

Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur



Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur

Apuntes para un diagnóstico

Argentina



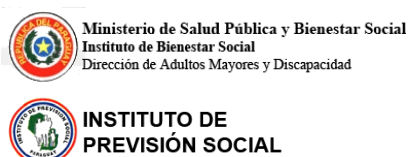
Brasil



Chile



Paraguay



Uruguay





***Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia
y Servicios Sociales en los países del Cono Sur***

Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur

Apuntes para un diagnóstico

Contenidos

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. Estructura y contenidos.....	6
1.2. Naturaleza del informe	7
PRIMERA PARTE: INFORMES NACIONALES	9
ARGENTINA	10
1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA	11
1.1. Población de Adultos mayores según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001	11
1.2. Evolución de la población mayor en el período 1975-2050	12
2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN ARGENTINA	18
2.1. Salud	18
2.2. Situación económica y pobreza.....	20
2.3. Actividad laboral	21
2.4. Educación y vejez.....	21
2.5. Vivienda	22
2.6. Formas de convivencia	22
2.7. Participación y uso del tiempo	23
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL.....	24
3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores	24
3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en Argentina.....	31
4. RED DE RECURSOS.....	41
4.1. Red de recursos sociosanitarios	41
4.2. Redes de apoyo social.....	41
BRASIL	43
PRESENTACIÓN.....	44
1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA	44
1.1. Población de Adultos mayores según el Censo 2000 y actualizaciones posteriores	44
1.2. Evolución de la población mayor	46
2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN BRASIL.....	53
2.1. Salud	53
2.2. Situación económica y pobreza.....	53
2.3. Actividad laboral	53
2.4. Educación	54
2.5. Formas de convivencia	55
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL.....	56
3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores	56
3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores.....	61
4. RED DE RECURSOS.....	80
4.1. Red de recursos sociosanitarios	81
Anexo: Presupuesto y Financiación de las Políticas de Atención a las Personas Mayores en Brasil.....	82

CHILE	86
1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA	87
1.1. Población de Adultos mayores según el Censo 2002	87
1.2. Evolución de la población mayor en el período 1975-2050	89
2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN CHILE	96
2.1. Salud	96
2.2. Situación económica y pobreza.....	103
2.3. Actividad laboral	106
2.4. Educación	108
2.5. Vivienda	109
2.6. Formas de convivencia	111
2.7. Participación y uso del tiempo	111
2.8. La experiencia de envejecer.....	114
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL.....	115
3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores	115
3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en Chile	122
3.3. Actuaciones en el ámbito de la salud.....	140
4. RED DE RECURSOS.....	142
4.1. Red de recursos sociosanitarios	142
4.2. Redes de apoyo social.....	142
PARAGUAY.....	144
1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA	145
1.1. Población de Adultos mayores según el Censo de 2002	145
1.2. Evolución de la población mayor en el período 1975-2050	146
2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN PARAGUAY.....	153
2.1. Salud	153
2.2. Situación económica y pobreza.....	154
2.3. Actividad laboral	155
2.4. Educación	156
2.5. Vivienda	156
2.6. Formas de convivencia	158
2.7. Participación.....	159
2.8. La experiencia de envejecer.....	159
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL.....	160
3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores	160
3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en Paraguay	164
4. RED DE RECURSOS.....	170
4.1. Red de recursos sociosanitarios	170
4.2. Redes de apoyo social.....	171
URUGUAY	172
1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA	173
1.1. Población de Adultos mayores según el Censo de 2004	173
1.2. Evolución de la población mayor en el período 1975-2050	174
2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN URUGUAY	180
2.1. Salud	181
2.2. Situación económica y pobreza.....	182

2.3. Actividad laboral	185
2.4. Educación y vejez.....	186
2.5. Vivienda	186
2.6. Formas de convivencia	187
2.7. Participación y uso del tiempo	189
2.8. La experiencia de envejecer.....	192
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL.....	193
3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores	193
3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en Uruguay	199
4. RED DE RECURSOS.....	214
4.1. Red de recursos sociosanitarios.....	214
4.2. Redes de apoyo social.....	217
SEGUNDA PARTE: PERSPECTIVA DE CONJUNTO.....	220
1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA.....	221
1.1. El proceso de envejecimiento en el Cono Sur. Una perspectiva regional.	221
2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN LOS PAÍSES DEL CONO SUR	235
2.1. Salud	235
2.2. Situación económica y pobreza.....	239
2.3. Actividad laboral	242
2.4. Educación y vejez.....	244
2.5. Vivienda	245
2.6. Formas de convivencia	247
3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL.....	251
3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores	251
3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en el Cono Sur.....	260
4. RED DE RECURSOS.....	267
4.1. Red de recursos sociosanitarios.....	267
4.2. Redes de apoyo social.....	267
TERCERA PARTE: LÍNEAS DE TRABAJO FUTURO Y PROPUESTA DE ACTUACIONES CONCRETAS.....	268
1. INTRODUCCIÓN	269
2. LÍNEAS DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES.....	270
2.1. Avanzar hacia un conocimiento más profundo de las condiciones de vida de los adultos mayores y de los dispositivos de promoción y atención	270
2.2. Impulsar el reconocimiento de los derechos de las personas mayores y establecer mecanismos para la evaluación del impacto real de los instrumentos de reconocimiento de derechos existentes.	271
2.3. Desarrollar actuaciones que cubran las diversas necesidades de las personas mayores y tengan en cuenta sus diferencias	272
2.4. Prestar una atención especial a las situaciones de dependencia, que constituyen uno de los principales retos para la política de mayores	276

2.5. Impulsar la formación y capacitación de los profesionales del sector.....	278
2.6. Incorporar el enfoque de género y la solidaridad intergeneracional	278
3. PROPUESTA DE ACTUACIONES CONCRETAS	279
3.1. En relación con el conocimiento de las condiciones de vida de los adultos mayores y de los dispositivos de promoción y atención	279
3.2. En relación con el reconocimiento de los derechos de las personas mayores y la evaluación del impacto real de los instrumentos de reconocimiento de derechos existentes.....	279
3.3. En relación con la cobertura de las necesidades de las personas mayores	280
3.4. En relación con la atención de las situaciones de dependencia.....	282
3.5. En relación con el impulso de la formación y capacitación en materia de atención a las personas mayores	282
3.6. En relación con la incorporación del enfoque de género y de la solidaridad entre generaciones	283
ANEXO 1: SELECCIÓN DE DOCUMENTOS EN LA RED SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EN LOS PAÍSES DEL CONO SUR	284
1. Situación de los adultos mayores en América Latina y el Caribe.....	285
1.1. Aspectos sociodemográficos.....	285
1.2. Seguridad Económica.....	287
1.3. Salud	288
1.4. Entornos Favorables	289
1.5. Marco Legal.....	290
1.6. Declaraciones, planes y programas	290
2. Situación de los adultos mayores en los países del Cono Sur.....	292
2.1. ARGENTINA.....	292
2.2. BRASIL	293
2.3. CHILE.....	294
2.4. PARAGUAY	296
2.5. URUGUAY.....	297
3. Enlaces de interés	298
ANEXO 2: EQUIPO DEL PROYECTO	304
1. Equipo del Proyecto "Personas Mayores, dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur".....	305
2. Relación de asistentes a las reuniones técnicas celebradas durante 2006	307

1. INTRODUCCIÓN

Este documento de trabajo se enmarca en el proyecto sobre **Adultos Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur**, en el que participan destacadas instituciones de Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay¹, con la gestión y dirección de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y la colaboración del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMERSO) de España.

El objetivo del proyecto ha sido generar un espacio de trabajo conjunto en el que las organizaciones responsables de la atención a los adultos mayores en los países del Cono Sur pudiesen avanzar en el análisis de la situación y en la identificación de las necesidades y demandas de las personas mayores y/o en situación de dependencia, contribuyendo así a la mejora de la calidad de vida de la población mayor de dichos países a través del desarrollo de los dispositivos de protección social y de atención de las situaciones de dependencia.

El proyecto pretende a su vez, lograr ciertos objetivos particulares:

- La creación de un Observatorio Regional que favorezca la divulgación de conocimiento en la materia, y la puesta en marcha de un Portal de Mayores.
- Apoyar las líneas de acción que cada país defina, particularmente en el campo de la capacitación y desarrollo de los recursos humanos vinculados al diseño y gestión de instituciones y programas que atiendan a personas mayores. Todo ello desde el reconocimiento del avance que muchos de los países tienen en el desarrollo de programas y servicios, para lo cual se privilegia la estrategia del intercambio de buenas prácticas y el aprendizaje compartido entre países.
- Facilitar apoyo a estudios e investigaciones que permitan conocer más y mejor la situación de la oferta y demanda de servicios y programas, que irán requiriendo los cada vez más envejecidos adultos mayores del sur de América.

La agenda de trabajo del proyecto durante 2006 se ha centrado en la elaboración de este informe, en el que se recogen los primeros resultados del proceso de investigación y reflexión conjunta dirigido a elaborar un diagnóstico regional compartido y por países de la situación, recursos, necesidades y demandas de las personas mayores y/o en situación de dependencia en el Cono Sur, así como una

¹ Las instituciones participantes en el proyecto son las siguientes:

- Ministerio de Desarrollo Social. Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia. Dirección Nacional de Políticas para el Adulto Mayor. (Argentina).
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (Argentina).
- Consejo Nacional de los Derechos del Adulto Mayor, CNDI. (Brasil).
- Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre. (Brasil).
- Instituto Nacional del Seguro Social. (Brasil).
- Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA. (Chile).
- Instituto de Normalización Previsional, INP. (Chile).
- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Instituto de Bienestar Social. Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad. (Paraguay).
- Instituto de Previsión Social, IPS. (Paraguay).
- Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional del Adulto Mayor. (Uruguay).
- Banco de Previsión Social. (Uruguay).

serie de propuestas de acción, basadas en los hallazgos obtenidos en ese proceso y en el análisis de las experiencias internacionales y de los modelos de actuación aplicables.

La información incorporada en este documento se obtuvo a partir de un cuestionario elaborado por la Dirección del proyecto, que fue completado por las instituciones responsables en cada uno de los países, con el apoyo de los representantes de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social con sede en cada uno de ellos y que integran el Comité Técnico del proyecto (Anexo 2). Dicha información, enriquecida con datos provenientes de diversas fuentes secundarias, estudios e investigaciones existentes en cada país (Anexo 1) y del propio conocimiento de directivos y profesionales, fue consolidada por el equipo de Dirección del proyecto, y puesta a consideración de los responsables de cada país, que la revisaron y completaron. Tanto el cuestionario inicial como los informes relativos a cada país, los resúmenes de conjunto y los lineamientos de trabajo futuro han sido debatidos y consensuados en tres encuentros que se mantuvieron a lo largo del año 2006. Es de destacar, en este proceso, el alto grado de participación e involucramiento de las autoridades nacionales, el trabajo intersectorial realizado, el liderazgo demostrado en la temática, así como la calidad y experiencia de los equipos técnicos que han colaborado en la preparación de este documento.

Se ha establecido, asimismo, una agenda de trabajo para el año 2007, que da continuidad a lo realizado hasta el momento y que prevé dos encuentros del Comité Técnico; el desarrollo del programa de Capacitación mencionado; el lanzamiento del portal de mayores, y la ampliación del proyecto a Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador y México.

En años sucesivos el proyecto se ampliará, previa evaluación de los resultados obtenidos, al resto de los países iberoamericanos.

1.1. Estructura y contenidos

La primera parte de este documento está constituida por **cinco informes nacionales** (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay), en los que se esboza un mapa básico que contempla diversos aspectos de la situación y calidad de vida de las personas mayores, incluyendo los programas y acciones concretas dirigidas a su atención, en los países del Cono Sur. Cada uno de estos informes está estructurado en cuatro apartados:

- **Aspectos demográficos.** Este apartado presenta los principales datos sobre el proceso de envejecimiento demográfico que experimenta cada uno de los países del Cono Sur.
- **Condiciones de vida de los adultos mayores.** Esta sección muestra una panorámica general de la situación socioeconómica de los adultos mayores en cada uno de los países, incidiendo sobre en los ámbitos de la salud, situación económica y pobreza, actividad laboral, nivel educativo, formas de convivencia.
- **Marco Jurídico e Institucional.** Esta sección explora los diferentes instrumentos normativos que garantizan y protegen los derechos de las personas mayores así como los planes, actuaciones y programas que se

desarrollan a favor de este colectivo en cada uno de los países del Cono Sur además de identificar y presentar las entidades responsables de gestionar y/o coordinar dichas actuaciones.

- **Red de Recursos.** Se ha intentado en la medida de lo posible presentar una breve descripción de la infraestructura de recursos sociosanitarios con la que cuentan cada uno de los países del Cono Sur, además de considerar las redes de apoyo social y la participación de los adultos mayores en el movimiento asociativo.

La segunda parte es un **resumen de los cinco informes nacionales elaborado con una perspectiva de conjunto**, en el que, partiendo de la constatación de las diferencias existentes, tanto en los aspectos demográficos como en las condiciones de vida de los adultos mayores y en el desarrollo de los sistemas de previsión y atención, se resalta la identidad y las peculiaridades de cada país, desde el convencimiento de que, precisamente debido a las diferencias nacionales, una consideración conjunta posibilita el aprendizaje de experiencias exitosas. Se ha tratado, en definitiva, de poner en valor una de las características más señaladas de América Latina en general y del Cono Sur en particular, su gran diversidad, que se expresa tanto entre naciones, como hacia adentro de cada país.

En la tercera parte se plantean una serie de **líneas de trabajo** que se consideran esenciales para avanzar en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores y/o en situación de dependencia en los países del Cono Sur. También se identifican una serie de **actuaciones concretas** que podrían emprenderse a corto y medio plazo para avanzar hacia los objetivos de mejora de la calidad de vida de los adultos mayores y/o en situación de dependencia en los países del Cono Sur

El documento se cierra con un anexo bibliográfico y con la relación de los componentes del equipo del proyecto y de los asistentes a las reuniones técnicas celebradas por el proyecto durante el año 2006.

1.2. Naturaleza del informe

Este informe supone un primer esfuerzo de sistematización de la situación de las personas mayores en los países del Cono Sur. Es importante destacar que no es, ni pretende ser, un estudio acabado, ni tampoco abarcativo de toda la información disponible, aunque sí constituye un importante avance para la comprensión, tanto de los avances producidos, como de los caminos que aún quedan por recorrer en relación con la atención de las necesidades de las personas mayores. Tiene, además, el valor agregado de haber servido de oportunidad para revisar los planes y programas en marcha, establecer indicadores que miden el impacto del quehacer institucional, y de haber resultado un eficaz disparador para la elaboración de futuras estrategias. También ha sido útil para dimensionar la brecha entre la información existente y la necesaria para establecer programas integrales e integrados para la atención de los adultos mayores, en los países ya envejecidos de América Latina.

Al valorar la forma de presentar este documento, se ha decidido encabezarlo con el subtítulo "Apuntes para un diagnóstico". Se ha querido, con ello, dejar claro que lo que se ofrece es un primer acercamiento a la realidad de los adultos mayores en los países del Cono Sur, un primer resultado de un proceso dinámico que requiere, para culminar con éxito, del trabajo continuado de los responsables de las políticas

públicas junto con la participación de los adultos mayores y sus organizaciones en cada uno de los países.

Hay dos consideraciones adicionales que refuerzan ese carácter preliminar e inacabado de este documento: La primera es que la información que se presenta en este informe es, por su propia naturaleza, cambiante, y que, por ello, este documento ha de ser visto como una aproximación inicial, que será actualizada, revisada y mejorada en posteriores ediciones. La segunda es que todos los países del Cono Sur se encuentran en una nueva etapa de sus democracias, y, consecuentemente, han abordado una profunda reformulación de sus políticas. En todos ellos surge un Estado presente, una planificación articulada entre los diversos sectores y un nuevo concepto de la autoridad social. Esto implica que la temática de las personas mayores vaya tomando nuevo protagonismo en la agenda pública, por lo que es de esperar el surgimiento de nuevos planes y políticas.



***Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia
y Servicios Sociales en los países del Cono Sur***

PRIMERA PARTE: INFORMES NACIONALES



ARGENTINA

Informe sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores



MINISTERIO *de*
DESARROLLO SOCIAL

SECRETARÍA DE NIÑEZ, ADOLESCENCIA Y FAMILIA
Dirección Nacional de Políticas para el Adulto Mayor



La información básica para la elaboración de este Informe sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en Argentina fue recabada por la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social por medio de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores a partir de los datos informados por la Dirección de Estadística e Información de Salud del Ministerio de Salud; la Dirección de Estadísticas Poblacionales del INDEC; el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales-SIEMPRO; la Administradora Nacional de Seguridad Social (ANSES); el Programa Federal de Salud (PROFE) dependiente del Ministerio de Salud y la Comisión de Pensiones no Contributivas del Ministerio de Desarrollo Social, a fin de completar los campos del cuestionario diseñado al efecto por la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social en colaboración con las instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de los adultos mayores en los países del Cono Sur, en el marco del Proyecto "Adultos Mayores, Dependencia y Servicios Sociales".

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1. Población de Adultos mayores según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001

Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001, la población total de Argentina es de 36.260.130 personas. La densidad de población es de 13 habitantes por km².

La esperanza de vida al nacer es de 75,24 años. Para los varones es de 71,56 y para las mujeres de 79,06². La esperanza de vida adicional a los sesenta años es de 19,97 años en total, para los varones 17,38 años y para las mujeres 22,33 años³.

La Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica, mostrando signos de su envejecimiento desde 1970. En la actualidad, según cifras aportadas por el INDEC (2001), el número de personas mayores de 60 años residentes en Argentina asciende a 4.871.957 (un 13,4% de la población total). La proporción que suponen las personas mayores de 65 años sobre el conjunto de la población asciende al 9,8 por ciento, y la de los mayores de 85, el 0,8 por ciento. Las personas mayores constituyen el 11,8% de la población total rural y el 13,6% de la población total urbana del país. Las personas mayores de 75 años representan un 30% de la población mayor.

La población adulta mayor de Argentina presenta una feminización progresiva, que se refleja en una mayor proporción de mujeres que va aumentando conforme avanza la edad, según puede observarse en la siguiente tabla.

ARGENTINA- Población de Adultos Mayores según el censo de 2001 (miles de personas y porcentajes)						
	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
Total	4.871.957	2.054.151	2.817.806	13,4	42,2	57,8
60-64	1.284.337	597.259	687.078	3,5	46,5	53,5
65-69	1.109.788	499.544	610.244	3,1	45,0	55,0
70-74	996.525	422.426	574.099	2,8	42,4	57,6
75-79	727.895	289.055	438.840	2,0	39,7	60,3
80-84	432.908	152.255	280.653	1,2	35,2	64,8
85 y más	320.504	93.612	226.892	0,9	29,2	70,8

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

² INDEC (2004), Serie Análisis Demográfico N° 30. Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015.

³ INDEC, Tablas abreviadas de Mortalidad 2000-2001

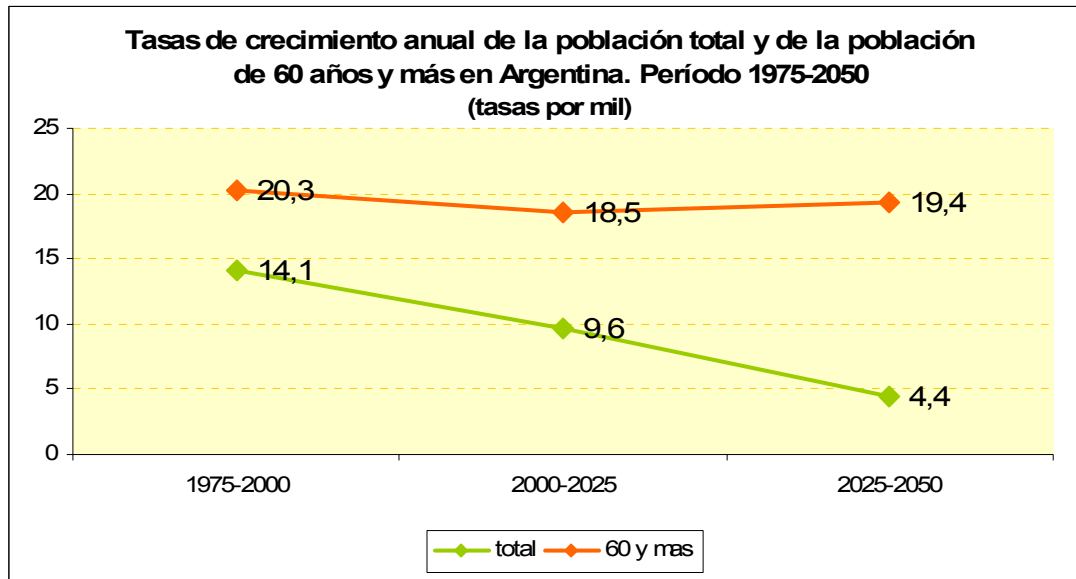
1.2. Evolución de la población mayor en el período 1975-2050

De acuerdo con los datos recogidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía en el número 73 de su boletín demográfico (2004), sobre estimaciones de población para América Latina y el Caribe, en el año 1975 la población argentina era de 26 millones de habitantes, de los que cerca de 3 millones eran mayores de 60 años, lo que en términos porcentuales significaba el 11,41%. En el año 2000 la población de adultos mayores representaba ya el 13,43% de la población total. Las estimaciones apuntan a que el peso de los adultos mayores seguirá creciendo a lo largo de este siglo a tal grado que para el 2050 un cuarto de la población argentina tendrá más de 60 años.

ARGENTINA- Población total y Adultos Mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (miles de personas, a mitad del año)				
	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	26.049	36.785	45.732	50.604
Hombres	13.004	18.022	22.408	24.723
Mujeres	13.046	18.763	23.324	25.881
Hombres %	49,9	49,0	49,0	48,9
Mujeres %	50,1	51,0	51,0	51,1
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	2.971	4.942	7.749	12.477
Hombres	1.369	2.099	3.289	5.464
Mujeres	1.602	2.843	4.462	7.014
Proporción s/ la población total %	11,4	13,4	16,9	24,7
Hombres %	46,1	42,5	42,4	43,8
Mujeres %	53,9	57,5	57,6	56,2

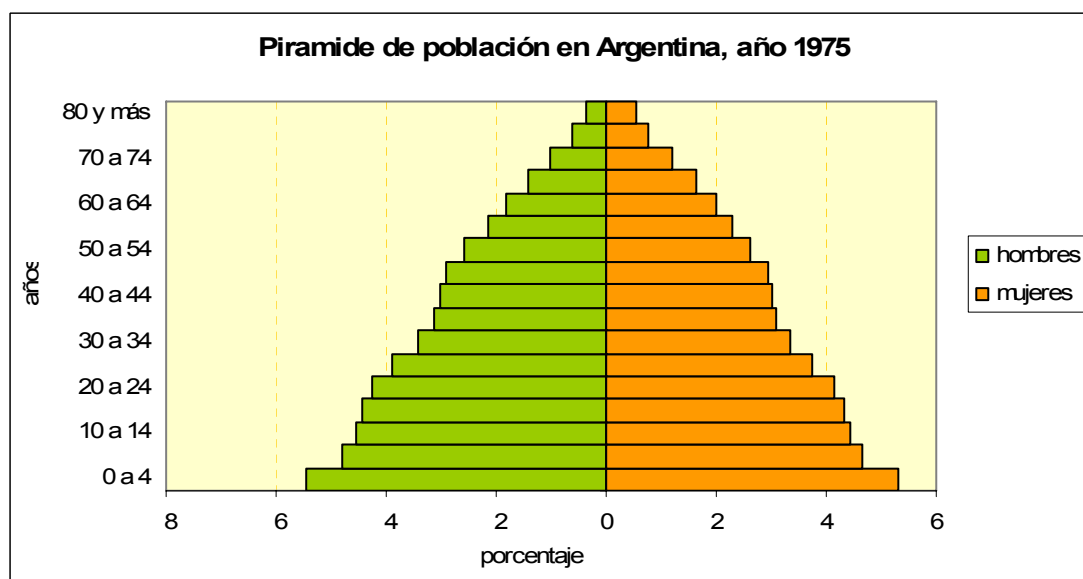
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. CELADE 2004.

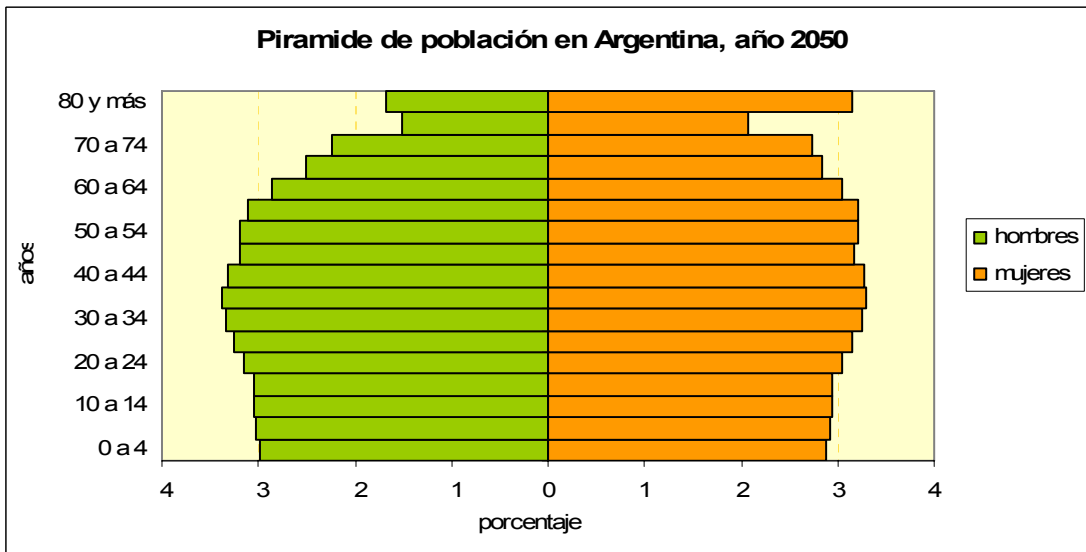
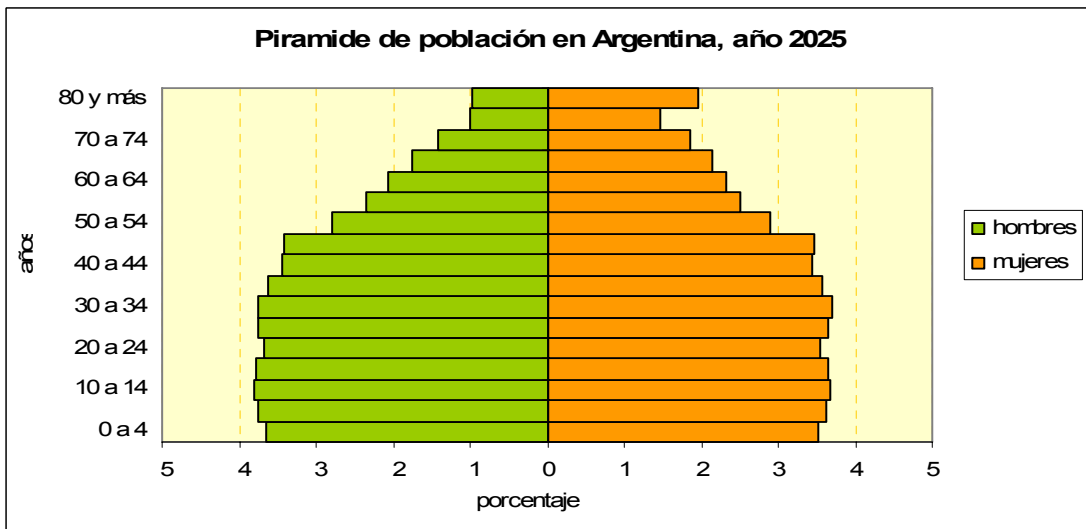
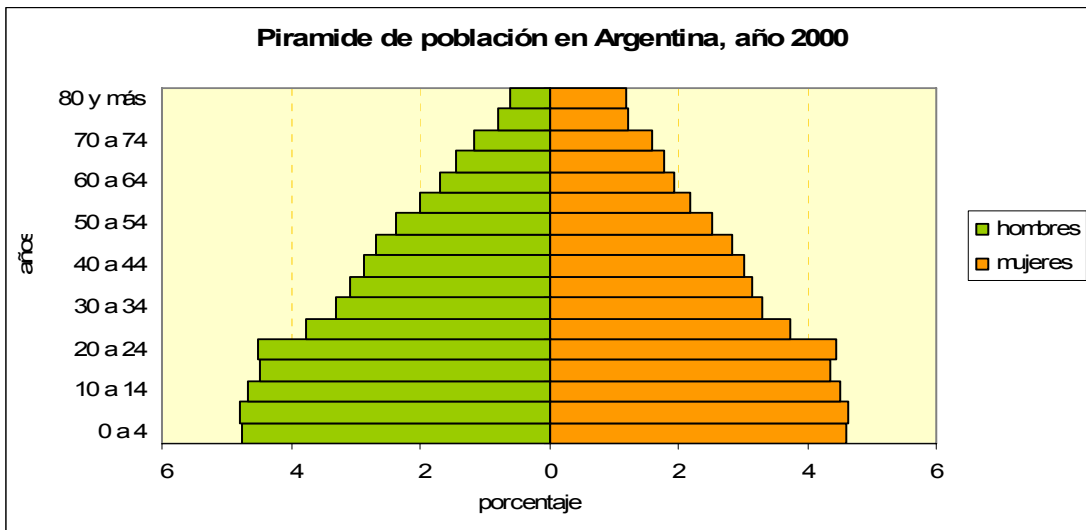
Junto a este aumento cuantitativo de la población mayor se aprecia un descenso en el crecimiento de la población total. Según la CEPAL, la tasa de crecimiento de la población argentina pasó del 14,1 por mil en el período 1975-2000 a 9,6 por mil en el 2000-2025 y se prevé que para el ciclo 2025-2050 sea del 4,4 por mil. Este descenso contrasta con el aumento que, por otro lado, se observa por parte de la población de 60 años y más. Considerando el mismo período se advierte cómo la tasa de crecimiento de los adultos mayores evoluciona de manera ascendente hasta llegar a cuadruplicar los valores de crecimiento del conjunto poblacional. La tasa de crecimiento del grupo etario de 60 años y más se situaba en el lapso de 1975-2000 en el 20,3 por mil y para el 2025-2050 se calcula que podrá llegar al 19,04 por mil.



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

Una herramienta básica para ilustrar los cambios en la estructura demográfica de una población son las pirámides de población. A continuación se muestran los gráficos correspondientes a la población argentina en los años 1975, 2000, 2025 y 2050. La pirámide de edades quinquenales de Argentina en el año 1975 expresa una estructura de edades donde prevalece la población infantil y juvenil mientras que se va estrechando de forma pronunciada conforme avanza la edad. Para el año 2000 este gráfico ya apunta los rasgos de una transformación en las pautas demográficas. La proyección de las pirámides del 2025 y el 2050 indica cómo la base va disminuyendo al tiempo que en los grupos etarios intermedios y los que corresponden a la población de 60 años aumenta. La edad media de la población, que se ha incrementado ligeramente en el último cuarto del siglo XX, pasando de los 27,3 años en 1975 a los 27,8 en el 2000, crecerá de forma significativa en la primera mitad del siglo XXI: se espera que sea ya de 34 años en 2025 para alcanzar los 40 años en el año 2050.



