como mínimo:

- Llamada en recepción.
- Llamada en emisión.
- Llamada desde cada dispositivo de control remoto.

De igual forma, desde la central deben realizarse llamadas de contacto a los usuarios con carácter periódico (la periodicidad puede variar en función de las circunstancias personales de los usuarios, aunque se recomienda no espaciarlas más de 15 días). El objetivo es paliar el aislamiento de personas que viven solas facilitándoles una referencia que les recuerde que hay un servicio a su disposición listo para actuar en caso de necesidad.

Operativa del Servicio

Cuando el usuario provoca una alarma, los operadores del centro de atención son los encargados de atender de forma inmediata la llamada. Al instante aparecen en la pantalla del equipo informático del operador todos los datos del usuario (datos personales, sanitarios, sociales, recursos, etc.), así como un índice de ayuda (de activación opcional) que sirve de apoyo al operador siempre que lo necesite, recogiendo procedimientos de actuación ante cualquier incidencia. Las incidencias se pueden catalogar en:

- Sanitarias:
 - Enfermedad.
 - Caída en su domicilio.
 - Ahogo/Mareos.
 - Hemorragia, etc.
- Psicosociales:
 - Ansiedad / angustia.

- Soledad.
- Problemas familiares.
- Demencia acompañado de otra persona.
- Problemas con la vivienda, etc.
- Domésticas:
 - Siniestros.
 - Intentos de allanamiento o robo.
 - Problemas con el suministro eléctrico, fugas de agua, etc.
- Técnicas:
 - Primera instalación.
 - Seguimiento.
 - Agenda.
 - Incidencias con el terminal.

Niveles de atención

La actuación del Servicio de Teleasistencia, ante cualquier tipo de incidencia, contempla hasta tres niveles de atención, en función de las necesidades que han dado lugar a la incidencia:

Nivel 1. El primer nivel de atención comprende las actuaciones que pueden desarrollarse mediante el contacto telefónico que se establece entre el centro de atención y el usuario.

Una vez recibida la señal de alarma a través de la central receptora, las actuaciones que se realizan son las siguientes:

- Se procederá a identificar al usuario que ha emitido la llamada a través de los datos que aparecen en la pantalla del software de gestión de Teleasistencia.
- El operador mantendrá contacto directo con el usuario, a través de la línea telefónica, prestándole atención psicológica e informándose lo más ampliamente posible del tipo y gravedad de la incidencia
- A partir de la información recogida y del resultado del tratamiento directo empleado, se determinará si finaliza la atención o es necesario pasar al segundo nivel:

Nivel 2. El segundo nivel de atención, que supone la atención directa prestada por medios propios (equipo móvil de asistencia), por recursos especializados de la comunidad (profesionales sanitarios, policía, bomberos, etc.) o por vecinos o familiares del usuario en su domicilio, entra en funcionamiento en los siguientes casos:

- Cuando el centro de atención no ha podido mantener un diálogo con el usuario que ha emitido la señal de alarma.
- Cuando el centro de atención ha podido mantener un diálogo con el usuario que ha emitido la señal de alarma, pero considera que la situación planteada necesita asistencia especializada.

En cualquiera de estas dos situaciones, el operador del centro de atención procederá a realizar lo siguiente:

- Se pondrá en contacto con el equipo móvil de asistencia (EMA), que se desplazará al domicilio del usuario. El EMA solucionará el problema planteado (fin de la asistencia) o comunicará con el operador del centro de atención para solicitar ayuda suplementaria. En el caso de servicio sin unidad móvil, en vez de llamar al equipo móvil para que se traslade al domicilio, se llamará al contacto del usuario con llaves más cercano o asequible para que sea él quién se acerque al domicilio del mismo a prestar apoyo.
- En el caso de que se requiera otro tipo de ayuda, el operador contactará con los recursos sanitarios, civiles, sociales, etc. que se necesiten, según las indicaciones que le ha transmitido el oficial del equipo móvil, para asegurar que se le preste el apoyo y asistencia especializada que necesite en su propio domicilio. Igualmente, contactará con los allegados del usuario (familiares, amigos, etc.), a fin de informarles de la situación.

Durante esta etapa el oficial de unidad móvil o la persona de contacto que ha acudido al domicilio permanecerán en casa del usuario y, junto con los profesionales desplazados, determinarán si es necesario pasar al tercer nivel de atención o si puede darse por terminada la incidencia.

Nivel 3. El tercer nivel de atención supone el traslado del usuario a un centro especializado en la atención del tipo de incidencia específica que le afecte. Este traslado se deberá realizar a través de un vehículo apropiado (ambulancia, coche patrulla de Policía, etc...).

En caso de haberse llegado al tercer nivel, la atención finalizará con el ingreso del usuario en el centro especializado o con su traslado de nuevo al domicilio. Una vez finalizada la atención de la incidencia, desde el centro de atención se realizan las llamadas de seguimiento que sean necesarias hasta que la situación se normalice.

Seguimiento del Servicio

Desde el centro de atención, los operadores mantienen un contacto periódico con los usuarios del servicio.

Las llamadas de seguimiento se deben realizar, como mínimo, con una periodicidad quincenal, salvo cuando las circunstancias personales del usuario aconsejen realizarlo con mayor frecuencia, como ocurre en el caso de que se haya producido una incidencia, en el que se realizará un seguimiento continuado hasta que se normalice la situación.

Los avisos programados en la agenda del usuario se deben realizar con la periodicidad requerida. Estos avisos son solicitados bien por el usuario (medicación, consulta médica, despertador, etc.), o bien por iniciativa de los profesionales del Servicio de Teleasistencia, para recordarle ciertas actividades (por ejemplo, para recordarle la felicitación de cumpleaños y onomástica de familiares y amigos), o simplemente para interesarse por su estado de ánimo o por su salud.

5.4.2. Servicio de Ayuda a Domicilio

El servicio de ayuda a domicilio (SAD) es la prestación más característica de los servicios sociales comunitarios. Responde a la necesidad de prestar servicios que no desarraiguen a los usuarios innecesariamente de su entorno familiar y vecinal.

Definición

La ayuda a domicilio se define como una prestación social básica del sistema público de Servicios Sociales, destinada a facilitar el desarrollo o mantenimiento de la autonomía personal, prevenir el deterioro individual o social y promover condiciones favorables en las relaciones familiares y de convivencia, contribuyendo a la integración y permanencia de las personas en su entorno habitual de vida, mediante la adecuada intervención y apoyos de tipo personal, socio-educativo, doméstico y/o social.

En lo esencial, el SAD ofrece una ayuda personal y/o determinados servicios en el domicilio de ciertos individuos (personas mayores, discapacitadas, enfermas, familias desestructuradas, etc.) cuya independencia funcional se encuentra limitada o que atraviesan una situación de crisis personal o familiar.

El contenido del SAD comprende, además del cuidado y atención personal a sus usuarios, la prestación de otros servicios considerados clave de cara a favorecer un aceptable grado de independencia en el funcionamiento de la vida diaria, tales como la limpieza del hogar, la preparación de comidas, la realización de determinadas gestiones, etc. También incluye, en algunos casos, prestaciones complementarias como reparaciones o adaptaciones de las viviendas, la instalación de aparatos o ayudas técnicas, el servicio de teleasistencia domiciliaria, el servicio de comidas o de lavandería a domicilio, etc.

Aunque el SAD es una prestación de los servicios sociales dirigida a toda persona en situación de riesgo de pérdida de niveles de independencia, la mayoría de sus usuarios son personas mayores.

Son pocos los programas de atención social que pueden presentar las cifras de crecimiento y expansión del SAD, y pocos también los que han tenido una aceptación y un reconocimiento similar por su papel en la calidad de vida de las personas mayores (aunque no sólo de ellas, ya que el SAD se presta también a otros sectores como discapacidad, familia e infancia, etc.).

Objetivos

- Incrementar la autonomía de la persona atendida, y la de su familia, para que aquélla pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible manteniendo control sobre su propia vida.
- Conseguir cambios conductuales en la persona tendentes a mejorar su calidad de vida.
- Facilitarle la realización de tareas y actividades que no puede realizar por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión.

- Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene, ejercicio físico...).
- Adecuar la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas.
- Potenciar el desarrollo de actividades en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona.
- Aumentar la seguridad y la autoestima personal.
- Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad.
- Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.
- Favorecer en la persona mayor sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes nihilistas y autocompasivas.

Organización y funcionamiento

Normalmente, la institución responsable de la prestación del SAD es el municipio o, en su defecto, otra corporación local de mayor ámbito territorial (mancomunidades, condados, etc.). En algunos lugares, la prestación se realiza con gestión directa de la corporación local, pero, en la mayoría de los casos, la gestión se concierta con alguna entidad prestataria, como puede ser una cooperativa, una institución sin ánimo de lucro o una empresa.

En cualquier caso, cuando se trata de un servicio público, la responsabilidad de su calidad corresponde siempre a la institución de la Administración de quien depende. Lógicamente, si se trata de servicios prestados por una empresa directamente, las leyes que rigen son las del mercado y serán los clientes quienes, en función de la oferta, decidan libremente sobre la que les resulta más conveniente.