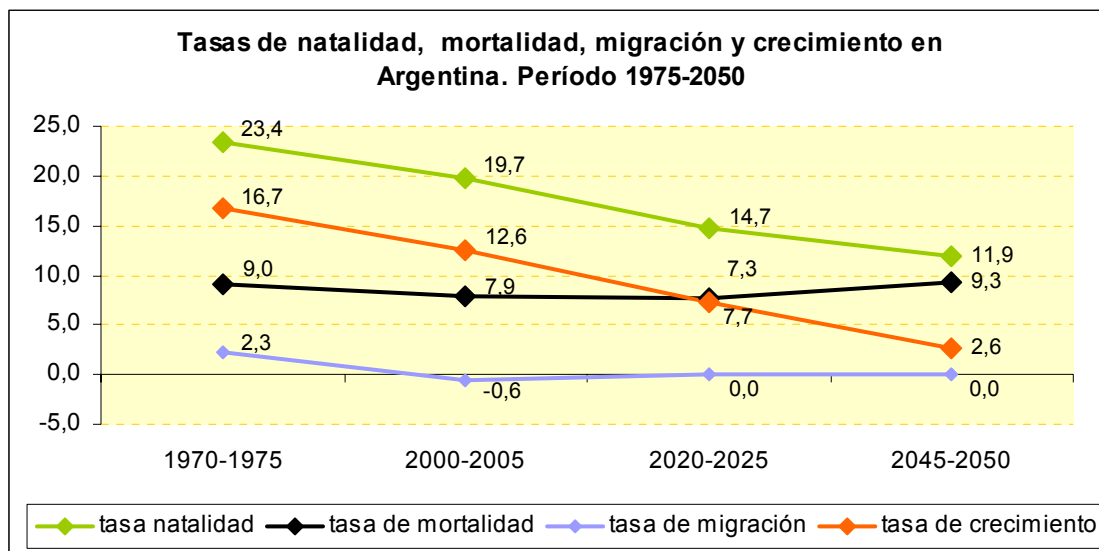


Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

Son diversos factores los que determinan este cambio. El principal es, sin duda, el descenso de las tasas de fecundidad. El número de hijos por mujer ha ido descendiendo paulatinamente, pasando de 3,15 en el quinquenio 1970-1975 a 2,35 en el quinquenio 2000-2005. Se calcula que el número de hijos por mujer en el período 2020-2025 se situará en dos y que en 2045-2050 esta cifra se reducirá a 1,85. La tasa bruta de natalidad, que era de 23,4 nacimientos por cada mil habitantes en el quinquenio 1970-75, había descendido 19,7 nacimientos por cada mil habitantes en el quinquenio 2000-2005. Las previsiones para los quinquenios 2020-2025 y 2045-2050 son de 14,7 y 11,9 nacimientos por mil habitantes, respectivamente.

La tasa de mortalidad también ha descendido, pasando de 9,0 fallecimientos por mil habitantes en el quinquenio de 1970-1975, a 7,9 por mil en el quinquenio 2000-2005. Se prevé que descienda levemente hasta 2025 para después volver a elevarse, debido al envejecimiento de la población.

El saldo migratorio, que en el quinquenio 1970-75 era positivo, había pasado a ser negativo en el período 2000-2005. Las previsiones de la CEPAL apuntan a un saldo migratorio prácticamente nulo en el futuro.



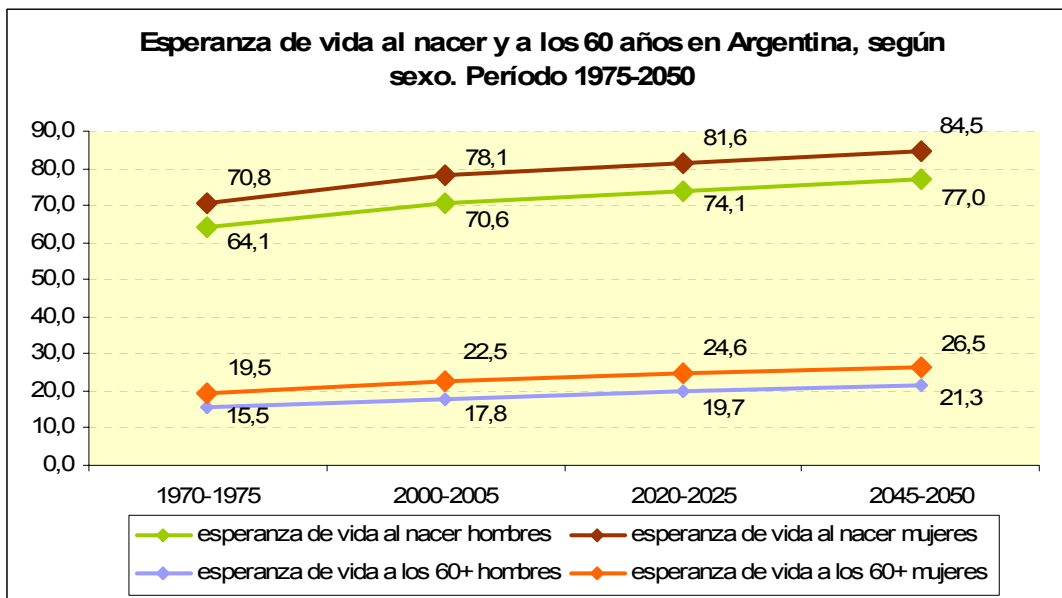
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

La esperanza de vida al nacer ha pasado de los 67,3 años en el quinquenio 1970-1975 a los 74,3 años en período 1995-2000, y se calcula que esta esperanza vital se amplíe hasta los 80,7 años en el 2050. Al diferenciar por género, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es, en promedio, 7 años mayor que la de los varones. Así, en el quinquenio de 1970-1975, la esperanza de vida al nacer de los varones se situaba en los 64,1 años frente a los 70,8 de las mujeres

Las perspectivas sobre esta variable siguen manteniendo estas divergencias entre hombres y mujeres: se calcula que en el 2050 la expectativa de vida al nacer será de 77 años para los varones y de 84,5 para las mujeres.

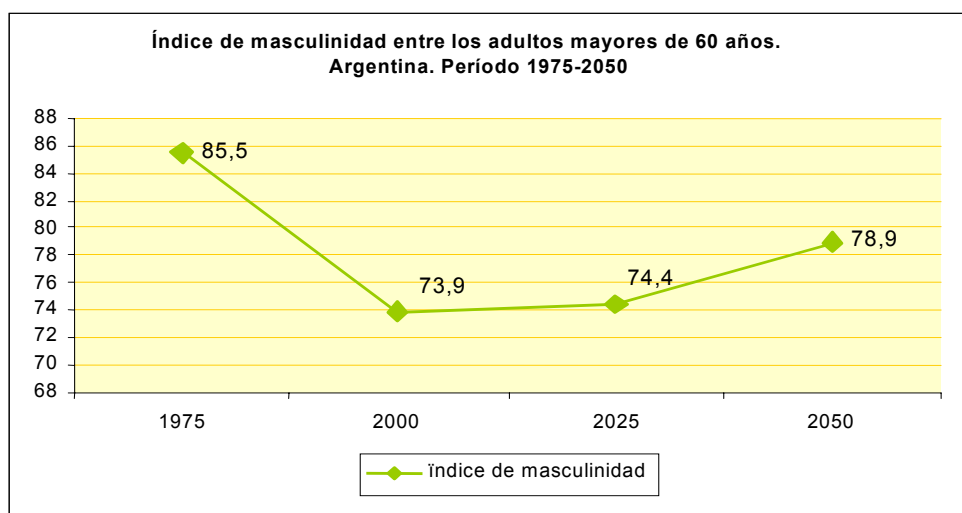
Por lo que se refiere al número de años que le restarían por vivir a una persona al cumplir los 60, para el quinquenio 1970-1975, los varones mantenían una

expectativa vital de 15,5 años adicionales frente a los 19,5 de las mujeres. A mitad del presente siglo, se estima que la esperanza de vida adicional a los 60 años será de 21,3 años para los varones y de 26,5 para las mujeres.



Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025*. CELADE, 2004.

Como consecuencia del diferencial en las expectativas de vida, se ha incrementado el peso de las mujeres dentro de la población mayor. Según datos de la CEPAL, en el año 1975 el 54% de la población argentina de 60 años y más era mujer, mientras que para el 2000 esta proporción se situaba en el 57,5%. Las proyecciones apuntan a que los índices de masculinidad de la población adulta mayor (número de hombres por cada 100 mujeres), que habían descendido desde 85,5 en 1975 hasta 73,9 en el año 2000, se incrementarán de forma muy ligera en el primer cuarto de siglo, para crecer después de forma algo más perceptible.



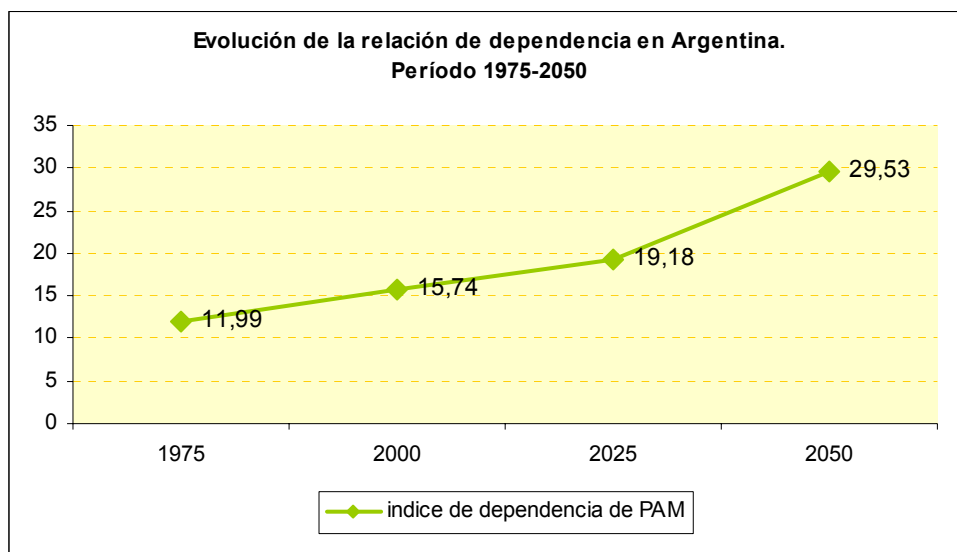
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 72, América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050*. CELADE, 2003.

Otro fenómeno derivado del incremento de las expectativas de vida es el aumento de la población más anciana, dando lugar a lo que se conoce como "el envejecimiento del envejecimiento". Así, se observa una evolución creciente de la proporción de población argentina de 75 años y más, que en el año 1975 representaba el 2,3% de la población total y que se espera llegue hasta el 8,4% en el 2050.

ARGENTINA - Población de 75 años y más en el período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
Total	600	1397	2466	4265
% respecto a la población de 60 y más años	30,4	38,8	43,0	45,0
% respecto a la población total	2,3	3,8	5,4	8,4

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

Este incremento en la población adulta mayor genera un incremento en la relación de dependencia (proporción que suponen los adultos mayores respecto a la población económicamente activa). En efecto, la relación de dependencia en Argentina muestra un ritmo de crecimiento ascendente, que puede observarse en el siguiente gráfico.



Relación de dependencia= (Población de 65años y más / población de 15-64) x 100

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL *Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025*. CELADE, 2004.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN ARGENTINA

2.1. Salud

Argentina cuenta con un sistema de salud público y universal, al que cualquier ciudadano tiene derecho a acceder. Por otra parte, existen otras formas de cobertura como las obras sociales (para los trabajadores formales), las mutuales o las prepagas. Bajo estas modalidades encontramos una cobertura del 77%, siendo la mayor entidad por número de afiliados el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

ARGENTINA- Población de 60 años y más por cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual, según sexo y grupos de edad. Total del país. Año 2001												
Grupos de edad	Obra social y/o plan de salud privado o mutual											
	TIENE						NO TIENE					
	total	%	varones	%	mujeres	%	total	%	varones	%	mujeres	%
60 a 64	809.955	63,1	339.622	56,9	470.333	68,5	474.382	36,9	257.637	43,1	216.745	31,5
65 a 69	808.553	72,9	341.444	68,4	467.109	76,5	301.235	27,1	158.100	31,6	143.135	23,5
70 a 74	814.888	81,8	336.128	79,6	478.760	83,4	181.637	18,2	86.298	20,4	95.339	16,6
75 a 79	630.637	86,6	248.712	86,0	381.925	87,0	97.258	13,4	40.343	14,0	56.915	13,0
80 y más	663.682	88,1	215.931	87,8	447.751	88,2	89.730	11,9	29.936	12,2	59.794	11,8
Total	3.727.715	76,5	1.481.837	72,1	2.245.878	79,7	1.144.242	23,5	572.314	27,9	571.928	20,3

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Según los egresos hospitalarios del sector público registrados en el año 2000⁴, las cinco principales causas de morbilidad de la población adulta mayor argentina son: enfermedades cerebrovasculares, enfermedades hipertensivas, colelitiasis y colecistitis, neumonía e influenza y traumatismos en miembros superiores e inferiores.

La primera causa de muerte de la población de 60 años y más es la insuficiencia cardíaca con una tasa de 480,7 fallecimientos por cien mil habitantes. Le suceden las enfermedades cerebrovasculares y la neumonía, con tasas de 344,4 y 247 respectivamente.

⁴ Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información (2000).

ARGENTINA-Principales causas de mortalidad por edad y sexo y tasas por 100.000 habitantes para el grupo de 60 y más años. (Tasas por 100.000 habitantes de 60 y más años)	
Población de 60 y más años	4.262,2
1. Insuficiencia cardíaca	480,7
2. Enfermedades cerebrovasculares	344,4
3. Neumonía	247,0
4. Infarto Agudo de Miocardio	208,8
5. Septicemias	154,8
Varones de 60 años y más	5.011,8
1. Insuficiencia cardíaca	498,1
2. Enfermedades cerebrovasculares	382,5
3. Infarto Agudo de Miocardio	282,2
4. Neumonía	270,8
5. Diabetes Mellitus	175,8
Mujeres de 60 y más años	3.710,1
1. Insuficiencia cardíaca	467,7
2. Enfermedades cerebrovasculares	316,3
3. Neumonía	229,5
4. Infarto Agudo de Miocardio	154,8
5. Septicemias	144,5

Fuente. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información (2000).

Con referencia a la situación de discapacidad, encontramos que el 28,3% de las personas de 65 años y más, presenta algún tipo de discapacidad, y entre los de 75 y más años la incidencia de la discapacidad crece al 37,8%. De la población adulta mayor con discapacidad, un 63,4% presenta una sola discapacidad, el 27,5% dos discapacidades y el resto (9%) más de dos discapacidades⁵.

ARGENTINA- Total del País. Población con discapacidad. Cantidad de discapacidades por grupos de edad. Año 2002-2003								
Grupos de edad	POBLACION CON DISCAPACIDAD		Cantidad de discapacidades					
			una discapacidad		dos discapacidades		tres o más discapacidades	
Todas las edades	2.176.123	100	1.609.118	73,9	438.823	20,2	128.182	5,9
65-74 años	372.217	100	256.493	68,9	95.567	25,7	20.067	5,4
75 años y más	494.041	100	293.099	59,3	14.734	28,9	58.208	11,8
Total adultos mayores	866.258	100	549.592	63,4	238.391	27,5	78.275	9,0

Nota: El total del País abarca el conjunto de los centros urbanos del país con 5.000 habitantes o más
Fuente: INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003- Complementaria Censo 2001

El estudio SABE⁶ realizó una aproximación a la determinación de la expectativa de vida sin discapacidad tomando como base las tasas de invalidez estimadas a la tabla de mortalidad en general. La esperanza de vida sin discapacidad invalidante es diferencial según género siendo de 15,55 años para los varones y de 17,23 años para las mujeres a los 60 años.

⁵ INDEC, Encuesta Nacional Complementaria de Personas con Discapacidad, 2002-2003.

⁶ Organización Panamericana de la Salud, Encuesta Multicéntrica sobre Salud Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y El Caribe.