Una cuestión añadida a la complejidad que en sí ya tiene una correcta organización de la atención domiciliaria es su falta de homogeneidad. No es lo mismo desarrollar el servicio de ayuda a domicilio en unos lugares que en otros. Las grandes ciudades, las zonas rurales con población dispersa, la idiosincrasia peculiar de cada ámbito territorial determinan una organización diferente. Tampoco es lo mismo organizar el servicio en un ámbito donde la existencia de recursos de atención es amplia que en lugares donde la nota fundamental es la escasez o precariedad de ellos.

Otra cuestión de interés a la hora de realizar el diseño de la intervención en la atención domiciliaria es la determinación de tareas que asumen los allegados y las complementarias del voluntariado porque el servicio de ayuda a domicilio nunca deben debilitar y, mucho menos, destruir las redes naturales de atención a las personas a las que se atiende, ya provengan éstas

de relaciones amistosas, de buena vecindad, de la familia o de las organizaciones de voluntariado.

Por ello, siempre ha de tenerse en cuenta qué parte del cuidado y atención que requiere una persona con problemas de dependencia puede y va a ser asumido por las mencionadas redes, con el fin de planificar el resto de la ayuda para que la lleven a cabo los auxiliares de ayuda a domicilio y los servicios sanitarios en la parte que les compete.

El rol de los trabajadores de atención domiciliaria

Los trabajadores de los servicios de atención domiciliaria no deben actuar de manera aislada, sino que deben configurarse siempre como integrantes de un equipo de trabajo. El papel polivalente que cumplen, su estrecha relación con la persona, con la familia de ésta y otros allegados, así como con otros profesionales, fundamentalmente de los servicios sociales, pero también la potencialidad de hacerlo con los sanitarios, confieren a esta profesión un marcado carácter dinámico.

El responsable del servicio de ayuda a domicilio es, normalmente, un trabajador social o un profesional de enfermería, y a él le corresponde marcar las pautas de actuación inicial: tareas a desarrollar en el domicilio, tiempo de dedicación a las mismas, etc. También este profesional es el responsable del seguimiento de cada caso y debe resolver todas las cuestiones, dudas y consultas que les sean planteadas por los auxiliares de ayuda a domicilio. Por su parte, éstos, además de cumplir escrupulosamente con la realización de sus tareas, deben mantener contacto permanente con el responsable del SAD para informarle del desarrollo de su trabajo y de los cambios que hayan podido darse en las circunstancias del usuario, con el fin de que pueda reorientarse el plan de trabajo previamente determinado.

Además del necesario y permanente contacto con el responsable de la organización del servicio, los trabajadores de atención domiciliaria, en ocasiones, sobre todo en los casos de graves dependencias que requieren cuidados especiales, deben establecer también contacto con los profesionales sanitarios, a quienes deben trasladar los cambios detectados, y de quienes recibirán las indicaciones y orientaciones precisas para realizar mejor su trabajo.

Esta intermediación entre los servicios sanitarios y los trabajadores del servicio de ayuda a domicilio es especialmente necesaria cuando no existen familiares u otras personas allegadas que se ocupen de la persona a la que se atiende, pues ésta puede que no comprenda bien lo que el médico le ha dicho sobre su cuidado o sobre cómo tomar la medicación, y también puede tener dificultades para trasladar los síntomas experimentados o los cambios en su estado de salud.

5.4.3. Centros de Día para Mayores

Definición

Los Centros de Día son equipamientos de servicios sociales no residenciales destinados a proporcionar una atención integral (socio sanitaria, preventiva y rehabilitadora) al colectivo de mayores en régimen diurno. A través de estos equipamientos se prestan los servicios de

transporte entre el domicilio y el centro, comida, aseo, atención sociosanitaria, tratamiento rehabilitador (fisioterapia y terapia ocupacional) y apoyo psicológico.

Los Centros de Día se organizan alrededor de la atención a las personas mayores dependientes que, por sus circunstancias personales y familiares, pueden seguir residiendo en su domicilio familiar, pero necesitan una atención continuada y especializada durante la jornada diurna.

Objetivos

Los Centros de Día han de hacer posible cubrir la doble finalidad de mejorar la calidad de vida de las personas mayores dependientes, proporcionándoles la atención integral y los servicios de rehabilitación que necesitan, y permitir a los miembros de su familia compatibilizar su cuidado con la realización de sus respectivos proyectos vitales. Entre sus objetivos destacan los siguientes:

Objetivos en relación con la persona mayor dependiente

- Proporcionar una atención sociosanitaria que prevenga y compense su pérdida de autonomía personal, que permita recuperar y/o mantener el mayor grado de independencia posible, así como retrasar o prevenir el incremento de la dependencia, mediante la potenciación y rehabilitación de las capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
- Desarrollar la autoestima y favorecer un estado psicoafectivo adecuado, fomentando las relaciones interpersonales entre los usuarios y creando un ambiente próximo al familiar.
- Facilitar la permanencia de los mayores en su medio habitual, mejorando las condiciones de atención en situaciones precarias y limitando la institucionalización a los casos estrictamente necesarios, evitando o retrasando institucionalizaciones no deseadas o desaconsejables.

Objetivos en relación con la familia cuidadora

- Proporcionar tiempo libre y descanso.
- Proporcionar orientación y asesoramiento.
- Dotar de conocimientos y habilidades y desarrollar actitudes que contribuyan a una mejora de la calidad de los cuidados dispensados a la persona mayor.
- Desarrollar habilidades que permitan reducir el estrés y mejorar el estado psicofísico de los cuidadores, reduciendo el riesgo de claudicación en los cuidados.
- Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de los cuidadores.
- Favorecer la colaboración de la familia con el centro.

Además, el Centro de Día ha de ser capaz de proporcionar a los cuidadores profesionales que en él actúan, a través de la formación continua, los conocimientos y habilidades que aseguren la provisión de una atención integral cualificada y el adecuado manejo del estrés laboral, y ha de favorecer el establecimiento de un clima social propicio para las interacciones positivas y la satisfacción laboral.

Objetivos específicos del servicio de respiro familiar

El servicio de respiro familiar es un programa social que se desarrolla en algunos centros de día y residencias a través de un conjunto de actividades durante los fines de semana (sábados y/o domingos), en régimen diurno, no residencial. Sus objetivos son los siguientes:

- Facilitar apoyo a las familias que atienden a personas dependientes.
- Proporcionar la guarda del mayor durante el horario que acude al Centro.

Organización y funcionamiento

Características de los usuarios

Los usuarios de los centros de día para mayores tienen el siguiente perfil:

- Mayores de 65 años (en algunos casos, mayores de 60 años). No se aplica el límite de edad cuando el usuario presente diagnóstico de Alzheimer u otras demencias.
- Afectados por algún deterioro psico-físico y social que haga aconsejable su atención en un Centro dotado de servicios socio sanitarios y rehabilitadores.
- Que no padezca enfermedad infecto-contagiosa o crónica en estado terminal.
- Que no sufra trastornos mentales que dificulten gravemente la normal convivencia en el Centro de Día. En este sentido, deben excluirse pacientes con problemas de conducta importantes como comportamientos violentos para sí mismos o los demás, agitación intensa, perturbaciones psicóticas u otros que requieran vigilancia permanente por sus cuidadores y que no puedan controlarse con la terapia adecuada.
- Que no precisen una atención permanente y continuada de índole sanitaria en un centro sanitario, residencial o centro de convalecientes.

Los usuarios de los Centros de Día provienen, en su mayoría, del entorno en el que está situado cada centro. Esto confiere a los Centros de Día algunas características de especial importancia:

- Situación cercana al domicilio de los usuarios, que contribuye a que las personas mantengan su red natural de relaciones.

- Atención familiar cercana (en el caso de que los usuarios vivan con sus familiares).
- Posibilidad de coordinación con otros agentes sociales y sanitarios del entorno.

Los usuarios de los Centros de Día pueden tener diferentes grados de dependencia física y/o psíquica, lo que obliga a elaborar un proyecto de intervención individualizado, que les permita obtener el mayor beneficio posible de su estancia en el centro. Este proyecto de intervención personalizado será elaborado por el equipo multiprofesional del centro, teniendo en cuenta la valoración sanitaria realizada por los servicios médicos municipales y la valoración integral inicial que realiza el propio equipo multiprofesional del centro.

Forma de acceso

La determinación de los usuarios que acceden a los Centros de Día es, normalmente, responsabilidad de los Servicios Sociales municipales. Las plazas se solicitan en el Centro de Servicios Sociales correspondiente al domicilio del usuario, y la valoración social y determinación de la idoneidad del recurso es realizada por los trabajadores sociales municipales.

Servicios que se prestan

Los servicios que se prestan en los Centros de Día para mayores son los siguientes:

- Servicios sociosanitarios de atención técnica al usuario, su familia y sus cuidadores.
 - Valoración individual de necesidades y elaboración de un plan de atención integral y seguimiento.
 - Actividades culturales y recreativas, con entrenamiento de habilidades sociales.
 - Actividades educativas, dirigidas a incrementar el autocuidado y el fomento de hábitos saludables.
 - Actividades de fisioterapia o terapia ocupacional encaminadas a mantener las capacidades funcionales en las mejores condiciones posibles.
 - Actividades de estimulación cognitiva, adecuadas a la situación del usuario atendido.
 - Apoyo emocional al usuario y el cuidador.
 - Otras actividades dirigidas al mantenimiento de la autonomía personal y social del usuario y sus familiares o cuidadores.
- Transporte adaptado para facilitar el traslado de los usuarios desde su vivienda al Centro y viceversa en los casos en que sea necesario.
- Alimentación.
- Higiene personal, destinada a aquellas personas incontinentes o que no puedan asearse por sí mismas en sus domicilios.

Personal

La plantilla de personal de los Centros de Día para mayores incluye los siguientes perfiles profesionales:

- Trabajador Social.
- Enfermero.
- Fisioterapeuta.
- Terapeuta Ocupacional.
- Psicólogo (en los centros que atienden a mayores con Alzheimer u otras demencias).
- Auxiliares de Servicios Sociales.
- Conductores.
- Acompañantes de transporte.

Plan de intervención individual

La intervención en los Centros de Día para mayores se basa en la valoración previa, la fijación de objetivos personalizados para cada usuario, el diseño y aplicación de un plan personalizado de intervención y la evaluación de los resultados.

El plan de cuidados de los usuarios del centro de día, personalizado para cada usuario en función de la valoración de sus necesidades de atención, se basa en los siguientes elementos:

- Conocimiento y manejo en el entorno domiciliario.
- Redes de apoyo social (ayuda a domicilio, voluntarios, etc.).
- Formación e información a familiares.
- Coordinación con médicos especialistas de atención primaria.
- Utilización de otros recursos.
- Apoyo familiar y/o amigos.
- Rehabilitación e independencia.

Las reuniones de valoración y programación del equipo interdisciplinar del centro son la pieza clave de la elaboración del Plan de Cuidados.

5.4.4. Residencias para Mayores

Las Residencias para Mayores constituyen un recurso esencial en el desarrollo de las políticas sociales de alojamiento y convivencia diseñadas para atender a aquellas personas mayores que, por distintas circunstancias personales o familiares, no pueden permanecer, de manera temporal o indefinidamente, en su propio domicilio. La importancia de este recurso se ve acentuada en el caso de aquellas personas que, por razones de invalidez física y/o psíquica se encuentran en situación de dependencia.

Definición

La Residencia para Mayores es el equipamiento de carácter social o sociosanitario que ofrece alojamiento, convivencia y atención integral continuada a las personas mayores que presenten algún grado tal de dependencia que dificulte o impida su permanencia en su domicilio habitual.

Las Residencias de Mayores pueden disponer, si su configuración lo permite, de pequeños módulos o áreas específicas de atención en los que no se pierda la identidad de los mayores, con el fin de facilitar una atención más personalizada. Un ejemplo de este tipo de módulos es la Unidad Especial de Atención a Demencias, que da respuesta a las necesidades especiales de atención a personas mayores con procesos de demencia avanzada, que puedan ocasionar alteraciones de la convivencia en el entorno residencial más normalizado. Estos módulos son, por lo general, de dimensión reducida, con el fin de conseguir una atención muy especializada, dirigida a las personas en estado de demencia avanzada.

Usuarios

Los criterios de ingreso en las Residencias para Mayores priorizan la atención de personas mayores dependientes que presentan diferentes tipos de necesidades de atención o cuidados y que no pueden ser prestados en su domicilio habitual. Los usuarios tienen, por lo general, los siguientes perfiles:

- Personas mayores con trastornos asociados a la edad que presentan determinada problemática social que imposibilitan que pueda valerse por sí mismos en su domicilio.
- Personas mayores con dependencia física como consecuencia de secuelas de enfermedades degenerativas o neurológicas, o con graves dificultades para la marcha por inmovilización prolongada, por alta senilidad, etc.
- Personas mayores con deterioro cognitivo, sin trastornos asociados del comportamiento.
- Personas mayores con deterioro cognitivo y trastornos asociados del comportamiento (procesos de demencia avanzada, que puedan ocasionar alteraciones de la convivencia en el entorno residencial más normalizado).

En relación a la distribución de los usuarios en los distintos módulos de las residencias, existen dos opciones claramente diferenciadas:

- Distribución de usuarios por nivel de deterioro.
- Distribución de usuarios de forma aleatoria, con independencia del nivel de deterioro que presente, excepto en los casos en los que puedan ocasionarse alteraciones graves de la convivencia por los trastornos de comportamiento asociados al deterioro.

Aunque cada opción tiene sus ventajas e inconvenientes, hay un amplio consenso a favor de la segunda la opción, partiendo de la premisa que el centro “debe adaptarse” a las necesidades y nuevas demandas de los usuarios y no ser el usuario el que tenga que adaptarse a una organización y funcionamiento previamente establecida, ya que se favorece la adaptación de la persona mayor, su continuidad y protección, una atención más adecuada y contribuye a una mejor organización y funcionamiento.

Servicios

Los servicios que se prestarán en las Residencia para Mayores son los siguientes:

- Servicios de alojamiento, cuidados personales y alimentación:
 - Uso de una habitación y zonas de convivencia.
 - Manutención.
 - Ropa de cama, mesa y aseo.
 - Lavado, repasado y planchado de ropa personal.
 - Prestación de la asistencia necesaria para la realización de las actividades elementales de la vida diaria (aseo higiene personal, vestido, alimentación), así como aquellas actividades encaminadas a la protección y salvaguarda de la integridad personal del mayor.
- Servicios de Atención social y psicológica:
 - Valoración de las circunstancias sociales de los usuarios
 - Promoción de la integración y participación en la vida del centro y en el medio en que éste se ubica.
 - Animación sociocultural y actividades de ocio y tiempo libre.
 - Relaciones con las familias de los usuarios.
- Servicios de atención médica, geriátrica y rehabilitadora y cuidados sanitarios:
 - Medicina preventiva y asistencial.
 - Desarrollo de programas de rehabilitación (fisioterapia, terapia ocupacional, entre otros), sin perjuicio de la utilización, en su caso, de los servicios sanitarios del sistema de Salud al que pueda estar acogido el usuario.
- Otros servicios:
 - Podología y Peluquería.
 - Servicios funerarios concertados para cuando los usuarios carezcan de la correspondiente póliza personal, o de medios económicos suficientes. La residencia se encarga de realizar los trámites en los casos de fallecimiento y enterramiento de personas sin familia o abandonadas de hecho por la misma.

Objetivos

Las Residencias para Mayores tienen como objetivo proporcionar alojamiento, convivencia y atención integral continuada a las personas mayores dependientes que no pueden seguir viviendo en su domicilio, promoviendo el mayor nivel posible de autonomía personal y participación social, y garantizándoles una adecuada calidad de vida.

En particular, los objetivos específicos que, en relación con las personas mayores dependientes, se plantean las Residencia para Mayores son los siguientes:

- Asegurar las adecuadas condiciones de alojamiento y convivencia de las personas mayores residentes, proporcionándoles un ambiente cálido y acogedor, respetuoso con su intimidad, sus preferencias y sus derechos.
- Proporcionar una manutención adecuada a las necesidades de las personas mayores residentes.
- Promover la integración y participación de las personas mayores residentes en la vida del centro y en el medio en que éste se ubica.
- Prestar la asistencia necesaria para la realización de las actividades elementales de la vida diaria y la protección y salvaguarda de la integridad personal del mayor
- Recuperar y/o mantener el mayor grado de autonomía personal posible.
- Retrasar o prevenir el incremento de la dependencia, mediante la potenciación y rehabilitación de las capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
- Desarrollar la autoestima y favorecer un estado psicoafectivo adecuado.
- Favorecer la relación del usuario con su familia y la colaboración de la familia con el centro.

Plan de cuidados

El Plan de Cuidados es el conjunto de actividades estructuradas que se aplican a las personas mayores usuarias de las Residencias para Mayores, en base a su situación funcional, sus enfermedades y sus problemas de salud asociados.

Son varios los aspectos que influyen a la hora de elaborar un Plan de Cuidados:

- Enfermedades que presenta la persona mayor
- Complicaciones o problemas asociados a la patología
- Síndromes geriátricos
- Problemática social
- Aspectos y/o enfermedades psicológicas

- Situación funcional
- Relaciones y apoyo familiar
- Nivel de adaptación al centro
- Capacidad de afrontamiento de su situación
- Respuesta demandada y esperada del Plan de cuidados

El Plan de Cuidados se concibe como la herramienta básica de intervención, que orienta la actividad de todos los profesionales de la residencia. A continuación se señalan algunos aspectos de especial importancia, que inspiran nuestro plan de cuidados:

- Sus objetivos se encaminan a la consecución del máximo nivel de independencia y autonomía de los usuarios, mediante la recuperación, rehabilitación y potenciación de sus capacidades residuales, y, cuando esto no es posible, del mantenimiento de la situación basal de los usuarios.
- La intervención se realiza desde una concepción holística de la persona, atendiendo todas sus necesidades y realizando la valoración e intervención sobre las esferas física, psíquica, social y funcional.
- El Plan de Cuidados se elabora y aplica contando con el residente y con su familia, manteniendo una comunicación constante acerca de la evolución de la situación funcional del usuario, los resultados esperados y obtenidos, y las modificaciones que en cada caso proceda introducir en el Plan.

El Plan de Cuidados es individualizado y específico. En función de la valoración realizada y la detección de necesidades, se establecen unos diagnósticos con unos objetivos concretos de intervención, después de establecer de forma coordinada la planificación de los mismos. Como todo proceso, la evaluación permite corregir errores, modificar actividades planificadas, detección de nuevas necesidades y en definitiva volver a reevaluar los objetivos.