ARGENTINA. Total del País. Esperanza de vida total y saludable, por sexo. Año 2000-2005						
Edad	Varones			Mujeres		
	Expectativa de vida en años			Expectativa de vida en años		
	Saludable	Inválido	Total	Saludable	Inválido	Total
60	15,55	2,27	17,82	17,23	5,30	22,53
65	12,27	2,19	14,46	13,44	4,98	18,42
70	9,32	2,08	11,38	9,99	4,56	14,55
75	7,29	1,35	8,64	6,61	4,42	11,02
80	4,78	1,43	6,22	4,00	3,96	7,97

Fuente: Encuesta SABE (2002). OPS-BID-CENEP. Tabla 3. (Pág. 204 y 205)

2.2. Situación económica y pobreza

2.2.1. Jubilaciones y pensiones

El 73% de los adultos mayores varones de 65 y más años y el 60% de las mujeres de 60 y más años cuenta con una jubilación o pensión (la edad de jubilación es de 65 años para los varones y de 60 para las mujeres). A medida que avanza la edad, la proporción de mayores que percibe este ingreso por jubilación o pensión aumenta, superando el 80% a partir de los 75 años.

En Argentina existen pensiones asistenciales a la vejez (no contributivas), para personas de 70 o más años no cubiertos por ningún tipo de pensión y que no posean bienes, ingresos o recursos de cualquier tipo que permitan su subsistencia. Al 30 de junio de 2006 el número de beneficiarios de estas pensiones ascendía a 147.933.⁷ El monto de esta pensión graciable cubre el 82% de la canasta básica total de un hogar conformado por una pareja de adultos mayores.

2.2.2. Situaciones de pobreza en los adultos mayores

El porcentaje de personas mayores en situación de pobreza varía de acuerdo al criterio de medición utilizado. Así:

- El 17,3% de la población adulta mayor del país es pobre por *ingresos*, en términos absolutos, eso significa que 910.540 adultos mayores se encuentran por debajo de la línea de pobreza.
- El 4,9% de las personas mayores (256.339) son indigentes (no acceden a la canasta alimentaria)⁸.
- El 11,8% de la población de 60 años y más es pobre de acuerdo al criterio de *necesidades básicas insatisfechas*⁹.
- Según el Índice de *privación material de los hogares* El 28,7% de la población mayor sufre alguna forma de privación: el 13,6 sólo de recursos

⁷ Incluyen las pensiones por madre de 7 hijos y por discapacidad que tienen por beneficiarios a las personas de 70 y más años. Ministerio de Desarrollo Social, Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, junio 2006.

⁸ INDEC, *Encuesta Permanente de Hogares. Primer semestre de 2006*.

⁹ INDEC, *Censo Nacional de Población Hogares y Vivienda, 2001*.

corrientes; el 8,2% sólo patrimonial y el 6,8% convergente (privación simultánea de recursos corrientes y patrimoniales)¹⁰.

2.3. Actividad laboral

La población ocupada mayor de 60 años, según datos del Censo 2001 alcanza un 17% (851.037) del total de personas mayores. Existen diferencias según género y edad. Así, mientras que el 52% de los varones de 60-64 años continúa en el mercado laboral, a partir de la edad jubilatoria (65 años) la participación se reduce al 19%. Entre las mujeres de 60 a 64 años trabaja el 21%, y pasada esta edad lo hacen sólo el 6% (es conveniente recordar que la edad jubilatoria para los varones es de 65 años y para las mujeres de 60 años).

Por otra parte, los datos del Censo también indican que las personas mayores de 60 años a pesar de percibir jubilación siguen manteniendo actividad laboral en un 5%; una proporción muy baja, del 0,2%, estudia y trabaja, y una proporción significativa (12%) trabaja y no percibe jubilación ni pensión.

ARGENTINA- Total del País. Personas adultas mayores por percepción de jubilación o pensión según grupo de edad					
Grupos de edad	Total	Percepción de jubilación			
		Percibe jubilación o pensión	%	No percibe jubilación o pensión	%
Total	4.871.957	2.884.342	59	1.987.615	41
60-64	1.284.337	355.865	28	928.472	72
65-74	2.106.313	1.284.873	61	821.440	39
75-79	727.895	587.399	81	140.496	19
80 y más	753.412	656.205	87	97.207	13

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

2.4. Educación y vejez

Un 8% de la población adulta mayor no cuenta con instrucción formal, el 73% ha alcanzado hasta secundaria incompleta, el 19% restante cuenta con secundaria completa y más. El porcentaje de analfabetismo en este conjunto poblacional se sitúa en el 6%.

ARGENTINA- Total del País. Personas adultas mayores por máximo nivel de instrucción alcanzado según grupo de edad							
Grupos de edad	Total	Máximo nivel de instrucción					
		sin instrucción	%	Hasta secundaria incompleto	%	Secundaria completo y más	%
Total	4.871.957	408.711	8	3.554.720	73	908.526	19
60-69	2.394.125	160.832	7	1.713.610	72	519.683	22
70-79	1.724.420	152.838	9	1.286.534	75	285.048	17
80 y más	753.412	95.041	13	554.576	74	103.795	14

Fuente: INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

¹⁰ Ibid.

2.5. Vivienda

El 85% de los adultos mayores argentinos reside en viviendas propias, y el número de personas mayores en condiciones de hacinamiento es bajo: un 1,2%.

El 85,9% de los adultos mayores habita en casa o departamento. El resto lo hace en viviendas precarias (13,7%) y en menor medida en hoteles o inquilinatos (0,4%)

El 61,5% de las personas de 60 y más años tiene acceso a desagüe de red cloacal; el 87,2% tiene acceso a agua de red; el 96,2% a energía eléctrica por red, el 73,2% a energía de gas por red; el 91,5% a alumbrado público; el 80,8% a pavimento en las calles cercanas a su vivienda; el 91,6% a servicio de recolección de residuos, el 81,5% a transporte público a menos de 300 metros a la redonda de su vivienda y el 80,4% a teléfono público a menos de 300 metros a la redonda de su vivienda.

El 69,6% de las personas mayores habita en viviendas que reúnen todos los requisitos de calidad de los materiales y el 10,6% de la población mayor carece de inodoro con descarga de agua.

Con respecto a la posesión de bienes durables, sólo el 13,6% de los adultos mayores que habita en sus hogares tiene una computadora en su domicilio. Casi el total de la población mayor cuenta con heladera y dos de cada tres con teléfono y lavarropas.

El 2,3% de las personas mayores de 60 años vive en instituciones colectivas. El 61% de los mayores institucionalizados reside en hogares de ancianos (70.003); el 18% en hospitales (20.137); el 4% (4.913) en hogares religiosos y el resto en otras instituciones colectivas¹¹.

2.6. Formas de convivencia

La proporción de hogares encabezados por personas mayores creció significativamente, y el 21% de los hogares tiene como jefe a una persona mayor de 65 años, y el 29% si se toma el grupo de 60 y más.

La composición de los hogares se ha modificado, produciéndose un aumento de los hogares unipersonales: El 17,3% de los mayores de 60 años que vive en hogares familiares lo hace sólo, el 26,8% en hogar nuclear completo de pareja sola; el 14,6% en hogar nuclear completo de pareja e hijos; el 6,3% en hogar nuclear incompleto; el 34,2 en hogar extendido y el 0,8% en hogar no familiar.

El 55% del total de hogares unipersonales corresponde a personas mayores y el 34,5 % de los hogares en Argentina tiene una persona mayor de 60 años.

¹¹ Ibid.

Las personas mayores que habitan en hogares unipersonales, son el 37,1% de las que lo hacen en hogares unigeneracionales, en tanto que el 62,8% de los adultos mayores que habita hogares unigeneracionales lo hace en hogares multipersonales¹².

El 23% de las personas mayores pasa su día solo, en tanto que el 69% lo hace con algún familiar. A mayor edad, se pasa mayor cantidad de tiempo solo¹³.

2.7. Participación y uso del tiempo

La gran mayoría de los adultos mayores, el 99,2%, manifiesta estar enterado de lo que sucede en el país. Los medios que utiliza para ello son en primer lugar los noticieros de la televisión (el 55,4%), un tercio (30,1%) utiliza la radio como medio para estar informado y el 11,8% usa la prensa escrita.

Si bien más de la mitad de los adultos mayores no tiene una concurrencia habitual a lugares de participación social y/o recreativa, es interesante remarcar que asisten a instituciones el 28,4% y un 12,4% va frecuentemente a espacios verdes y plazas.

		* Nivel económico social					Total
		Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto	Alto	
Concurrencia habitual a lugares de reunión (múltiple)	Centro de jubilados	19.7	14.4	12.6	9.8	5.0	16.5
	Club	4.5	7.5	12.4	18.5	14.7	7.6
	Instituciones	2.1	3.3	5.5	8.0	10.0	3.5
	Inst.académicas	.6	.4	1.8	1.4	2.9	.9
	Plazas	10.9	14.7	14.3	12.6	17.5	12.4
	Otros	1.6	1.8	5.4	1.1		2.1
	Concurrió alguna vez ahora no va más	10.1	10.1	12.6	8.2	9.4	10.3
	No concurrió nunca	49.4	45.9	34.3	40.3	37.1	45.5
	No contesta	1.1	2.0	1.1		3.5	1.3

Fuente: Encuesta sobre Adultos Mayores MDS, 2001

¹² Ibid.

¹³ Encuesta sobre adultos mayores, MDS, 2001

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores

3.1.1. Derechos constitucionales

Antecedentes

Las respuestas del Estado Argentino en materia de vejez cuentan con antecedentes importantes de orden proteccional.

Durante el gobierno del Presidente Perón se establecieron los "Derechos de la Ancianidad". En los fundamentos de tal iniciativa se expresa: *"El problema de la vejez abandonada dejó de ser una seria preocupación en nuestro país. Por iniciativa de la Fundación de Ayuda Social (...), se proclamaron el 26 de agosto de 1948 los Derechos de la Ancianidad, contenidos en un decálogo en el que se garantiza a los hombres en la última etapa de su vida, el bienestar a que tienen derecho por haber dado su esfuerzo en bien de la colectividad. Esta conquista, que señala una etapa trascendente en la política social del gobierno, fue incluida en nuestra Constitución, por la Asamblea Constituyente reformadora de aquella el 11 de marzo del año 1949"*.

El articulado de los mismos comprendía:

- Derecho a la Asistencia: Puntualiza que todo anciano tiene derecho a su *protección integral*, por cuenta y cargo de su familia. El Estado *debe proveer dicha protección* en forma directa o por intermedio de institutos y fundaciones creadas.
- Derecho al albergue higiénico. *"A la vivienda digna, con un mínimo (...) de condiciones hogareñas"*.
- Derecho a la alimentación, al vestido, al cuidado de la salud física, al esparcimiento, al trabajo, a la tranquilidad y al respeto.

Previsiones constitucionales

La Constitución Nacional a través de diversas reformas, incluye los artículos 14 bis y 75, que contemplan los derechos de los adultos mayores.

Artículo. 14 bis (último párrafo).

*"...El estado otorgará los beneficios de la **seguridad social** que tendrá carácter de integral e irrenunciable, en especial, la ley que establecerá: el seguro social obligatorio que estará a cargo de entidades nacionales o provinciales con autonomía financiera o económica, administradas por los interesados con participación del Estado, sin que pueda existir superposición de aportes; jubilaciones y pensiones móviles; la protección integral de la familia, la defensa del bien de familia, la compensación económica familiar y el acceso a una vivienda digna..."*

Artículo 75.

Corresponde al Congreso:... (inciso 23): *"...Legislar y promover **medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato,***

y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad...”

3.1.2. Leyes específicas

Ley 24.241 Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones

Sancionada el 23 de septiembre de 1993 y promulgada el 13 de octubre de 1993. Esta ley instituye, con alcance nacional, el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, que cubre las contingencias de vejez, invalidez y muerte. Este sistema está conformado por un régimen previsional público y un régimen previsional de capitalización. Los aportes y contribuciones son obligatorias y se calculan tomando como base las remuneraciones y rentas y serán los siguientes: a) aporte personal de los trabajadores en relación de dependencia; b) contribución a cargo de los empleadores; c) aportes personales de los trabajadores autónomos.

RÉGIMEN PREVISIONAL PÚBLICO: este régimen está basado en el principio de solidaridad y otorgará las siguientes prestaciones a) Prestación básica universal; b) Prestación compensatoria; c) Retiro por invalidez; d) Pensión por fallecimiento; e) Prestación adicional por permanencia; f) Prestación por edad avanzada.

RÉGIMEN PREVISIONAL DE CAPITALIZACIÓN: La capitalización de los aportes destinados a este régimen será efectuada por sociedades anónimas denominadas Administradoras de Fondos de Jubilaciones y Pensiones (AFJP). Toda persona que se incorpore al régimen de capitalización elige libremente una administradora, la cual capitalizará en su respectivo fondo de jubilaciones y pensiones los aportes. El afiliado deberá incorporarse a una única administradora aunque el mismo preste servicios para varios empleadores o realice simultáneamente tareas como trabajador dependiente y en forma autónoma. Este régimen otorga las siguientes prestaciones: a) Jubilación ordinaria; b) Retiro por invalidez; c) Pensión por fallecimiento del afiliado o beneficiario

Breve Reseña Histórica y Aspectos Generales del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP)

El Sistema Único de Seguridad Social (SUSS) de carácter nacional fue creado mediante el Decreto N° 2.284/91. Se enmarca dentro de los sistemas de seguridad social con base contributiva, ya que su principal fuente de financiamiento la constituyen las imposiciones sobre salarios (aportes personales, contribuciones patronales y recursos fiscales). Componen el SUSS el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y las Obras Sociales, las Asignaciones Familiares y el Fondo Nacional de Empleo.

A partir del año 2004 se comenzó a introducir modificaciones tendientes a atender a sectores que por distintos motivos se encuentran excluidos del sistema y de este modo desprotegidos.

La **Ley N° 25.994** de diciembre de 2004 crea la Prestación Anticipada. Está destinada: a) A quienes se encuentren en la categoría de relación de dependencia como los autónomos, que cumplieran 60 años los varones y 55 las mujeres, puedan acreditar 30 años de servicio con aportes computables de 1 o más regímenes recíprocos y se encuentren en situación de desempleo al 30 de noviembre de 2004. b) A quienes teniendo la edad cumplida no tengan los 30 años de aporte requeridos. En este caso pueden acogerse a la moratoria los años faltantes que se irán descontando proporcionalmente de los haberes que perciban. La vigencia de esta ley es hasta enero de 2007, dado que es una medida de carácter excepcional.

El **decreto 1454/2005** de diciembre de 2005, está destinado a las personas que teniendo la edad para jubilarse les faltan años de aporte, en el caso que los años de aporte faltantes sean anteriores a 1993. Inclusive permite que las viudas o viudos de los afiliados que no hubieren completado los aportes puedan a través de este sistema acceder a la pensión por fallecimiento. También se les permite incluirse a quienes nunca hayan aportado al sistema previsional, para ese caso deben inscribirse como autónomos y luego solicitar el plan de facilidades de pago. Este beneficio se llama "Jubilación para las ama de casa", por la importante cantidad de mujeres que se encuentran en esta situación

Ley 13.478, Promulgada el 29 de Septiembre de 1948, que regula las **pensiones asistenciales para adultos mayores** (denominadas hasta que fue dictado el **Decreto 582/03 "A la vejez"**, un beneficio orientado a las personas de 70 años y más. Reglamentada por los decretos 432/97 y 582/03.

Decreto 582/2003, "Pensiones", de adecuación de la reglamentación para el otorgamiento de Pensiones a la Vejez, establecida por el Decreto N° 432 del 15 de mayo de 1997, dentro del marco de los lineamientos de Políticas Sociales implementados por el Ministerio de Desarrollo Social. Este Decreto **universaliza las pensiones asistenciales para adultos mayores.**

REQUISITOS PENSION ASISTENCIAL A LA VEJEZ

- Tener 70 años de edad o más.
- Acreditar la identidad, edad y nacionalidad mediante Documento Nacional de Identidad, Libreta Cívica o Libreta de Enrolamiento.
- Ser argentino nativo o naturalizado, residente en el país.
- Los extranjeros deberán acreditar una residencia mínima continuada en el país de cuarenta (40) años y será demostrada con la presentación del Documento Nacional de identidad.
- No estar amparado el peticionante ni su cónyuge por un régimen de previsión, retiro o prestación no contributiva alguna.
- No tener parientes que estén obligados legalmente a proporcionarle alimentos o que teniéndolos, se encuentren impedidos para poder hacerlo.
- No poseer bienes, ingresos de cualquier tipo, ni recursos que permitan su subsistencia.
- No encontrarse detenido a disposición de la justicia.
- Cuando se tratare de un matrimonio, la pensión se tramitará solamente a favor de uno de los cónyuges.