Para establecer un Plan de Cuidados deben tenerse en cuenta:

- Los problemas relacionados con los diagnósticos del residente.
- Los problemas relacionados con las necesidades del residente cuando éste todavía no dispone de ningún diagnóstico.
- La opinión y demandas expresadas por el propio residente.
- El enfoque interdisciplinar en todas sus fases.
- Otro tipo de problemas del residente (alergias, factores de riesgo, etc.) para los cuales se hayan definido protocolos de actividades.

El Plan de Cuidados es el resultado de un trabajo interdisciplinar y en cuya elaboración en su fase inicial y en su ejecución y evaluación final intervienen de manera más o menos activa (en función del problema), todos los integrantes del equipo interdisciplinar.

6. Necesidades insatisfechas y retos de futuro en materia de salud de la población mayor y atención de la dependencia

6.1. Principales necesidades no cubiertas en materia de salud de las personas mayores y atención a la dependencia. Dificultades y condicionantes existentes. Niveles de calidad de atención y humanización de la salud.

En la medida que se envejece existe una creciente vulnerabilidad, aumentan las condiciones de fragilidad biopsicosocial, la dependencia económica y el abandono de las personas adultas mayores, entre otros factores. Para abordar esta situación, se requieren respuestas diversas y organizadas tanto del Estado como del resto de la sociedad.

La atención integral (biopsicosocial) centrada en la familia necesita ser complementada con el enfoque multidisciplinario, para así constituirse en la estrategia asistencial que responda de manera efectiva a las necesidades de los individuos, ya que toma en consideración su historia vital y sus entornos familiar y ambiental y desarrolla acciones en los ámbitos de la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados domiciliarios. Esta mirada biopsicosocial, se debe tener presente en todos los ámbitos de la red asistencial.

Desde esta perspectiva, corresponde a la atención primaria el contacto más cercano con la comunidad, sus organizaciones y sus recursos disponibles, lo que constituye en su conjunto el eje articulador del quehacer sanitario. A la atención primaria le corresponde establecer la pertinencia, oportunidad y tipo de intervención o derivación de la gran gama de problemas biológicos, psicológicos y sociales que afectan a la población a la cual sirve.

Para desarrollar un auténtico modelo de salud familiar, cada equipo interdisciplinario debe tener a su cargo un grupo de población determinada (sectorización), que permita otorgar cuidados continuos, con un enfoque biopsicosocial y familiar con énfasis en la prevención y promoción de la salud, procurando una participación progresiva de la comunidad. Este modelo contribuye a prestar a la familia una atención más integral, reconociendo la etapa del ciclo vital en que se encuentra, identificando las crisis evolutivas, y permitiendo intervenciones anticipatorias y consejería familiar cuando se requiera. El conocimiento de la familia se logra a través de visitas domiciliarias integrales y del estudio de familia, lo que permite determinar los factores de protección y de riesgo que condicionan un riesgo familiar, sea este alto, intermedio o moderado. Si el eje familia es superado y recargado, deben existir los sistemas de soporte y sustitución para velar por la calidad de vida de la población, bajo supervisión o cuidado.

El sistema educativo puede asumir un importante papel en el necesario cambio cultural para eliminar toda forma de discriminación y maltrato hacia las personas adultas mayores, lo que supone mirar de manera distinta esa etapa de la vida que se abre cada vez a más personas. Esto implica influir en el significado atribuido a la vejez, mediante la extensión y mejoramiento

de la educación en edades escolares y a través de la capacitación de las personas adultas mayores.

También es necesario considerar a la persona mayor como parte de una familia, de un contexto y de una red de relaciones que lo afectan. La atención integral centrada en la familia necesita ser complementada con el enfoque multidisciplinario y el trabajo en red, con mecanismos claros de interrelación entre las instituciones de salud y las comunidades.

Debe avanzarse en la humanización de la salud. Humanizar pasa por dotar las relaciones de competencia técnica, relacional, emocional, ética, espiritual, eficacia, eficiencia, gratificación personal, y por promover una salud integral, que tenga en cuenta a las persona en todas sus dimensiones, es decir en la dimensión física, intelectual, social, emocional y espiritual. Un sistema sanitario humanizado es aquél cuya razón de ser es estar al servicio de la persona y, por tanto, pensado y concebido en función del hombre. Un sistema sanitario que proteja y promueva la salud, que corrija las discriminaciones de cualquier tipo, que dé participación al ciudadano en el mismo y, en definitiva, que garantice la salud de todos los ciudadanos en su concepción de estado completo de bienestar físico, mental y social, tal como declara la Organización Mundial de la Salud

Se requiere definir indicadores que permitan medir la percepción de la calidad de los servicios ofrecidos y la calidad en el trato de quienes prestan esos servicios.

El necesario cambio cultural también pasa por incorporar la participación de las propias usuarias y usuarios en el diagnóstico de sus necesidades y en el diseño y seguimiento de los programas, a partir de un enfoque de los adultos y adultas mayores como sujetos de derecho. Se requiere considerar las necesidades diferenciales de las adultas mayores en atención a su mayor presencia y vulnerabilidad.

6.2. Iniciativas, medidas y líneas de trabajo para contribuir a resolver las necesidades de salud y las situaciones de dependencia de la población mayor.

Ámbito normativo institucional

- Se deben realizar las modificaciones legales y reglamentarias necesarias para asegurar a las personas adultas mayores una eficaz y eficiente protección, considerando como principio rector de esta adecuación el de igualdad ante la ley. Esta situación lleva implícita la posibilidad de establecer derechos o beneficios especiales para este grupo de personas, que les aseguren la igualdad de oportunidades en el acceso a los beneficios del Sistema de Protección Social.
- Todos los hombres y mujeres adultos mayores han de tener derecho a iguales beneficios, sin distinguir tramos de edad como ocurre en la actualidad en algunos países. Se deben generar servicios que respondan a los requerimientos de las y los mayores con dependencia, principalmente aquellos que requieren cuidados continuos.

- La propuesta de políticas públicas en el ámbito de la protección social a las personas adultas mayores debe ser articulada y organizada en torno a un sistema integrado de servicios socio-sanitarios para personas adultas mayores que rescate las características de este grupo etario, como los siguientes:
 - **Heterogeneidad:** diversidad de condiciones de autonomía, de escolaridad, de situación familiar, de nivel socioeconómico, de asentamiento (rural, urbano), de redes, etc.
 - **Dinamismo de la situación de funcionalidad:** las características propias de la vejez se traducen en funcionalidades y condiciones de salud cambiantes entre las personas adultas mayores. Por lo tanto, los servicios deben ser capaces de adaptarse oportunamente a estas variaciones.
 - **Territorialidad:** debido a que la movilidad espacial de las y los mayores se ve dificultada por muchos factores personales y ambientales, el diseño de servicios debe incluir el nivel local, comunal y de barrio. Además, así se fomenta el compromiso de las mismas comunidades con sus mayores, se potencian los recursos comunitarios y se evita la duplicidad de esfuerzos.
 - **Accesibilidad:** como se sabe, la mera existencia de servicios no garantiza que lleguen a sus destinatarios, por lo que es necesario idear sistemas que aseguren la accesibilidad de las personas adultas mayores a los programas. Esto considera la identificación de los beneficiarios, vinculación a las redes de apoyo, seguimiento de usuarios, acercamiento de los servicios al domicilio, traslado hacia centros de atención, simplificación de la tramitación de beneficios, etc.
 - **Adaptación a estados y etapas de la vida:** los servicios debieran dar respuesta a diversos requerimientos de estados y etapas de este grupo etario, en continuos de promoción, protección, prevención-cuidados, cuidados transitorios-cuidados de largo plazo; incorporando el tratamiento del dolor y los cuidados en la etapa final de la vida.
- Las políticas públicas han de tener en cuenta el capital humano de las personas adultas mayores, que no sólo deben ser considerados como sujetos de atención, sino como protagonistas del desarrollo social. Las políticas deben identificar y apoyarse en la fuerza, el conocimiento y los recursos que tienen las personas mayores para superar dificultades propias, así como para aportar en la solución de otros problemas sociales.
 - Es necesario rescatar el conocimiento y la experiencia de las organizaciones sin fines de lucro que por mucho tiempo han trabajado al servicio de las personas adultas mayores, tanto en lo referente a modelos de atención como en relación a modelos de gestión.
 - Deben complementarse los enfoques de prevención, rehabilitación y coordinación sociosanitaria. Se requiere centrar la intervención sociosanitaria en el ámbito

local, de manera que permita otorgar cuidados continuos y mayor empoderamiento y participación de los agentes locales.

- Se necesita una adecuación legislativa que determine de manera clara y sistemática la articulación y los circuitos de las distintas ofertas de servicios sociales para las personas adultas mayores. Allí donde no existan, deben dictarse normas en materias específicas que reconocidamente afectan de modo particular a las personas adultas mayores, como la creación de un tipo penal de abuso patrimonial a personas adultas mayores o la regulación de las garantías y medidas cautelares a favor de las personas adultas mayores víctimas de violencia intrafamiliar. Se debe revisar, con el fin de adaptarla cuando sea necesario, la normativa en materia de representación legal de adultas y adultos mayores en situación de dependencia, discapacidad física o mental, y la relativa a materias hereditarias y sucesiones.