3.1.3. Leyes sectoriales

Son muchas las leyes sectoriales que, aunque no se dirigen específicamente a los adultos mayores, contienen previsiones al respecto. A continuación se detallan las más importantes en las áreas de salud, lucha contra la pobreza y protección contra la violencia familiar.

Ley 24.734 "Cobertura Médica". Promulgada el 6 diciembre de 1996. Otorga el derecho a hacer uso de los servicios del sistema de cobertura médica a toda persona con beneficio acordado por la autoridad competente, conforme al régimen de las Leyes 13.478 (pensiones a la vejez por invalidez), 23.746 (pensión a madres de siete hijos), 23.109 (beneficio a ex-soldados combatientes de Malvinas) y 23.466 (pensión para menores de 21 años de progenitores desaparecidos) a partir del reconocimiento de su derecho al beneficio.

Decreto 455/2000 "Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos". Su propósito es lograr la efectiva aplicación y materialización del Derecho a la Salud satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de Equidad, Solidaridad y Sustentabilidad de las acciones encaradas. Entre otras estrategias, contempla el desarrollo y promoción de programas y acciones dirigidas a poblaciones en situación de vulnerabilidad bio-psico-social con el fin de controlar los riesgos evitables y de fortalecer los recursos bio-psico-sociales disponibles, considerando dentro de tales grupos a la madre y al niño, al adolescente, a los pueblos indígenas, **a las personas de edad avanzada**, a las personas con capacidades diferenciales, a las poblaciones marginadas y de pobreza estructural y a todo otro grupo vulnerable.

Ley 25.724 "Programa Nacional de Nutrición y Alimentación". Promulgada el 16 de enero de 2003. El Programa Nacional de Nutrición y Alimentación está destinado a cubrir los requisitos nutricionales de niños hasta los 14 años, mujeres embarazadas, discapacitados y **ancianos desde los 70 años en situación de pobreza**.

Decreto N° 1018/2003 Aprueba la reglamentación de la Ley N° 25724 PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION Y ALIMENTACION Instituye con alcance nacional y obligatorio basado en los principios de solidaridad, igualdad, universalidad e inmediatez, el Sistema Integrado de Protección a la Familia que cubre las contingencias de infancia y vejez. Beneficiarios: a) población bajo la línea de indigencia: embarazadas y niños de CERO (0) a CINCO (5) años, **y adultos mayores a partir de los SESENTA (60) años**, sin cobertura social y que sean beneficiarios de Programas de Asistencia Alimentario al momento del dictado de la presente reglamentación; b) población incluida en esta etapa con desnutrición grado 1, 2 y 3.

Ley 21.074 "Subsidios y asignaciones familiares". Promulgada el 10 de Octubre de 1975, por la que se instituye el subsidio por sepelio de beneficios del régimen nacional de previsión y de **pensiones no contributivas a la vejez**, por invalidez, gratificables y de leyes generales.

Ley N° 24.417 “*Protección contra la Violencia Familiar*”. Promulgada el 28 de diciembre de 1994. Prevé que toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta ley se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o en las uniones de hecho.

Cuando los damnificados fuesen menores o incapaces, **ancianos** o discapacitados, los hechos deberán ser denunciados por sus representantes legales y/o el ministerio público. También estarán obligados a efectuar la denuncia los servicios asistenciales sociales o educativos, públicos o privados, los profesionales de la salud y todo funcionario público en razón de su labor. El menor o incapaz puede directamente poner en conocimiento de los hechos al ministerio público.

3.1.4. Convenios Internacionales

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Jerarquía Constitucional. Art. 25.1.
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Jerarquía Constitucional. Art. 2.2 y 9.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Jerarquía Constitucional Art. 2.1 y 26.
- Carta Constitutiva de los Estados Americanos. Art. 3.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. Jerarquía Constitucional. Art. XIV y XVI.
- Convención Americana sobre los Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) Art. 1.1.
- Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos. (Protocolo de San Salvador) Art. 3,9 y 17.
- Ley 11.722 Aprueba el Pacto de la Sociedad de las Naciones contenido en los 26 primeros artículos del Tratado de Paz firmado en Versalles el 28/06/1919.
- Convenio Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur (MERCOSUR).

ARGENTINA - Instrumentos normativos a favor de los adultos mayores				
Ámbito	Convenios internacionales	Previsiones constitucionales	Leyes nacionales específicas y sus reglamentos	Leyes nacionales sectoriales y sus reglamentos
Seguridad económica	Convenio Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur (MERCOSUR).	Artículo 14-bis. Seguro social obligatorio.	<p>Ley 24.241 Sistema Integrado de Pensiones Sancionada el 23 de septiembre de 1993 y promulgada el 13 de octubre de 1993. Esta ley instituye, con alcance nacional, el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, que cubre las contingencias de vejez, invalidez y muerte. Este sistema está conformado por un régimen previsional público y un régimen previsional de capitalización. Los aportes y contribuciones son obligatorias y se calculan tomando como base las remuneraciones y rentas y serán los siguientes: a) aporte personal de los trabajadores en relación de dependencia; b) contribución a cargo de los empleadores; c) aportes personales de los trabajadores autónomos.</p> <p>Ley 13.478, Promulgada el 29 de Septiembre de 1948, regula las pensiones asistenciales para adultos mayores, un beneficio orientado a las personas de 70 años y más. Reglamentada por los decretos 432/97 y 582/03.</p> <p>Decreto 582/03. Universaliza las pensiones asistenciales para todas las personas de 70 o más años de edad que no estén amparadas por n régimen de previsión, retiro o prestación no contributiva alguna, no tengan parientes que estén obligados legalmente a proporcionarle alimentos o que teniéndolos, se encuentren impedidos para poder hacerlo, y no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia.</p>	<p>Ley 21.074 (1975) "Subsidios y asignaciones familiares". Instituye el subsidio por sepelio de beneficios del régimen nacional de previsión y de pensiones no contributivas a la vejez, por invalidez, graciabiles y de leyes generales.</p> <p>Decreto 1382/2001. Sistema Integrado de Protección a la Familia. Contempla prestaciones destinadas a los sectores de menores ingresos, entre ellos la tercera edad, y una prestación para los cónyuges de los beneficiarios del Sistema Integrado de Jubilaciones Y Pensiones. La prestación básica para la tercera edad constituye un aporte en dinero para aquella población mayor que no goce de beneficios previsionales o de pensiones no contributivas de cualquier jurisdicción, patrimonio relevante ni otros ingresos.</p>

<p>Prestaciones Sociales</p>		<p>Artículo 14-bis. Seguro social obligatorio.</p>		<p>Ley 25.724. Programa Nacional de Nutrición y Alimentación. Destinado a cubrir los requisitos nutricionales de diversos grupos de población, entre ellos los ancianos desde los 70 años en situación de pobreza</p> <p>Decreto N° 1018/2003 Aprueba la reglamentación de la Ley N° 25724 PROGRAMA NACIONAL DE NUTRICION Y ALIMENTACION Instituye con alcance nacional y obligatorio basado en los principios de solidaridad, igualdad, universalidad e inmediatez, el Sistema Integrado de Protección a la Familia que cubre las contingencias de infancia y vejez. Beneficiarios: a) población bajo la línea de indigencia: embarazadas y niños de CERO (0) a CINCO (5) años, y adultos mayores a partir de los SESENTA (60) años, sin cobertura social y que sean beneficiarios de Programas de Asistencia Alimentario al momento del dictado de la presente reglamentación; b) población incluida en esta etapa con desnutrición grado 1, 2 y 3.</p>
<p>Salud</p>				<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>

Vivienda				No hay una ley nacional. Existen leyes a nivel provincial que establecen el destino de un porcentaje variable de las viviendas construidas con planes de vivienda públicos para los adultos mayores.
Participación		Artículo 75. Legisla y promueve medidas de acción positiva que garanticen la igualdad de oportunidades		
Violencia, discriminación y maltrato				Ley 24.417. Protección contra la violencia familiar. Prevé que toda persona que sufriendo lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas.

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico regional sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales. Agosto 2006

3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en Argentina

3.2.1. Políticas de seguridad económica

Desde el año 2003 en adelante se asumió un real compromiso con el derecho a la seguridad económica y el ingreso universal ciudadano de los adultos mayores. En esta dirección se incrementó el haber jubilatorio mínimo en un 200% y por primera vez desde hace 10 años se produjo un incremento de los haberes jubilatorios que superaran el monto de \$1.000.

Las pensiones no contributivas también aumentaron en más de 200% en lo referente al monto y se universalizaron para las personas de 70 años y más, pasando a cubrir a 147.933 beneficiarios en la actualidad.

Por otro lado, la Ley N° 25.994 de diciembre de 2004 que crea la Prestación Anticipada y el decreto 1454/2005 de diciembre de 2005 (Jubilación de amas de casa), permiten a quienes tengan la edad jubilatoria pero no alcanzan a cumplir los años de aportes previsionales, incluyendo a los que nunca han realizado aportes, adherirse a moratorias que les permiten acceder inmediatamente a la jubilación. Por esta vía se han jubilado 207.000 personas y hay unas 77.000 jubilaciones en trámite. Cabe aclarar que tanto las pensiones como las jubilaciones implican el acceso a cobertura en salud para los adultos mayores beneficiarios de dichas prestaciones.

La pobreza por ingresos para adultos mayores se redujo pasando de una incidencia de **32,8%** en 2002 al **17,3%** para el segundo semestre de 2005. Del mismo modo, se redujo la incidencia de la indigencia para la población adulta mayor del **9,9%** al **4,9%** en igual período.

El gobierno de la República Argentina entiende como prioritario combatir la pobreza y asumir que las personas mayores son sujetos de derechos que merecen el bienestar que les brinda la seguridad económica a través de la seguridad social. Los adultos mayores han trabajado a lo largo de su vida, y el Estado debe garantizar en esta etapa un haber previsional que les permita vivir con dignidad.

3.2.2. Entidades responsables y ámbitos prioritarios de actuación a favor de los adultos mayores

Argentina cuenta con un Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales que articula, planifica y coordina la política social nacional, mediante la formulación de políticas y la definición de cursos de acción articulados e integrales, optimizando la asignación de los recursos, la transparencia en sus acciones y el control social.

Es 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
- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social.

Ministerio de Desarrollo Social

En el ámbito de este Ministerio existen dos espacios que articulan las políticas sociales en el territorio para los diversos grupos etarios, entre ellos los adultos mayores: a) los Centros Integradores Comunitarios, b) los Centros de Referencia.

a) Los Centros de Integradores Comunitarios (CICs) son espacios públicos de integración comunitaria para transformar la realidad en pos de la inclusión social, profundizando el desarrollo local y activando los recursos en poder de las comunidades. Se interviene de modo integral en el territorio desde una concepción de trabajo interdisciplinario, intersectorial y participativo. La puesta en funcionamiento de los CICs requiere la participación coordinada del Estado Nacional, el que interviene a través de los ministerios de Desarrollo Social; Salud y Ambiente; Trabajo, Empleo y Seguridad Social; y Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, los gobiernos provinciales y municipales. La Coordinación Ejecutiva del Programa está a cargo del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a través del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Funcionan 234 CICs en todo el país.

b) Los Centros de Referencia de Desarrollo Social (CRDS) del Ministerio de Desarrollo Social que se encuentran en las distintas provincias del país, se constituyen como la *"estrategia articuladora para avanzar hacia un modelo de gestión integral, resultando el nodo territorial de apoyo a la RED FEDERAL DE POLÍTICAS SOCIALES"*.

Por otra parte, el Ministerio de Desarrollo Social cuenta con una Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, en la cual se encuentra la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

Esta Dirección Nacional tiene como misión articular las políticas dirigidas a los adultos mayores desde una perspectiva de integralidad, que considere a los mayores, sus núcleos familiares, sus organizaciones y comunidad, como sujetos de políticas públicas.

Objetivos específicos:

- Promover la participación de los adultos mayores, sus grupos y organizaciones, orientada a fortalecer su identidad individual y colectiva.
- Planificar y ejecutar Programas específicos de promoción, protección, integración social y desarrollo de los adultos mayores
- Asistir en establecimientos geriátricos a los adultos mayores en riesgo social,
- Coordinar la tarea de los equipos técnico - profesionales y administrativos de todos los establecimientos del área para la prevención de las patologías propias de la institucionalización y favoreciendo el protagonismo de los adultos mayores manteniendo las condiciones bio-psico-sociales favorables para el desarrollo en la sociedad.
- Asistir al Ministerio de Desarrollo Social en la concepción e implementación de mecanismos que permitan mejorar la eficiencia, especialmente en los momentos de emergencia social, de la atención de los adultos mayores a través de la articulación de recursos y prestaciones.
- Asistir al Ministerio de Desarrollo Social en el desarrollo y afianzamiento de organizaciones que expresen los reales intereses de los adultos mayores, para aumentar su protagonismo en todas las etapas y fases de las políticas sociales orientadas a ese sector.
- Adoptar mecanismos de consenso para definir las políticas sociales de los adultos mayores, que impliquen la participación activa y organizada de ellos y de instituciones científicas, sociedades de geriatría, gerontología, universidades y todo otro tipo de organizaciones que hayan desarrollado experiencia científica y/o profesional en este ámbito.
- Desarrollar dispositivos de articulación entre organismos gubernamentales, organizaciones intermedias, organizaciones comunitarias y organismos internacionales en especial de los países integrantes del Mercosur, orientados a potenciar la inversión social en políticas destinadas a los adultos mayores.

- Promover la participación y el compromiso de las organizaciones representativas de los intereses de los adultos mayores, en la elaboración de políticas públicas específicas que los beneficien.
- Desarrollar, implementar y evaluar dispositivos de capacitación que faciliten y mejoren las capacidades organizativas y representativas, en este sector.
- Asistir al Ministerio de Desarrollo Social en el establecimiento de las normas que rijan el funcionamiento del Consejo Federal de Adultos Mayores.
- Convocar y coordinar al Consejo Federal de Adultos Mayores.
- Coordinar acciones con organizaciones científicas tales como, sociedades de geriatría, gerontología y universidades.
- Promover, ejecutar, apoyar y coordinar acciones orientadas a la participación de los adultos mayores en distintas actividades que favorezcan su desarrollo personal y el de sus comunidades
- Proponer y aplicar mecanismos que integren a los adultos mayores como beneficiarios de las distintas acciones compensatorias y de emergencia dirigidas hacia ellos y asegurar la calidad de dichos servicios y prestaciones.
- Diseñar Programas de capacitación orientados a la formación de personas, grupos y/u organizaciones, para gerenciar programas y servicios de cuidados en el domicilio y en la comunidad, de los adultos mayores.
- Elaborar y aplicar instrumentos que faciliten la sistematización de los temas prioritarios que afligen y preocupan a los adultos mayores, así como la solución a los mismos.
- Desarrollar programas que den respuesta a las necesidades detectadas de acuerdo a las prioridades y supervisar su implementación e impacto, en articulación con organismos gubernamentales y no gubernamentales, nacionales, provinciales, municipales, e internacionales.
- Participar en la Formación de profesionales, técnicos y personas de la comunidad para la atención y promoción de los adultos mayores.
- Fortalecer a través de acciones de asistencia técnica, orientación y capacitación a las áreas de Tercera Edad de los Gobiernos Provinciales y Municipales.
- Garantizar la calidad de las prestaciones gerontológicas brindadas en las residencias de adultos mayores a cargo del Ministerio de Desarrollo Social.

3.2.3. Órganos consultivos

El Consejo Asesor de PAMI (INSSJyP) a nivel nacional y los consejos asesores del interior del país, tienen como objetivo aconsejar al Directorio y a las autoridades de

la obra social de las distintas jurisdicciones del país en lo relativo a la adopción de medidas que activen su funcionamiento.

El Órgano Consultivo de la ANSES fue creado en noviembre de 1996 está integrado por representantes de entidades de jubilados y pensionados con fines de fiscalización en la prestación de los servicios, de canalizar las inquietudes de los beneficiarios del sistema de seguridad social y de lucha contra la evasión y el fraude previsional.

3.2.4. Acciones específicas de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores

Voluntariado Social de Adultos Mayores

Objetivo general: Promover el desarrollo de acciones comunitarias voluntarias entre la población adulta mayor y la comunidad.

Objetivos específicos:

- Generar espacios de encuentro y de actividades entre distintas generaciones
- Fortalecer la capacidad asociativa de las organizaciones de mayores
- Dar respuesta a cuestiones sociales y comunitarias de fácil resolución a través de actividades concretas
- Fortalecer la imagen positiva de los adultos mayores
- Promover la conformación de una red de voluntarios

Hasta la fecha participaron en él 3.230 personas.

La Experiencia Cuenta

Objetivo general- Facilitar la transmisión de saberes y oficios tradicionales desde los adultos mayores hacia las personas jóvenes y de mediana edad.

Objetivos específicos:

- Desarrollar la imagen positiva y los saberes de las personas mayores
- Promover el intercambio entre personas de distintas generaciones
- Recuperar y/o fortalecer oficios tradicionales
- Mejorar la situación de empleabilidad de los participantes del proyecto
- Promover la articulación de las organizaciones sociales, las agrupaciones de Adultos Mayores, las empresas y los gobiernos locales

De carácter nacional este programa esta destinado a Adultos mayores, jóvenes y personas de mediana edad.

Violencia, discriminación y maltrato

Objetivo general: Prevenir las situaciones de abuso y maltrato hacia los adultos mayores y su entorno inmediato desde una perspectiva de los derechos.

Objetivos específicos:

- Capacitar a los profesionales, técnicos e idóneos que trabajan con los adultos mayores y sus familias
- Sensibilizar a la comunidad sobre la existencia de situaciones de abuso y maltrato hacia la población mayor

- Brindar información acerca de los derechos de los adultos mayores
- Generar espacios de contención y derivación de casos de abuso y maltrato de adultos mayores
- Promover la constitución de redes de apoyo al adulto mayor y su familia
- Para el cumplimiento de los fines se prevé la implementación de 4 Componentes:
 - Capacitación a equipos técnicos provinciales
 - Sensibilización comunitaria
 - Fortalecimiento a los adultos mayores y cuidadores informales
 - Asesoramiento y derivación de casos

De carácter nacional, este programa se dirige a los adultos mayores, cuidadores informales, profesionales vinculados a los adultos mayores y la comunidad en general. Se prevé la participación de 25.700 personas. Es de destacar la participación de 23.000 personas en las actividades de la Campaña del Día Internacional de la Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato hacia los Adultos Mayores llevadas a cabo el 15 de Junio 2006.

Curso para Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores

Objetivo general: Mejorar la calidad de atención de los adultos mayores que se residen en forma permanente o transitoria en Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores, a través de la actualización de nuevos conceptos y nuevas técnicas para el gerenciamiento de estos servicios.

Objetivos específicos:

- Incorporar nuevos conocimientos en contenidos gerontológicos y geriátricos.
- Incorporar elementos para un adecuado desempeño del rol de gerente.
- Desarrollar habilidades socio-gerenciales. Incorporar técnicas y metodología para realizar capacitaciones en servicio.
- Incorporar técnicas y metodología de análisis de resolución de conflictos.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario.
- Incorporar conocimientos acerca de las cuestiones ético-legales en las instituciones. Intercambiar conocimientos socio- ambientales.
- Conocer las necesidades provinciales sobre esta temática.

Este curso se dirige a Directores y responsables de residencias y centros de día de adultos mayores de todo el país.

Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

Objetivos:

- Mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores
- Capacitar personas de la comunidad en la función de cuidado domiciliario
- Promover y estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria.

El Programa se implementó a partir del año 1996. En la actualidad se encuentra en ejecución, contando con más de 8.000 cuidadores domiciliarios formados.

Este programa se lleva a cabo en todo el país. Como destinatarios se distinguen dos perfiles:

- Beneficiarios del Sistema de Prestación: Adultos Mayores, discapacitados y personas con patologías crónicas, invalidantes y/o terminales.
- Beneficiarios del Curso de Formación: Personas beneficiarias de planes o programas sociales.

Consejo Federal de Adultos Mayores

El Consejo fue creado por decreto presidencial, N° 457/97, y reglamentado por resolución ministerial N° 113/2002. Funciona desde marzo de 2003.

Las acciones que lleva adelante se sintetizan en:

- Promoción del diseño de las políticas sociales específicas y las líneas prioritarias de acción para el sector de personas mayores.
- Participación en la identificación de las necesidades específicas de la tercera edad, respetando sus particularidades

Objetivo general: Conformar el Consejo Federal de Adultos Mayores y los Consejos provinciales como espacios que concentren el trabajo conjunto de todos los sectores comprometidos con la problemática de la tercera edad, con participación mayoritaria de las organizaciones de adultos mayores pertenecientes a todas las provincias y regiones del país.

Residencias para Adultos Mayores

La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores dispone de nueve residencias mixtas (varones y mujeres), siete de ellas ubicadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires y las dos restantes ubicadas en el sur de la Provincia de Buenos Aires. Las residencias son tanto para dependientes como para autoválidos mayores de 60 años que carezcan de cobertura social, aunque se prioriza el ingreso de los mayores **dependientes** que no sufran deterioro severo de su salud mental.

La gestión de las Residencias para Mayores a partir de la asunción de nuevas autoridades en el Ministerio de Desarrollo Social de la nación en el año 2003, atravesaron un proceso de refuncionalización organizacional y física que permitió la remodelación total de su estructura edilicia de los Hogares "San José" y "Santa Ana" en 2004 y 2005, así como su adecuación a las necesidades del adulto mayor, bajo el paradigma de derechos, el trabajo de equipos interdisciplinarios y la vigencia de un nuevo régimen de atención institucional.

Las residencias para mayores son centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustituta del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor de sesenta años una atención integral. Puede tener una orientación de instituto para válidos o de instituto con cuidados especiales por invalidez (residentes asistidos).

Estas residencias cuentan con equipos interdisciplinarios conformados por: Un equipo básico constituido por Médico/a geriatra, Enfermera/o, Kinesióloga/o, Nutricionista, Psicóloga/o, Trabajador/a Social y Terapeuta Ocupacional. A su vez cuenta con un equipo recurrente conformado por: Médica/o fisiatra, Médica/o psiquiatra, recreólogos, fonoaudióloga/o, etc.

3.2.5. Acciones de otros organismos

Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia

Los ministerios de salud y las áreas sociales provinciales financian este tipo de ayuda para las personas sin recursos. El 40% de las personas mayores de 65 años usan ayudas técnicas, audífonos, bastones, sillas de rueda, oxígeno, etc., de las cuales el 50% debe pagarlas con el presupuesto del hogar, y solo el 22% son cubiertas por las obras sociales o prepagas¹⁴. Existe un 44% de las personas mayores de 65 años que no usan ayudas técnicas por que no las necesitan. Pero podemos observar también que hay un 16% de personas que no usan ayudas técnicas y los motivos que refiere la ENDI son los siguientes: el 50% por que no tiene ingresos económicos suficientes, y el 50% restante por otros motivos o por que desconoce la ayuda técnica¹⁵.

Programa ProBienestar

El INSSJyP, lanzó en 1992 el Programa ProBienestar por el que se otorga un subsidio para que los Centros de Jubilados y Pensionados brinden un servicio de comedor a población mayor en situación de riesgo social afiliada al Instituto. Este subsidio consistía en un monto per cápita y eventualmente otro para mejoras del comedor y área de preparación de alimentos. En un principio las comisiones directivas de los centros de jubilados y pensionados recibían el subsidio y debían, conjuntamente con los voluntarios de la OAM, realizar las compras, preparar y servir la comida, así como rendir cuentas. En el año 1997 cubrían a 299.000 beneficiarios por medio de 2.119 centros. En la actualidad la cobertura es para aproximadamente 500.000 personas. Esta iniciativa implicó, por un lado, la conformación de aproximadamente unos seiscientos nuevos centros de jubilados fundados en barrios periféricos de las grandes ciudades del país y en zonas marginales que no respondían al perfil original recreacional de sectores medios y medios bajos. Y por el otro, la implementación del programa en los centros existentes en los que se proponía la solidaridad intrageneracional de aquellos que disponen de más recursos hacia los pares generacionales que se encuentran en situación de vulnerabilidad social. En la actualidad la modalidad principal es la de entrega de bolsones.

Turismo social de la Secretaría de Turismo de la Nación

Los programas de Turismo Social de la Secretaría de Turismo de la Nación tienen como destinatario principal a la población de escasos recursos de todo el país, siendo su objetivo brindarle la posibilidad de poder contar con un período de vacaciones.

Estos programas se llevan a cabo en las Unidades Turísticas de la Secretaría ubicadas en Chapadmalal, Provincia de Buenos Aires y Embalse, Provincia de Córdoba, como así también el Programa Federal de Turismo Social que incorpora otros destinos del país. El Plan Tercera Edad, tiene como destinatarios a jubilados y pensionados y personas de edad avanzada mayores de 65 años. Las solicitudes para la obtención de plazas se realizan por medio de las organizaciones de adultos mayores.

¹⁴ INDEC, Encuesta Nacional Complementaria de Personas con Discapacidad, 2002-2003

¹⁵ Ibid.

Programas de formación-investigación en gerontología y geriatría

En Argentina existen los siguientes programas de grado y postgrado universitarios:

- *En la Ciudad de Buenos Aires:*
 - Maestría en Gerontología Social de la Universidad Barceló.
 - Materias de Postgrado: Psicogerontología Clínica y Social I y II y Dispositivos Clínicos en Mediana Edad y Vejez I y (Facultad de Psicología UBA).
 - Materia de grado Psicología de la Tercera Edad y Vejez (Facultad de Psicología UBA).
 - Licenciatura en Gerontología de la Universidad Maimónides.
 - Maestría en Psicogerontología de la Universidad Maimónides,
 - Maestrías en Servicios en Gerontología en la Fundación Universitaria Isalud.
 - Carrera de Especialización en Envejecimiento Cerebral y Demencias (Facultad de Psicología UBA).
- *En la Provincia de Buenos Aires:*
 - Maestría en Gerontología Institucional de la Universidad Nacional de Mar del Plata.
 - Programas de postgrado en gerontología de la Universidad de La Matanza.
- *En Córdoba:*
 - Maestría en Gerontología de la Universidad Nacional de Córdoba.
- *En Tucumán:*
 - Carrera de Especialización en Gerontología Médica de la Universidad Nacional de Tucumán.
- *En San Luis:*
 - Cursos de grado en Psicología de la Vejez Universidad Nacional de San Luis.

3.2.6. Programas considerados como experiencias de buenas prácticas

La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores lleva adelante actividades programáticas vinculadas a incentivar y fortalecer la solidaridad intergeneracional; a promover una imagen positiva de la vejez; a detectar y prevenir situaciones de malos tratos hacia las personas mayores.

Cada una de las líneas programáticas respeta la cultura local, facilitando la replicabilidad de la iniciativa según las necesidades y capacidades instaladas en el territorio.

Los programas han surgido en respuesta a las propuestas vertidas en los espacios de participación institucionalizados tales como Consejo Federal y/o provinciales. De

allí que pueda afirmarse que los adultos mayores son partícipes del diseño de las actividades que la Dirección Nacional lleva a escala nacional.

Así mismo, las distintas líneas programáticas prevén en su diseño la posibilidad de que los participantes diseñen proyectos y actividades basadas en su propia experiencia y habilidades, de forma tal de promover su empoderamiento e imagen positiva.

A manera de ejemplo podemos mencionar que la experiencia de formación de voluntarios y conformación de los Centros de Voluntariado Social da cuenta de la capacidad organizativa de los adultos mayores y su alta motivación a la hora de “devolver a la comunidad” sus saberes, y experiencias. Así mismo, el Centro de Voluntariado Social se transforma paulatinamente en un ámbito de referencia para otras generaciones: jóvenes y adultos de mediana edad también participan de la formación y acercan sus propuestas.

Entre las actividades ya emprendidas por los voluntarios de las distintas localidades se destacan las siguientes:

Transmisión de saberes y oficios:

- Mujeres jujeñas enseñan el tejido en telar a las jóvenes desempleadas
- Importancia y modalidad de limpieza del tanque de agua en el hogar como un modo de prevenir enfermedades

Facilitación a personas con movilidad reducida o sin modalidad:

- Tramitación de documentación
- Acompañamiento en el hogar, para atención médica, para la realización de trámites

Articulación de recursos

- Campaña para juntar remedios y ropa para hogar de niños
- Desarrollo de Guía de recursos disponibles en la comunidad

Asesoramiento de docentes y profesionales y estudiantes

- Asesoramiento y patrocinio de abogados
- Apoyo escolar
- Actividades recreativas para niños

4. RED DE RECURSOS

4.1. Red de recursos sociosanitarios

ARGENTINA – Red de recursos sociales para los adultos mayores			
	Públicos	Privados con ánimo de lucro	Privados sin ánimo de lucro
Residencias públicas del gobierno nacional. Es importante destacar que Argentina que 70.003 adultos mayores (1,4% de los AM) viven en residencias geriátricas (INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas, 2001)	Se dispone de nueve residencias mixtas. Siete en el Aglomerado Metropolitano de Buenos Aires, dos en la Provincia de Buenos Aires, a nivel nacional. Cabe aclarar que la mayoría de las residencias públicas se encuentran bajo las jurisdicciones provinciales y municipales No presentamos datos a nivel provincial y municipal, pero se esta solicitando esa información.	No se cuenta con información acerca de cuantas residencias hay.	No se tiene dato
Consejo de Mayores	Consejo Federal, Consejos provinciales y municipales de Adultos Mayores		
Centro de jubilados y pensionados y adultos mayores	Existen además organizaciones de adultos mayores promovidas por organismos provinciales como las Casa de la Solidaridad en Formosa, las Casas de los Abuelos en Misiones y los Centros Cumelén en La Pampa		5.220 que conforman 7 confederaciones y 120 federaciones

4.2. Redes de apoyo social

Las principales entidades del sector social (Fundaciones, asociaciones, ONGs) que prestan servicios a los adultos mayores en Argentina son las siguientes:

- **Confederaciones de organizaciones de adultos mayores.** Las Confederaciones son: 1) la Confederación Patagónica de Entidades de Jubilados y Pensionados, 2) la Confederación Mesa Federal de Organizaciones de Jubilados,

Pensionados y Tercera Edad de la República Argentina, 3) la Confederación de Jubilados, Pensionados y Retirados de las Provincias Unidas, 4) Confederación de la Tercera Edad del Área Metropolitana Norte del Conurbano Bonaerense, 5) Confederación Argentina de Entidades de Jubilados, Retirados y Pensionados Provinciales y Nacionales, 6) la Confederación General de Jubilados, Retirados y Pensionistas del País, y 7) la Confederación General de Jubilados, Pensionados y Retirados de la República Argentina.

- Federaciones y Centros de Jubilados
- Caritas
- AMIA
- Parlamento Federativo de la Tercera Edad
- Red de Adultos Mayores - Fundación Isalud
- Fundación Felipe Fiorellillo
- Fundación Faidela
- Fundación Navarro Viola
- Fundación Obra del Padre Mario
- RIIAM
- INPEA

Son varios los estudios que se han desarrollado en Argentina sobre las redes de apoyo informal y sobre el voluntariado de atención a los adultos mayores. Entre ellos destacan los siguientes:

- Gascón, S. (2003). Políticas y programas sobre redes de apoyo social de las personas mayores en países seleccionados de América Latina y el Caribe, en *Redes de Apoyo Social de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe*, CELADE-UNFPA. Santiago de Chile.
- Golpe, L., Bidegain, L.M. y Arias, C. (compiladores) (2003). *Edadismo y Apoyo Social. Una mirada interdisciplinaria sobre el proceso de envejecimiento en el enclave geróntico argentino*. Mar del Plata: Ediciones Suárez.
- Golpe, L. y Arias, C. (2005) (compiladores) *Sistemas formales e informales de apoyo social para adultos mayores*, Mar del Plata: Suárez.
- Paola et al. (2003) *Construyendo el trabajo social con adultos mayores*. Buenos Aires: Espacio.
- Fassio, A. (2001). *Organizaciones de la sociedad civil y redes solidarias entre personas de edad*. Centro de Estudios Organizacionales, I (2). Buenos Aires: Facultad de Ciencias Económicas, UBA.
- Oddone, M.J. (1998). "El tercer sector y la tercera edad". En *Conjuntos. Sociedad Civil en Argentina*, (pp. 200-219). Buenos Aires.