Promoción de la autonomía

- **Se debe promover el emprendimiento, el acceso al crédito y a la capacitación**, para fomentar el desarrollo de proyectos autónomos y la generación de nuevos ingresos en este grupo.
- **Se deben promover iniciativas dirigidas a facilitar el empleo de aquellas personas adultas mayores que aún puedan realizar una actividad laboral, formal o informal:** por ejemplo, a través de municipalidades u organizaciones locales (talleres laborales con autofinanciamiento).
- **Han de desarrollarse programas específicos de preparación para la jubilación**, promoviendo cursos de capacitación y talleres de orientación para las y los adultos que están cerca de la jubilación, con miras a prevenir efectos negativos en el tránsito a esta nueva etapa. Los programas de preparación a la jubilación deben contribuir a desmitificar la vejez, han de preparar a las personas para abordar los cambios biopsicosociales derivados del envejecimiento, deben proporcionar orientación legal, deben facilitar el acceso a redes sociales y deben promover hábitos saludables, entre otros. Se propone considerar en la preparación para la jubilación tres etapas: pre-jubilación, jubilación y post-jubilación, en un proceso que se puede iniciar cinco años antes de la edad de jubilación. Además, como parte de este trabajo se pueden promover cursos de preparación para la jubilación de trabajadores en empresas y organizaciones, y generar servicios de “Rediseño de Vida” para aquellas personas adultas mayores que requieren orientar, potenciar y desarrollar sus áreas de interés en la etapa de jubilación.

Desarrollo de sistemas de seguridad social solidarios y no excluyentes

- Se hace necesario ampliar de manera progresiva y sustentable la cobertura y suficiencia de las pensiones no contributivas de manera que pueda garantizarse a todo adulto

mayor la satisfacción de sus necesidades básicas mínimas. Una pensión digna y sustentable es la mejor garantía para evitar la pobreza en la vejez.

Acceso a la educación a lo largo de toda la vida

- Es importante mejorar las oportunidades para que la población adulta mayor pueda acceder a programas de nivelación de estudios, con un enfoque de educación permanente. En este ámbito, los programas de alfabetización han de tener una especial importancia, debido a que es entre los mayores de 60 años, y especialmente entre las mujeres, donde se dan los mayores niveles de analfabetismo.
- Se debe propiciar el acceso a instancias como las Universidades del Adulto Mayor, con cursos de corto y mediano plazo, en los planos cultural, informativo y formativo.

Fomento de las redes de apoyo familiar y comunitario a personas adultas mayores.

- Deben desarrollarse iniciativas de sensibilización en materia de envejecimiento, orientadas a proyectar una imagen positiva de las personas adultas mayores, dejando de lado la imagen tradicional y estereotipada de la vejez, expresada en pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social.
- Deben fortalecerse las redes de apoyo existentes, para lograr una mejor coordinación y acceso a los servicios disponibles. La sociedad civil organizada ha de jugar un papel relevante en el desarrollo de la oferta de servicios a las personas adultas mayores.

Optimización de los servicios existentes para generar un modelo eficaz en materia de servicio a personas adultas mayores.

- Se debe reforzar el trabajo transdisciplinario e intersectorial, además de la formación de recursos especializados en geriatría y gerontología. La capacitación para la atención de personas adultas mayores debe ser obligatoria para los equipos de salud de atención primaria.

Promoción del envejecimiento activo y saludable

El envejecimiento activo es el proceso de optimizar las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, de fomentar su autonomía y dignidad, así como el ejercicio pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales.

- Se debe ampliar la accesibilidad a programas de actividad física y recreación, a información nutricional para una alimentación balanceada, prácticas de salud, salud sexual y reproductiva, y en general información sobre hábitos saludables.
- Se deben formar tempranamente hábitos de vida saludable con actividades físicas reguladas según la edad, con alimentación saludable, con el desarrollo de fortalezas

emocionales para enfrentar desafíos, con respeto por el medio ambiente natural y social.

Generación de entornos saludables para las adultas y adultos mayores:

Propuestas respecto de habitabilidad, seguridad y accesibilidad de los domicilios:

Acceso a financiamiento para adquirir una vivienda o adaptar la propia a sus nuevas necesidades de habitabilidad o seguridad.

- Modificar normativas de construcción de viviendas, para que las dimensiones se adecuen a los estándares internacionales. Por ejemplo: puertas más anchas para facilitar acceso de sillas de ruedas y andadores; baños más amplios para manejo de silla de ruedas con inodoro alto y ducha.
- Acceso a ayudas técnicas que permitan a los adultos mayores mantener su independencia en las actividades de la vida diaria, en las instrumentales, en las avanzadas, en las de tiempo libre y en las laborales.
- Evaluación de necesidades de modificaciones ambientales y adaptaciones, para aquellas personas adultas mayores en las que se detecte riesgo de pérdida de independencia en sus hogares.
- Subvención para las modificaciones ambientales requeridas para mantener y mejorar la independencia.
- Mejora de la accesibilidad del transporte. Esto incluye tanto la readecuación de los vehículos que se vienen utilizando para el transporte público (acceso más bajo, barras al alcance de los usuarios, asientos bajos, con menor inclinación y con mayor espacio para ingresar a ellos, etc.) como la regulación de los estándares de accesibilidad que deberán cumplir los nuevos modelos de vehículos que se vayan incorporando a las flotas de transporte público, y la adquisición de vehículos adecuados para transportar a personas adultas mayores en sillas de ruedas con y sin equipo agregado (oxígeno y otros) para actividades sociales e intervenciones de salud para las municipalidades, consultorios, etc.

Propuestas respecto de espacios públicos seguros para la integración:

- Señalización adecuada y visible.
- Eliminación y modificación de barreras arquitectónicas: escalas de acceso, desniveles en plazas, falta de visibilidad de desniveles, ausencia de planos, etc.

Atención a la dependencia

- **Creación de un programa psicogeriátrico:** Orientado a la promoción, prevención y diagnóstico temprano de pérdida de autonomía, que incluya programas de

rehabilitación integral de base comunitaria y la diversificación de servicios o acciones según indicadores de riesgo, grados de dependencia y niveles de complejidad.

Un programa de este tipo debe evaluar la puesta en marcha de las siguientes medidas: Desarrollar competencias en geriatría en hospitales de mayor complejidad, priorizando los lugares con mayor concentración de personas adultas mayores en el país. En el largo plazo, incorporar en los hospitales y consultorios la atención de personas adultas mayores, con infraestructura, profesionales y tecnología adecuada.

Se requiere garantizar la calidad de las prestaciones y servicios que reciban las personas mayores dependientes, adecuados a las necesidades epidemiológicas, con adecuada formación y capacitación a los recursos humanos.

- **Capacitación de cuidadoras y cuidadores:** Las personas que están a cargo de la atención de los y las adultas mayores de mayor fragilidad y dependencia requieren acceder a apoyo y capacitación, que les permitan mejorar la calidad de sus servicios.
- **Entrega de ayudas técnicas:** silla de ruedas, bastones, andadores, prótesis, ortesis, adaptaciones, audífonos, lentes, etc.
- Garantizar que las personas adultas mayores dependientes y de escasos recursos puedan acceder a **cuidados especializados en instituciones certificadas**, cuando lo requieran y por el tiempo que lo necesiten, bajo un modelo de atención integral y con una adecuada regulación y fiscalización.
- **Residencias para personas adultas mayores (cuidado largo plazo):** Los hogares actuales deberían tener capacitación para su personal en lo que se refiere a la atención y cuidado de personas adultas mayores para garantizar la asistencia oportuna y favorecer la autonomía en los diferentes niveles de dependencia.
- **Situaciones de fragilidad de adultas y adultos mayores:** Se debieran desarrollar programas de activación y mantención para personas adultas mayores en situación de fragilidad que han decidido internarse, acorde a sus intereses y capacidades. Considerar programas de activación y mantención para aquellas y aquellos con deterioro cognitivo, a través de programas globales y personalizados.
- **Políticas de subvención para hogares:** Fomentar políticas de subvención para los hogares, motivando así la inscripción legal y el cumplimiento de normativas sanitarias, capacitación, programas de mantención y modificaciones ambientales.
- **Centros diurnos/nocturnos:** Desarrollar centros de atención en la comunidad para adultas y adultos mayores autovalentes frágiles o con dependencia leve o moderada, donde puedan permanecer durante horas o todo el día con programas de mantención biopsicosocial y cognitiva, para facilitar a la familia cuidadora el buen manejo, evitar el estrés y asegurar la permanencia dentro de la comunidad el mayor tiempo posible.

- **Atención Domiciliaria para personas adultas mayores dependientes y sus familias cuidadoras:** La atención domiciliaria debe abordar la situación de personas adultas mayores de manera integral, con personal debidamente capacitado, y ser administrada en el nivel local por municipios o consultorios.
- **Servicios de apoyo a cuidadoras y cuidadores de las personas adultas mayores:** Esto implica apoyo a cuidadoras y cuidadores formales e informales, abordando temas como medidas de autocuidado, “programas de respiro” y otros. Si se considera que un segmento importante de la población envejecida requiere de cuidados, no se puede obviar a las cuidadoras y cuidadores, que son, finalmente, quienes entregan los servicios. Su labor exige fortaleza emocional e incluso física, y es necesario abordar la sobrecarga asociada a su labor.