BRASIL

Informe sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores



Desenvolvimento Social

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome



Ministério da Previdência Social

Instituto Nacional do Seguro Social - INSS



**CONSELHO NACIONAL
DOS DIREITOS DO IDOSO**

La información básica para la elaboración de este Informe sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en Brasil proviene de las respuestas que el Ministerio de Salud, el Ministerio de Previsión Social a través del Instituto Nacional del Seguro Social (INSS), el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA), el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), la Secretaría Especial de Derechos Humanos de la Presidencia de la República; el Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre y el Consejo Nacional del Adulto Mayor han proporcionado al cuestionario diseñado al efecto por la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social en colaboración con las instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de los adultos mayores en los países del Cono Sur, en el marco del Proyecto "Adultos Mayores, Dependencia y Servicios Sociales".

PRESENTACIÓN

El presente documento tiene como objetivo presentar un estudio de ámbito federal sobre indicadores demográficos y sociales referidos a la población mayor, así como de la legislación existente en Brasil y la práctica de su implementación en el país, con referencia a los beneficios, servicios, programas y proyectos que vienen siendo concedidos y ejecutados tras de la aprobación de la Política Nacional del Anciano (Ley 8842/94, PNI) y el Estatuto del Anciano (Ley 10.741/93).

El documento traduce la primera etapa del trabajo realizado conjuntamente por el Consejo Nacional de Derechos de las Personas Mayores de la Secretaría Especial de Derechos Humanos de la Presidencia de la República y el Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre con la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), que prevé colaboración, asistencia técnica e intercambio de experiencia para que Brasil pueda avanzar de forma sistemática en la implementación de las directrices emanadas de la Asamblea Mundial del Envejecimiento realizada en Madrid en 2002, de la cual Brasil es signatario.

El grupo de trabajo que ha elaborado este documento ha estado integrado por Albaria P. de C. Abigalis, Secretaria Especial de Derechos Humanos (SEDH/PR), Baldur Shubert, de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS Brasil), Elizabethy C. S. Hernandez, del Ministerio de la Salud, Jurilza Maria Barros de Mendonça, del Consejo Nacional de los Derechos del Anciano (CNDI/SEDH/PR), Patrícia S. De Marco, del Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre. Se ha contado con la colaboración del Consejo Nacional de los Derechos del Anciano (CNDI), la Confederación Brasileña de los Jubilados de Brasil (COBAP), la Pastoral de la Tercera Edad de la Confederación Nacional de los Obispos de Brasil (CNBB), el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA) y el Servicio Social del Comercio (SESC).

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1. Población de Adultos mayores según el Censo 2000 y actualizaciones posteriores

1.1.1. Datos del Censo 2000

Según los datos del Censo 2000, La población total de Brasil alcanzaba los 170 millones de personas, con una densidad poblacional de 19,9 habitantes por Km². El perfil demográfico del país se resumía, en esa fecha, en las siguientes cifras: el número de hijos por mujer se sitúa en 2,3, la tasa anual de mortalidad es de 6,8 fallecimientos por cada mil habitantes, y la tasa de crecimiento natural de 14,3 personas por cada mil habitantes.

BRASIL- Población de Adultos Mayores según el censo de 2000 (miles de personas y porcentajes)						
	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
Total	14.536.029	6.533.784	8.002.245	8,56	44,95	55,05
60-64	4.600.929	2.153.209	2.447.720	2,71	46,80	53,20
65-69	3.581.106	1.639.325	1.941.781	2,11	45,78	54,22
70-74	2.742.302	1.229.329	1.512.973	1,62	44,83	55,17
75-79	1.779.587	780.571	999.016	1,05	43,86	56,14
80-84	1.036.034	428.501	607.533	0,61	41,36	58,64
85 y más	796.071	302.849	493.222	0,47	38,04	61,96

Fuente: IBGE. Censo Demográfico 2000

La población de 60 años y más representaba en 2000 el 8,56% del conjunto poblacional. En términos absolutos, esto significa que un poco más de 14 millones de brasileños eran en esa fecha adultos mayores. El 55% de los componentes de este grupo etario son mujeres, frente al 45% de varones. Esta diferencia porcentual entre géneros se incrementa según aumenta la edad: así, para el tramo comprendido entre los 60 y 64 años la proporción de mujeres es del 53,20%, para subir hasta el 62% en el grupo de edad de 85 años y más.

La esperanza de vida al nacer rozaba los 71 años (67,52 para los varones y 75,89 para las mujeres). La expectativa vital a los 65 años era de 17,84 años (16,76 para los varones y 19,58 para las mujeres).

Por lo que respecta al hábitat, poco más del 80% de los adultos mayores residía en zonas urbanas. Al diferenciar por género, se ve que la proporción de mujeres mayores residentes en áreas urbanas (84%) superaba a la de varones (78%).

1.1.2. La población de adultos mayores en 2005

Según los datos proporcionados por el Instituto de Investigación Económica Aplicada sobre la base de la Encuesta Nacional por Muestra a Domicilios, en el año 2005 la población total de Brasil superaba ya los 184 millones de personas (14 millones más que los estimados por el Censo 2000). De ellos, más de 18 millones eran adultos mayores (3,6 millones más que en 2000). Mientras que la población global brasileña había crecido en un 8,6% entre 2000 y 2005, el número de adultos mayores se había incrementado en un 25%.

BRASIL- Población de Adultos Mayores en 2005 (miles de personas y porcentajes)						
	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
TOTAL	18.193.915	7.979.225	10.214.690	9,9	43,9	56,1
60 a 64	5.587.893	2.581.860	3.006.033	3,0	46,2	53,8
65 a 69	4.486.269	2.026.639	2.459.630	2,4	45,2	54,8
70 y más	8.119.753	3.370.726	4.749.027	4,4	41,5	58,5

Fuente: IBGE - Encuesta Nacional por Muestra a Domicilios, 2005.

La población de 60 años y más representaba en 2005 el 9,9% del conjunto poblacional. El 56,1% de los componentes de la población adulta mayor eran mujeres, frente al 42,9% de varones.

El crecimiento de la población adulta mayor entre 2000 y 2005 ha sido más intenso en el caso de las mujeres (con un incremento del 27,6% frente al 22,1% experimentado por los varones), y se ha concentrado sobre todo en la población de 70 y más años de edad, cuyo volumen ha aumentado en un 40,3%.

1.2. Evolución de la población mayor

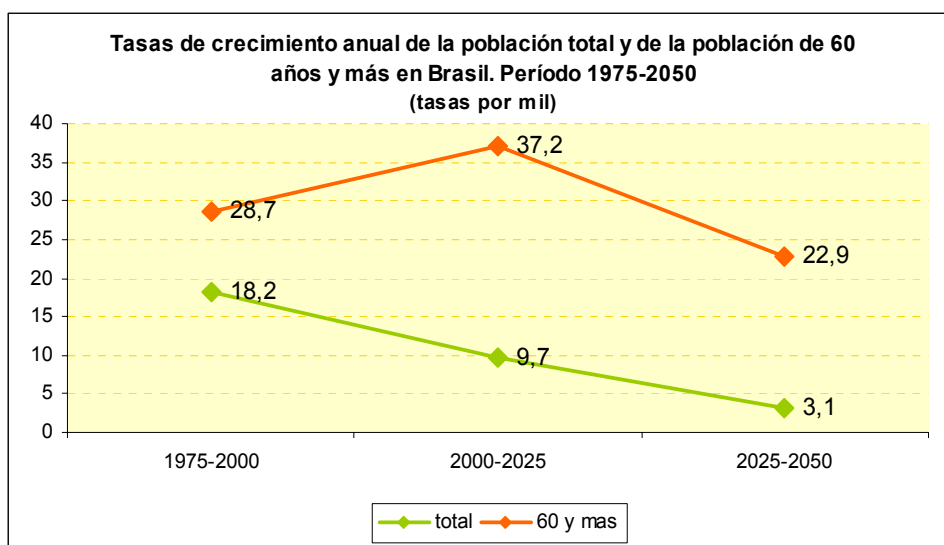
1.2.1. Estimaciones del CELADE para el período 1975-2050

A partir de los datos recogidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía en el número 73 de su boletín demográfico (2004), sobre estimaciones de población para América Latina y el Caribe se puede observar el rápido ascenso de la población mayor de 60 años en Brasil. Las proyecciones apuntan que en el año 2025 el porcentaje de las personas adultas representará el 15,170, de la población total, es decir, casi el doble del 8,03% correspondiente a 2000. Hacia el año 2050 la proporción de adultos mayores puede alcanzar un 24,46% de la población total.

BRASIL- Población total y Adultos Mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (miles de personas, a mitad del año)				
	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	108.167	174.719	231.174	258.086
Hombres	53.979	86.424	113.639	126.245
Mujeres	54.189	88.295	117.535	131.841
Hombres %	49,9	49,5	49,2	48,9
Mujeres %	50,1	50,5	50,8	51,1
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	6.541	14.031	35.076	63.117
Hombres	3.093	6.343	15.581	27.918
Mujeres	3.448	7.688	19.496	35.199
Proporción s/ la población total %	6,1	8,0	15,2	24,5
Hombres %	47,3	45,2	44,4	44,2
Mujeres %	52,7	54,8	55,6	55,8

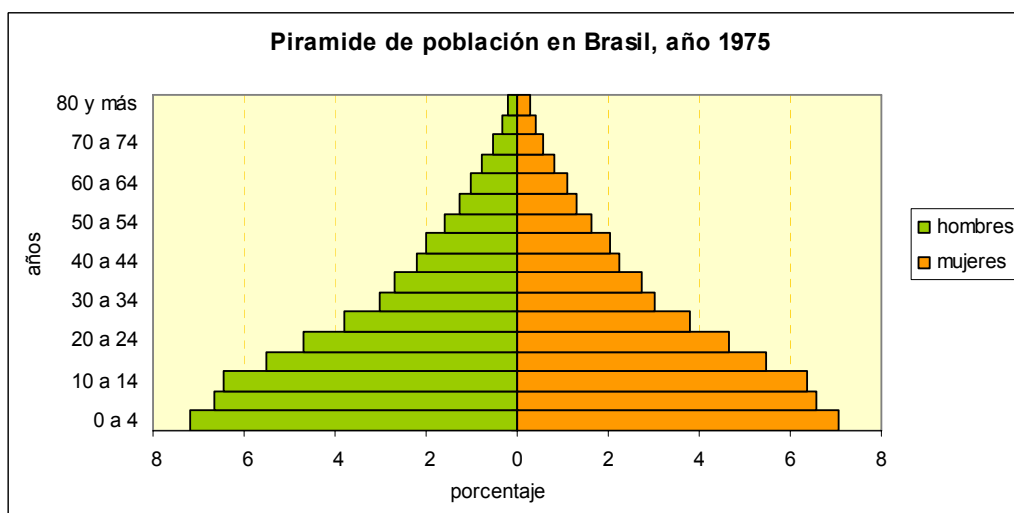
F Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

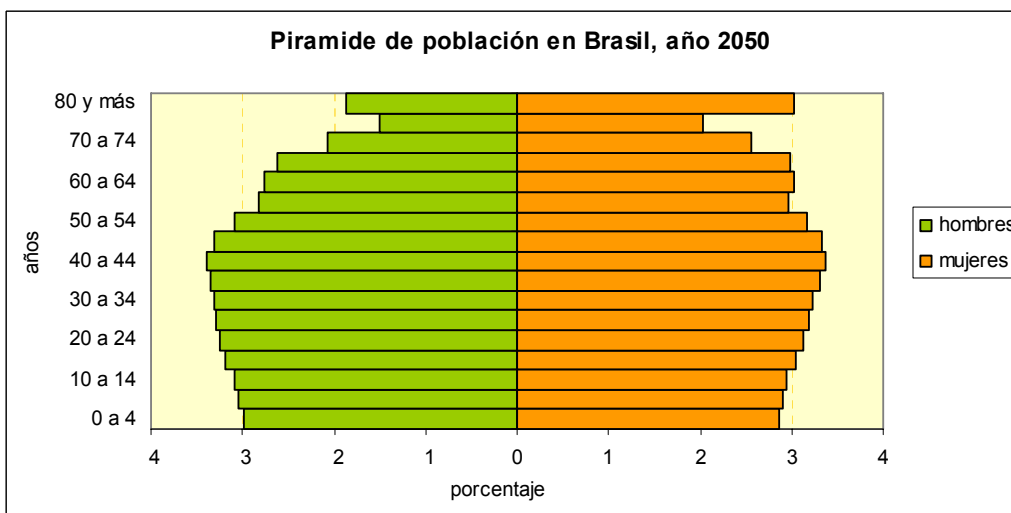
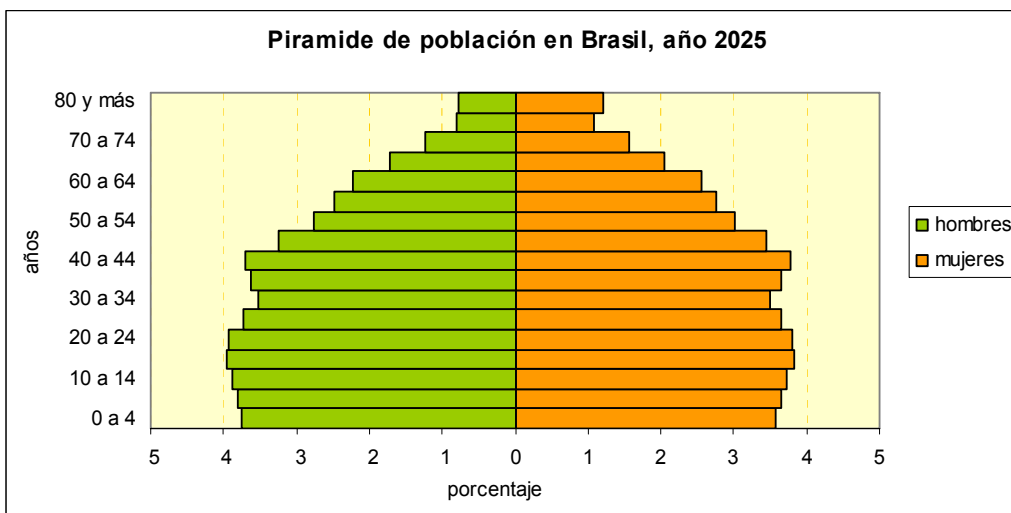
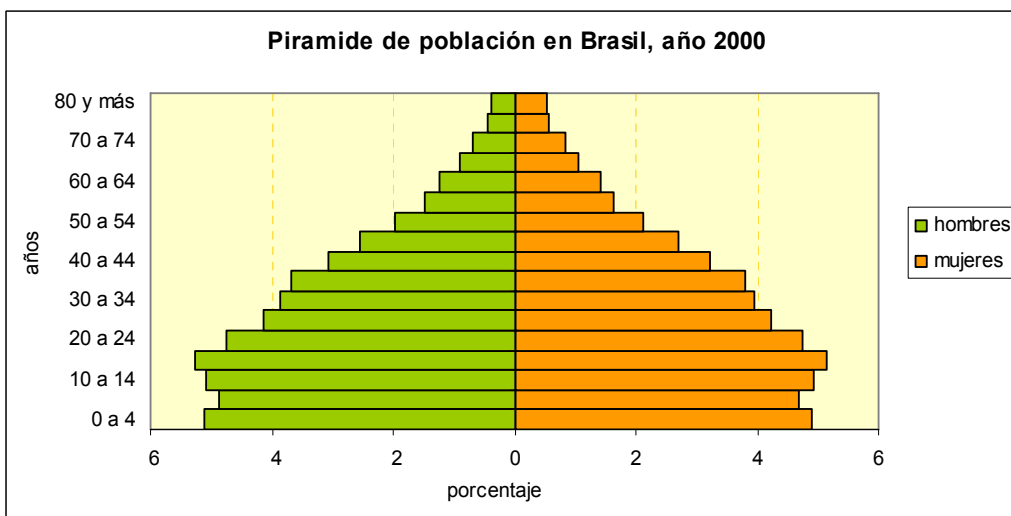
Al comparar las tasas de crecimiento anual de la población de 60 años y más respecto a las de la población total se aprecian las notorias diferencias en su comportamiento tendencial. Las tasas crecimiento de la población mayor de 60 años mantienen un carácter ascendente, con distinta intensidad: para el ciclo 1975-2000 la tasa se situaba en el 28,7 por mil para pasar en el período 2000-2025 al 37,2 por mil; las proyecciones la sitúan en un 22,9 por mil para el período 2025-2050. Entre tanto, la tasa de crecimiento del conjunto de la población es descendente: para el período 1975-2000 la tasa era del 18,2 por mil y se calcula que descenderá hasta 3,1 personas por cada mil habitantes al final del periodo considerado.