6.3. Principios y valores en los que debe basarse un modelo atención de la salud de los adultos mayores y personas en situación de dependencia

Los principios y valores en los que debe basarse un modelo de atención de la salud de los adultos mayores y personas en situación de dependencia han de estar inspirados en la perspectiva de los derechos. Debe promoverse y garantizarse la responsabilidad pública sobre la salud de los mayores, con un enfoque estratégico y un claro reconocimiento de los límites que evite planteamientos irreales. Es importante asegurar una adecuada rectoría y coordinación de las actuaciones, que garantice la transversalidad y la interrelación de todos los agentes; y que ha de promoverse la participación social estructurada, fortaleciendo a las organizaciones de mayores.

Perspectiva de los derechos

“Una condición política básica es avanzar hacia derechos sociales explícitos, garantizados y exigibles por ley”.

H. Monasterio. Director de FONASA, Chile.

“Debemos comprometernos en impulsar una convención internacional de los derechos de las personas mayores”.

M. Roqué. Directora DINAPAM, Argentina.

“Orientación hacia programas de alcance universal y naturaleza no contributiva (Universalismo Básico)”.

J. Papadopoulos. Director BPS. Uruguay.

Responsabilidad pública, con un enfoque estratégico y reconocimiento de los límites

“Una sociedad que envejece requiere que el Estado construya un sistema de protección y cuidados.”

“Partimos de las fortalezas para construir respuestas dignas, de calidad, desde la perspectiva de los derechos”.

M. Fernández, Viceministro de Salud, Uruguay.

“Debemos reconocer los límites financieros, de capacidades institucionales y políticos”.

J. Papadopoulos. Director BPS. Uruguay.

Rectoría y coordinación. Transversalidad. Interrelación de todos los agentes.

“Combatimos la fragmentación en las políticas sociales”.

“La transversalidad no es solamente un discurso. Requiere una práctica que se consolida a través del trabajo conjunto”.

A. Olivera, Viceministra de Desarrollo Social. Uruguay

“No se debe desconectar la problemática del envejecimiento del conjunto de las políticas de acción social y de desarrollo social. Es necesaria una respuesta coordinada de toda la acción social”.

Anne-France Wittmann. MSA. Francia.

“La interrelación coordinada de los actores sociales es clave para lograr cambios positivos en el estado de salud”.

C. Monge. Ministerio de Salud, Costa Rica.

Participación social estructurada. Promoción de las organizaciones de mayores

“La democracia se constituye con organizaciones sociales fuertes”

E. Murro, Presidente del BPS. Uruguay

“Los mayores deben participar en la elaboración de las políticas. Un ejemplo es nuestro Consejo Federal de Mayores”.

M. Roqué, Directora DINAPAM, Argentina.

“Los cabildos de mayores determinan las prioridades de proyectos en cada municipio”.

M. Vanegas. Coordinadora del programa Atención Integral al Adulto Mayor. Secretaría Seccional de Salud. Antioquia. Colombia.

6.4. Principales desafíos en materia de atención de la salud de los adultos mayores y personas en situación de dependencia

Los principales desafíos en materia de atención de la salud de los mayores y de las personas en situación de dependencia son los siguientes:

- La necesidad de avanzar en una definición de los niveles y fuentes de financiamiento.
- El necesario ajuste del sistema de salud a las nuevas demandas generadas por la transición epidemiológica, que obliga a poner un mayor énfasis en la prevención, la rehabilitación y los cuidados de larga duración.
- La necesidad de situar el tema de la salud de los adultos mayores y la atención a las situaciones de dependencia entre las prioridades de la agenda social y política.
- La necesidad de avanzar en la humanización de la salud y de los servicios de atención social; la garantía de acceso universal; la mejora de la calidad de los servicios.
- El desarrollo de una cartera integral e integrada de servicios, que garantice la continuidad de los cuidados y promueva la permanencia de la persona adulta mayor en su entorno, siempre que sea posible.
- La necesidad de proporcionar alternativas a los cuidados familiares.

Definición de niveles y fuentes de financiamiento:

“Debemos ir hacia un seguro universal con servicios complementarios privados”.

H. Monasterio. Director FONASA. Chile.

“Hay que consolidar un modelo de financiación sostenible, basado en tres pilares de financiación: el Estado central, a través del Impuesto sobre la renta; los gobiernos municipales o entidades descentralizadas y la contribución de los usuarios en proporción a sus ingresos”.

J. Papadopoulos. Director BPS. Uruguay.

Ajuste del sistema de salud a las nuevas demandas: Énfasis en la prevención, la rehabilitación y los cuidados de larga duración.

“Es necesario incorporar de manera explícita los conceptos de promoción de la autonomía y de atención a las necesidades derivadas de la dependencia”.

H. Monasterio. Director FONASA, Chile.

“Hemos de partir de una definición de salud más amplia. Una salud integral, que articule salud física, psíquica y social”.

P. Forttes. Directora SENAMA, Chile.

“Estamos avanzando desde un modelo centrado en la curación de la enfermedad hacia un modelo basado en la promoción de la salud”.

C. Monge. Ministerio de Salud. Costa Rica

Situar el tema en las prioridades de política

“Los índices de pobreza de la población mayor son bajos, y eso implica una dificultad política para lograr la priorización de las políticas para adultos mayores”.

J. Papadopoulos. Director BPS.

“Hay que medir la pobreza de otra manera”

G. Stari. Director BPS

“Necesitamos una agenda de investigación”.

J. Papadopoulos. Director BPS.

Avanzar en la humanización de la salud y de los servicios de atención social

“Los efectos de la deshumanización tienen nombres propios”.

H. Jiménez. OISS.

Garantizar el acceso universal

“El derecho a la atención no debe estar supeditado a la historia laboral ni a la capacidad de pago”.

J. Papadopoulos. Director BPS. Uruguay

“Es fundamental localizar la acción en el territorio más inmediato”.

P. Forttes. Directora SENAMA. Chile.

Garantizar la calidad de los servicios: Acreditación de servicios. Capacitación

“Garantizar acceso a cuidados especializados en instituciones certificadas”.

H. Monasterio. Director FONASA, Chile.

Desarrollar una cartera integral e integrada de servicios, que garantice la continuidad de los cuidados y promueva la permanencia de la persona adulta mayor en su entorno, siempre que sea posible.

Contenido de la cartera integral (varias intervenciones):

- Programas de fortalecimiento de la sociedad civil organizada
- Transferencias monetarias a hogares
- Soluciones habitacionales
- Servicios de apoyo a cuidadores
- Teleasistencia
- Atención domiciliaria
- Centros diurnos y nocturnos para adultos mayores
- Hogares y Residencias

“La función de los hogares es dar respuesta al que necesita cuidados, no al que necesita techo. Para estos últimos se ha implementado un programa de construcción de viviendas”.

P. Forttes. Directora SENAMA. Chile.

Proporcionar alternativas a los cuidados familiares

“Han aparecido nuevas realidades y riesgos sociales: transformación de las estructuras familiares, nuevo papel de la mujer, crecimiento de la competitividad, mayor precariedad en el empleo, envejecimiento de la población. Todo ello deteriora el rol de la familia”.

J. Papadopoulos. Director BPS. Uruguay.

“Reforzar la solidaridad entre las generaciones, no sólo a nivel familiar, sino también institucional y global”.

Anne-France Wittmann. MSA. Francia.

6.5. Iniciativas para el futuro y ejemplos de buena práctica

Entre las iniciativas y ejemplos de buena práctica en materia de atención de la salud de los adultos mayores y las personas en situación de dependencia en América Latina, cabe destacar:

- Programas de prevención de la discriminación, el abuso y el maltrato a los adultos mayores (DINAPAM, Argentina).
- Programas dirigidos a valorizar el rol social de los mayores (Programa de nuevos roles, de Chile, y “La Experiencia Cuenta”, de Argentina).
- Programas dirigidos a combatir la pobreza y garantizar un ingreso básico a los adultos mayores (Programa de protección social al adulto mayor, en Colombia; Pensión Básica Solidaria y Aporte Previsional Solidario, en Chile).
- Programas dirigidos a fortalecer, mediante financiamiento, las acciones ejecutadas por organizaciones gubernamentales y no gubernamentales dirigidas a la atención de las personas adultas mayores en estado de necesidad o indigencia, con el fin de contribuir a la atención básica de las personas adultas mayores, garantizarles igualdad de oportunidades y una vida digna en todos los ámbitos (“Construyendo Lazos de Solidaridad”, en Costa Rica).
- Programas dirigidos a promover el autocuidado (Programas de autocuidado de la salud del INP, en Chile; “Parque de la salud”, en Paraguay).
- Programas de apoyo a cuidadores y Programa de cuidadoras solidarias, en Chile).
- Programas dirigidos a facilitar el ejercicio de los derechos (Programa Vínculos, en Chile).
- Programas de atención en el domicilio (Programa de cuidados domiciliarios de la DINAPAM, en Argentina; Equipos Básicos de Atención Integral, de Costa Rica; Medicasa, de Paraguay).

- Programas de promoción del ocio productivo y el esparcimiento, como el de Vacaciones Tercera Edad, de Chile.

7. Documentos disponibles en la red

Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ha , Hennis AJ, Palloni A, et al. (2005), Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Revista panamericana de salud pública, 17(5/6):307–22.

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26268.pdf>

Banco Mundial (2007), Más allá de la supervivencia: proteger a los hogares contra la crisis de salud en América Latina, Banco Mundial, Stanford University Press, Washington, DC.

<http://go.worldbank.org/SQBRZBQOD0>

Bonilla García A. y Gruat J.V. (2003), Protección Social, una Inversión durante todo el Ciclo de Vida para propiciar la Justicia Social, reducir la Pobreza y fomentar el Desarrollo Sostenible, Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra.

<http://www.ilo.org/public/english/protection/download/lifecycl/ciclodevida.pdf>

Comisión de las Comunidades Europeas (2001), Comunicación “El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizarla accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera”. COM (2001) 723 final.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0723:FIN:ES:PDF>

Comisión de las Comunidades Europeas (2007), Libro Blanco “Juntos por la salud. Un planteamiento estratégico para la UE (2008-2013). COM(2007) 630 final.

http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_wp_es.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2008), Panorama Social de América Latina 2008, CEPAL, Santiago de Chile.

<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/2/34732/P34732.xml&xsl=/dds/tpl/p9f.xsl&base=/tpl/top-bottom.xsl>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2007), Cohesión social: inclusión y sentido de pertenencia en América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, enero.

<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/4/27814/P27814.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2007), “La cohesión social en los países desarrollados: conceptos e indicadores” en Serie de Estudios estadísticos y prospectivos, núm. 55, Santiago de Chile, agosto.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/2/30042/LCL2781e.pdf>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2006), Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad, CEPAL, Uruguay.

<http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/publicaciones/xml/9/24079/P24079.xml&xsl=/tpl/p9f.xsl&base=/dds/tp/top-bottom.xsl>

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2004) Informe de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento: Hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Santiago de Chile.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/9/LCL2079E/lcl2079e.pdf>

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2008) Boletín Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y El Caribe. Boletín núm 6, diciembre.

http://www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/7/34807/Boletin6_%5B151208%5D.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2003), Boletín Demográfico No. 72. América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950 – 2050, Julio.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/1/LCG2211PE/LCG2211.pdf>

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2000), “Sesión II: La Salud del adulto mayor”, Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, CEPAL- Serie Seminarios y Conferencias, núm. 2, Santiago de Chile, agosto.

http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S2.pdf

Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas, FIIAPP, (2008), Políticas e instituciones incluyentes: reformas hacia la Cohesión Social en América Latina, FIIAP, EUROsocial.

<http://www.programaeurosocial.eu/datos/documentos/publicaciones/1211291231.pdf>

Hoskins, Irene, Kalache Alexandre, Mende, Susan (2005), “Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad” Revista panamericana de salud pública, núm. 17(5/6).

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26282.pdf>

Huenchuan Navarro, Sandra (2004), “Marco legal y de políticas en favor de las personas mayores en América Latina” en Serie Población y Desarrollo, núm.51, CELADE-CEPAL, abril.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/5/LCL2115P/lcl2115-P.pdf>

Martín Carretero, J. M. (2008), Participación de la sociedad civil y cohesión social, Ed. Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas, EUROsocial.

<http://www.programaeurosocial.eu/datos/documentos/publicaciones/1205142971.pdf>

Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. “Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe Revista Panamericana de Salud Pública. 2005; 17(5/6):353–61.
http://publications.paho.org/Spanish/Menendez_OP_165.pdf

Muñoz, O, García Peña, Durán L (editores) (2004), La salud del adulto mayor, Ed. Instituto Mexicano del Seguro Social, México.
<http://bibliotecas.salud.gob.mx/greenstone/collect/publin1/index/assoc/HASHd0ef.dir/doc.pdf>

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2008), *The global burden of disease: 2004 update*, Naciones Unidas, Suiza.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2008), *Objetivos de desarrollo del Milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América Latina y el Caribe*, Naciones Unidas, Santiago de Chile.
<http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/33064/2008-172-ODMSaludcompletoFinal.pdf>

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2007), *Estudio Económico y Social Mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*.
<http://www.un.org/esa/policy/wess/index.html>

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (2008), *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México*. OISS, Madrid.
http://www.oiss.org/IMG/pdf/Situacion_necesidades_y_demandas_de_las_personas_mayores_en_Bolivia_Colombia_Costa_Rica_Ecuador_y_Mexico_ampliado_marzo_2008_.pdf

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (2008), *Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico*. OISS, Madrid.
http://www.oiss.org/IMG/pdf/web-Seguridad_economica_salud_dependencia-Cono_Sur_junio_08.pdf

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (2008), *El Proyecto “Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos”: Avances y Perspectivas*, OISS, Madrid.
http://www.oiss.org/IMG/pdf/Resumen_Proyecto_Personas_Mayores_5-08.pdf

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (2007), *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico*. OISS, Madrid.
http://www.oiss.org/IMG/pdf/Informe_2006_Def_Conosur_-_Apuntes_para_un_diagnostico_final_.pdf

Organización Mundial de la Salud, OMS (2002). Voces ausentes: visión de las personas mayores sobre el maltrato de las personas mayores. Ginebra, OMS.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/bennet-voces-01.pdf>

Organización Mundial de la Salud, OMS. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud Envejecimiento y Ciclo Vital (2002), "Envejecimiento activo: un marco político", Revista Española de Geriátrica y Gerontología, número 37(S2):74-105.

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2003), Análisis de las condiciones de salud de las personas adultas mayores en América Latina y el Caribe. Con especial referencia a siete ciudades de la Encuesta SABE (OPS/NIA), Organización panamericana de la Salud.

<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD066.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2001), Encuesta Multicéntrica. Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y El Caribe. Informe Preliminar, XXXVI Reunión del Comité Asesor de Investigaciones en Salud, Kingston, Jamaica - 9-11 de julio.

<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-01-05.PDF>

Palma Irrarázaval, Andrés, (2008), Las políticas públicas que no contribuyen a la cohesión social, Ed. Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas, EUROsocial.

<http://www.programaeurososocial.eu/datos/documentos/publicaciones/1216801838.pdf>

Peticara, M., (2008), "Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos" en Serie Políticas Sociales, núm. 141, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago de Chile, abril.

http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/9/32759/sps141_LCL2879.pdf

Peláez, Martha (2005), El seguimiento de Madrid: Mecanismos e Indicadores, Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.

http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/MPelaez_d.pdf

Pérez Amador, Julieta y Brenes, Gilbert (2005) Una transición en edades avanzadas: cambios en arreglos residenciales de adultos mayores en 7 ciudades latinoamericanas. Trabajo presentado a la XXV Conferencia Internacional de Población, Tours, Francia, 18 al 23 de Julio.

<http://iussp2005.princeton.edu/download.aspx?submissionId=52310>

Saad, Paulo M (2006) "Los adultos mayores en América Latina y el Caribe: Arreglos residenciales y transferencias informales", en Notas de Población, Nº 80, febrero.

http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/23763/Notas80_Saad.pdf

Sojo, A., Uthoff, A., Editores (2007), *Cohesión Social en América Latina y el Caribe: una revisión perentoria de algunas de sus dimensiones*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL, Santiago de Chile.

http://www.eclac.org/publicaciones/xml/8/28198/CohesionSocial_ALC.pdf

Tellechea, Lourdes (2005), Universidad de la República de Uruguay, *Cuidados permanentes de las Personas Mayores*, Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre de 2005.

http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/LTellechea_d.pdf

Uriona, José Luis, Ralph Hakkert (2002), "Legislación social sobre adultos mayores en América Latina y el Caribe", Working Papers Series CST/ LAC, núm. 23, UNFPA.

<http://www.cstlac.org/documents/doctec/WorkingpapersCSTLAC23.pdf>

Villarreal, Mónica (2005), *Avances en los marcos legales de las personas mayores*, CEPAL, Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.

http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/4/23004/MVillarreal_d.pdf

Villarreal, Mónica, (circa 2005) *La Legislación en favor de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe*.

http://www.oiss.org/IMG/pdf/web-Seguridad_economica_salud_dependencia-Cono_Sur_junio_08.pdf

Wallace, Steven P. and Gutiérrez, Verónica F (2005). "Equity of access to health care for older adults in four major Latin American cities". *Revista panamericana de salud pública*, núm. 17(5/6).

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26277.pdf>

8. Enlaces de interés

Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS)

<http://www.oiss.org/>

Portal de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), organismo internacional de carácter técnico y especializado que tiene como finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y de todos aquellos que se vinculan por el idioma español y portugués mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en Seguridad Social.

Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III

<http://fcsai.isciii.es/index2.htm>

La Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III fue creada en marzo de 2000, teniendo la naturaleza de Fundación del sector público estatal, promovida por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). El objetivo de la Fundación es la cooperación internacional en el campo de la salud.

Programa EUROsociAL

<http://www.programaeurosocial.eu/index.php?PHPSESSID=tos4fj00t5i6to26olg8hvhip7&nIDMenu>

EUROsociAL es una iniciativa de cooperación técnica de la Comisión Europea para promover la cohesión social en América Latina a través del intercambio de experiencias entre administraciones públicas responsables de la administración de la justicia, la educación, el empleo, la fiscalidad y la salud. Su objetivo es fortalecer capacidades institucionales de gestión de políticas públicas en estos sectores para transformarlas en auténticos vectores de cohesión social.

Programa EUROsociAL Salud

<http://salud.programaeurosocial.eu/>

El objetivo de este proyecto es fortalecer los conocimientos, capacidades y vínculos entre actores políticos e institucionales latinoamericanos del área de salud con sus pares europeos, para contribuir al desarrollo sostenible de políticas públicas de salud orientadas a la reducción de la pobreza, la desigualdad y la exclusión social.

Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP)

<http://www.fiiapp.org/>

Creada en 1997, la Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas (FIIAPP) es un instrumento de carácter fundacional para la acción exterior en el ámbito de la cooperación para la gobernabilidad democrática y el fortalecimiento institucional. Opera al servicio del sector público y moviliza en el ámbito internacional el "saber hacer" de los empleados y empleadas públicos y las buenas prácticas existentes en el conjunto de las administraciones públicas españolas.

Portal Mayores

<http://www.imsersomayores.csic.es/>

Portal especializado en gerontología y geriatría, desarrollado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y dirigido al ámbito académico y científico, los profesionales de los servicios sociales, los propios mayores y la sociedad en general. Creado en 2001 como resultado de un convenio de colaboración entre ambas instituciones, su actividad se basa en el intercambio de información sobre personas mayores en la red.

Envejecimiento y Desarrollo, CELADE –división de población CEPAL

<http://www.cepal.org/celade/envejecimiento/>

Área de investigación sobre envejecimiento del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). Actúa como Punto Focal sobre Envejecimiento en la CEPAL en el seguimiento regional de las acciones que las Naciones Unidas emprenden en esta materia. Entre principales actividades del CELADE en el tema de envejecimiento y desarrollo se encuentran:

- Secretaría Técnica de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento.
- Colección y diseminación de información estadística en envejecimiento.
- Desarrollo de proyectos para complementar las acciones nacionales en envejecimiento.

Sistema Regional de Indicadores Sobre Envejecimiento (SISE)

<http://celade.cepal.org/cgibin/RpWebEngine.exe/PortalAction?&MODE=MAIN&BASE=MADRID&MAIN=WebServerMain.inl>

El Sistema Regional de Indicadores Sobre Envejecimiento (SISE) ha sido desarrollado por el CELADE, División de Población de CEPAL en cumplimiento a lo establecido en la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento adoptada por los estados miembros de la comisión en 2003.

El sistema contiene indicadores calculados a partir de datos censales lo que permite analizar el proceso de envejecimiento demográfico y la situación de las personas mayores. Los indicadores se pueden desagregar según sexo, zona de residencia y grupos de edad. El sistema permite procesar los datos y obtener resultados en forma de cuadros estadísticos, gráficos y mapas temáticos.

Organización Panamericana de la Salud

<http://www.paho.org/>

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es un organismo internacional de salud pública con 100 años de experiencia dedicados a mejorar la salud y las condiciones de vida de los pueblos de las Américas. Goza de reconocimiento internacional como parte del Sistema de las Naciones Unidas, y actúa como Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Dentro del Sistema Interamericano, es el organismo especializado en salud.

Red Latinoamericana de gerontología

<http://www.gerontologia.org/>

La Red Latinoamericana de Gerontología es una red virtual en el área de la gerontología social que busca dar respuesta a las inquietudes de instituciones que trabajan en América y el Caribe en la promoción de las personas adultas mayores.

Red para el desarrollo de los adultos mayores. Desarrollo Social y Envejecimiento

<http://www.redadultosmayores.com.ar/>

Red de investigación focalizada en el proceso de envejecimiento de la población y el desarrollo cultural de los adultos mayores. Su propósito es contribuir con investigaciones en América Latina y el Caribe sobre el desarrollo cultural, educativo y sanitario de los adultos mayores, abriendo caminos hacia una sociedad para todas las edades en un mundo cada vez más envejecido y tecnificado, contando con la participación de investigadores, universidades y organizaciones no gubernamentales de adultos mayores en la Red.

Red de Investigación del Envejecimiento en América Latina y el Caribe (REALCE)

<http://realce.org/>

La Red de Investigación del Envejecimiento en América Latina y el Caribe (REALCE) está formada por un grupo de investigadores que buscan enfatizar el estudio de los aspectos sociales, económicos, de salud, bienestar, y calidad de vida del proceso de envejecimiento de la población en la región de América Latina y el Caribe. Dentro de este contexto, se considera también como énfasis el estudio de la población de origen latinoamericano y caribeño en Estados Unidos y Canadá.

Equipo de apoyo técnico para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

<http://www.cstlac.org/html/home.html>

El Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), con base en México, está constituido por especialistas en campos temáticos correspondientes a las tres áreas básicas del mandato del UNFPA: Estrategias de Población y Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva, y Movilización de Apoyos Políticos y Sociales.

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Mayores

<http://www.fiapam.org/>

Federación formada por asociaciones de adultos mayores de Latinoamérica, El Caribe, España y Portugal para emprender acciones conjuntas colaborando en el desarrollo económico, político y social de los pueblos. Es un movimiento asociativo, plural y democrático, sin ánimo de lucro, en defensa de las personas adultas mayores.

Envejecimiento exitoso

<http://www.iadb.org/regions/aging/esp/home.cfm>

Página del Banco Interamericano de Desarrollo, ofrece información orientada a facilitar la formulación, implementación y evaluación de políticas y programas multi-sectoriales dirigidos a la promoción y el apoyo del envejecimiento exitoso.

Global Action on Aging

<http://www.globalaging.org/>

Organización norteamericana dedicada a la difusión de información sobre temas relacionados con las personas mayores y la problemática del envejecimiento.

HelpAge Internacional

<http://www.helpage.org>

HelpAge Internacional es una red mundial de organizaciones sin fines de lucro con la misión de trabajar con y para las personas mayores en desventaja en todo el mundo, con el fin de lograr una mejoría perdurable en la calidad de sus vidas.

Asociación Internacional de la Seguridad Social

<http://www.issa.int/span/homef.htm>

La Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS) es una organización internacional que agrupa esencialmente a organizaciones e instituciones encargadas de administrar cualquiera de los aspectos de la seguridad social en los diferentes países, es decir todas las formas de protección social obligatoria que, en virtud de las legislaciones o de las prácticas nacionales, forman parte integrante de los regímenes de seguridad social de dichos países.

European Observatory for Health Care Systems

www.observatory.dk

Sitio de referencia para el estudio de los sistemas de salud y sus reformas en Europa y otros países desarrollados. De este sitio se pueden descargar descripciones de todos los sistemas de salud y libros que cubren varios temas (financiación, política de medicamentos, atención primaria, etc.), así como actualizaciones sobre reformas de interés.

Health Policy Monitor

<http://www.healthpolicymonitor.org/index.jsp>

Seguimiento estructurado y analítico de las políticas de salud en 20 países desarrollados. (Fundación Bertelsmann).

Salud Pública. Comunidad Europea

http://ec.europa.eu/health/index_en.htm

Junto con los Estados miembros, la UE trabaja para proteger y fomentar la salud de los ciudadanos europeos. Para la Comisión, la salud es una de las prioridades fundamentales.

Al establecer todas las políticas comunitarias se debe garantizar un alto nivel de protección de la salud humana y este es el motivo por el que la Comisión ha desarrollado un enfoque más coordinado con respecto a la política sanitaria europea.

La Comisión se esfuerza por mejorar la salud pública en la Unión Europea, prevenir las dolencias y enfermedades humanas y evitar las fuentes de peligro para la salud humana. Este es uno de los objetivos que se persigue con la aplicación del nuevo programa en el ámbito de la salud pública.

La consecución de un alto nivel de protección de la salud exige una estrecha cooperación con los expertos científicos. Los comités científicos, formados por representantes de los Estados miembros de la UE, proporcionan evaluaciones del riesgo independientes y transparentes.

Porta Salud de la Unión Europea

http://ec.europa.eu/health-eu/index_en.htm

Portal oficial de salud pública de la Unión Europea de la Dirección General de Sanidad y Consumidores. El portal cuenta con un amplio abanico de información y datos sobre cuestiones relacionadas con la salud. El principal objetivo de este portal temático es ofrecer a los ciudadanos europeos acceso sencillo a una información completa sobre los programas e iniciativas de ámbito comunitario. El portal también contribuye a la realización de los objetivos de la UE en materia de salud pública, ejerce una influencia positiva sobre los comportamientos individuales y fomenta la mejora continuada de la salud pública en los 27 Estados miembros de la Unión.

La Comisión Europea ha constituido un Consejo editorial encargado de conducir una política editorial basada en el asesoramiento experto de sus miembros y acorde con los criterios de calidad fijados en las directrices para EUROPA. Esto comprende los criterios de calidad, los idiomas y el flujo operativo del Portal.

Eurostat

<http://ec.europa.eu/eurostat>

Eurostat es la Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas. Su tarea es proporcionar a la Unión Europea estadísticas comparables a nivel europeo y promover la armonización de los métodos estadísticos de los estados miembros. Dispone de una base de datos de acceso online con información estadística detallada sobre estadísticas generales y regionales, economía y finanzas, población y condiciones sociales (en este apartado incluye información sobre salud), industria, comercio y servicios, agricultura y pesca, comercio exterior, transportes, medio ambiente, energía, ciencia y tecnología.