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

Estas diferencias en la evolución del conjunto poblacional y de las personas que se encuentran por encima de los sesenta años junto con otros factores han venido transformando la estructura demográfica de Brasil. Las pirámides de población brasileña para los años 1975, 2000, 2025 y 2050 ofrecen la imagen de este proceso de envejecimiento. El tránsito de una población joven a una envejecida se concreta en el estrechamiento de la pirámide por la base y su ensanchamiento por la cúspide. De la misma manera, la estructura por edad y género cambia: a medida que aumenta la edad en cada cohorte, también lo hace la proporción de mujeres respecto a los varones.



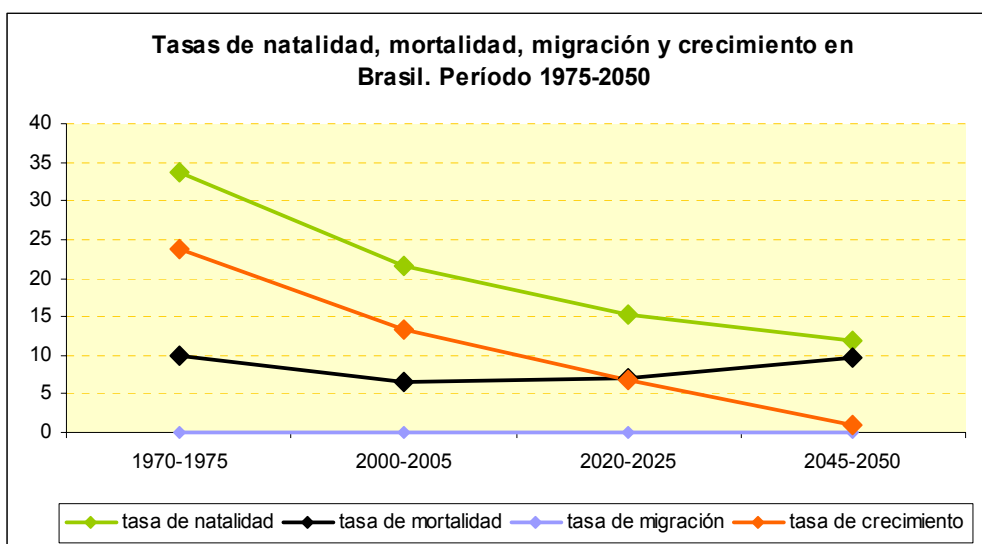


Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 72, América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050.* CELADE, 2003.

Otra expresión del envejecimiento es el aumento de la edad media de la población, que en el año 1975 se situaba en los 19,4 años, pasando a 25,3 años en el 2000 y se estima que pueda alcanzar los 40 años en el 2050.

La tasa de fecundidad en Brasil muestra una pauta descendente. Para el período 1970-1975 el número de hijos por mujer se situaba en 4,72; en el quinquenio 1995-2000 la cifra disminuye a 2,63 hijos, es decir, casi la mitad. Se prevé que el número de hijos por mujer se reduzca a 1,85 hacia 2045-2050. Expresadas en nacimientos por cada mil habitantes y año, las tasas brutas de natalidad han bajado desde 33,7 en el quinquenio 1970-1975 a 21,6 en el quinquenio 2000-2005, y se espera que continúen descendiendo (15,2 en el quinquenio 2020-2025 y 11,9 en el quinquenio 2045-2050).

En cuanto a la mortalidad, su tasa anual se redujo de casi 10 defunciones por mil habitantes en 1970-1975 a 6,52 en 1995-2000. Esta segunda cifra de mortalidad se mantiene estable en la práctica, según proyecciones, hasta 2020-2025, para volver a aumentar hasta valores en torno a 10 por mil en el año 2050. El saldo migratorio, por su parte, es prácticamente nulo, pues las salidas de población se compensan con las entradas.

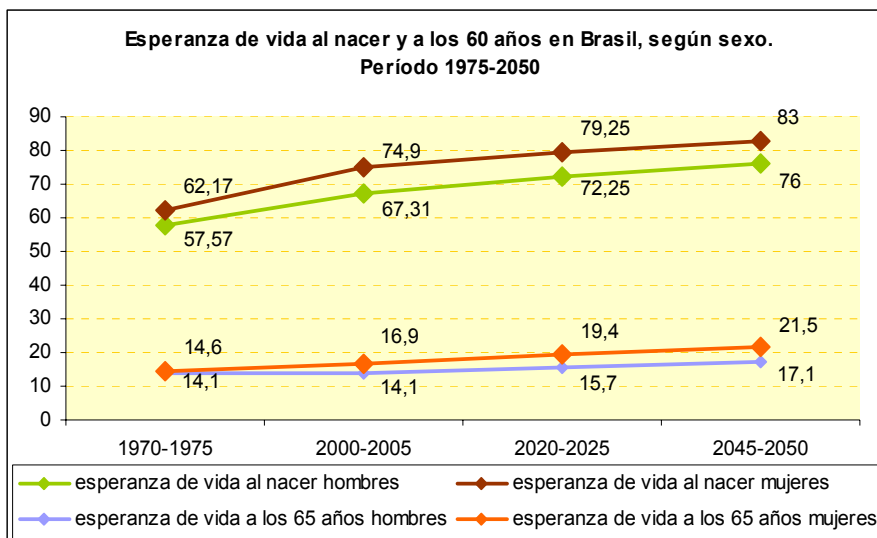


Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

La esperanza de vida al nacer en Brasil ha experimentado un incremento importante entre 1970-1975 y 2000-2005. Durante este lapso de tiempo, la expectativa de vida ha pasado de los 59,8 a los 71,0 años, es decir, ha aumentado en más de 11 años. Esta tendencia de crecimiento se mantiene en las proyecciones de futuro, que sitúan la esperanza de vida en 75,7 años en el quinquenio 2020-2025 y en 79,4 años en 2045-2050. Al considerar el género, se observa la mayor supervivencia de las mujeres, que pueden llegar a vivir, en promedio, 5 años más que los hombres.

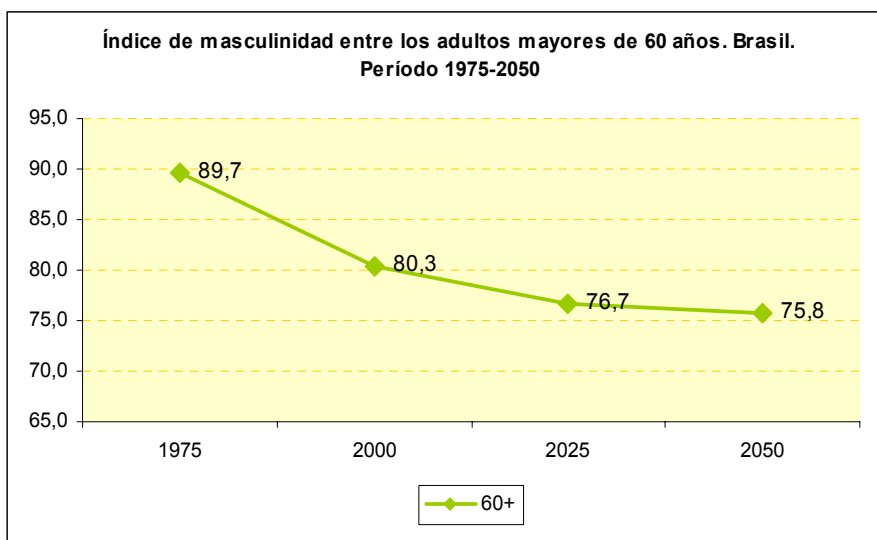
Si atendemos a la esperanza de vida adicional a los 60 años, varones y mujeres partían de una expectativa similar en 1970, en torno a 18 años. A partir del año 2000 las diferencias en la esperanza vital entre géneros ya se distancian con un

promedio de tres años a favor de las mujeres, diferencias que se amplían paulatinamente en el tiempo.



Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025*. CELADE, 2004.

La mayor longevidad de las mujeres, en aumento a lo largo del período estudiado, determina una representación predominante de éstas dentro de la población mayor. Así, por lo que respecta a la relación entre hombres y mujeres, el índice de masculinidad en Brasil entre la población de 60 años y más se encontraba en 1975 en la cifra de 89,7 para pasar en el año 2000 a 80,3 hombres por cada 100 mujeres. Las proyecciones apuntan a un descenso continuado en la proporción de los varones en este grupo de edad durante los próximos años.



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

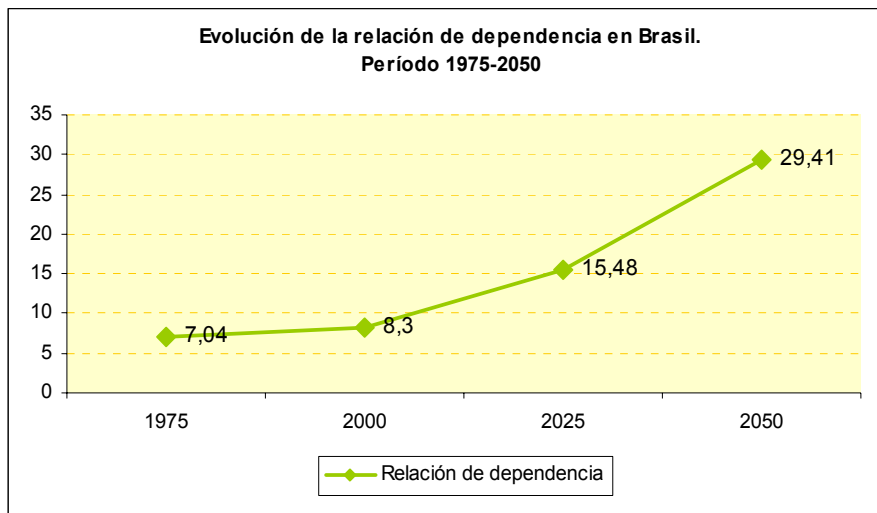
Otra de las cuestiones que conlleva el aumento en la vida media de la población es el envejecimiento interno. El aumento de las personas de 75 años y más dentro de

la población mayor en Brasil ha venido aumentando lentamente, sin embargo las proyecciones apuntan que su proporción respecto a la población podría alcanzar hasta el 8,43% en el año 2050.

BRASIL - Población de 75 años y más en el período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
Total	1.327	3.298	8.912	21765
% respecto a la población de 60 y más años	20,29	23,51	25,41	34,48
% respecto a la población total	1,23	1,89	3,86	8,43

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

Este proceso de envejecimiento de la población brasileña supone un aumento en la relación de dependencia económica respecto a los grupos de edad en activo.



Relación de dependencia= (Población de 65 años y más / población de 15-64) x 100

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL *Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025*. CELADE, 2004.

1.2.2. Proyecciones del Instituto de Investigación Económica Aplicada para el período 2000-2030

A continuación se recogen las estimaciones de evolución de la población mayor realizadas por el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA) para el período 2000-2030, sobre la base de los Censos de 1980, 1991 y 2000.

BRASIL – Proyecciones de población de adultos mayores por edad y sexo para el período 2000-2030 (Número de personas y porcentajes)						
Edad	Total	Hombres	Mujeres	% sobre la población total	% Hombres	% Mujeres
2000						
Total	14.536.029	6.533.784	8.002.245	8,56	44,95	55,05
60-64	4.600.929	2.153.209	2.447.720	2,71	46,80	53,20
65-69	3.581.106	1.639.325	1.941.781	2,11	45,78	54,22
70-74	2.742.302	1.229.329	1.512.973	1,62	44,83	55,17
75-79	1.779.587	780.571	999.016	1,05	43,86	56,14
80+	1.832.105	731.350	1.100.755	1,08	39,92	60,08
2010						
Total	20.435.566	9.050.888	11.384.679	10,53	44,29	55,71
60-64	6.294.702	2.939.174	3.355.528	3,24	46,69	53,31
65-69	4.607.176	2.085.621	2.521.555	2,37	45,27	54,73
70-74	3.614.797	1.585.929	2.028.868	1,86	43,87	56,13
75-79	2.547.568	1.052.965	1.494.603	1,31	41,33	58,67
80+	3.371.324	1.387.199	1.984.125	1,74	41,15	58,85
2020						
Total	29.766.562	13.063.489	16.703.073	13,99	43,89	56,11
60-64	9.030.502	4.158.749	4.871.753	4,25	46,05	53,95
65-69	6.959.954	3.132.045	3.827.909	3,27	45,00	55,00
70-74	5.095.154	2.236.904	2.858.250	2,40	43,90	56,10
75-79	3.409.663	1.399.730	2.009.934	1,60	41,05	58,95
80+	5.271.289	2.136.062	3.135.227	2,48	40,52	59,48
2030						
Total	41.351.102	18.036.842	23.314.260	18,35	43,62	56,38
60-64	11.091.929	5.090.228	6.001.700	4,92	45,89	54,11
65-69	9.682.502	4.342.273	5.340.229	4,30	44,85	55,15
70-74	7.467.190	3.258.978	4.208.212	3,31	43,64	56,36
75-79	5.278.130	2.183.668	3.094.462	2,34	41,37	58,63
80+	7.831.351	3.161.694	4.669.658	3,48	40,37	59,63

Fuente: Proyecciones IPEA realizadas a partir de IBGE, Censos demográficos de 1980, 1991 y 2000.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN BRASIL

2.1. Salud

Indicadores de salud

En el año 1998, según datos de la Organización Panamericana de la Salud, las principales causas de muerte de los adultos mayores por orden de importancia eran: las enfermedades del sistema circulatorio (46%), causas mal definidas (18%), neoplasias (17%) y enfermedades respiratorias (11%). Los adultos mayores representaron 18% de las hospitalizaciones realizadas en el sistema público de salud en el año 2000 y las principales causas fueron las enfermedades de los sistemas: circulatorio (28%), respiratorio (20%) y digestivo (10%).

2.2. Situación económica y pobreza

La proporción de adultos mayores sin ingresos monetarios se sitúa en el 9,1%. La pobreza de las mujeres según este indicador alcanza el 14,0%, mientras la proporción de varones sin renta es de 2,8%.

BRASIL- Porcentaje de adultos mayores sin ingresos monetarios. Según sexo y grupo de edad			
Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
60-64	5,7	23,7	15,4
65-69	2,1	13,9	8,6
70-74	1,1	10,0	6,2
75-79	1,0	10,3	6,5
80 y más	0,8	7,6	5,2
Total	2,8	14,0	9,1

Fuente: IBGE/PNAD de 2005. Elaboración IPEA

2.3. Actividad laboral

Durante el ciclo 1980-2000 la tasa de actividad entre los varones mayores ha disminuido, mientras que la tasa de las mujeres ha aumentado en todos los grupos de edad, como puede observarse en la siguiente tabla. Puede apreciarse una tasa de actividad económica notable entre los adultos mayores varones, que se mantiene en torno al 27,6% a lo largo del período para el tramo de edad entre los setenta y los 74 años, y todavía es cercana al 20% entre los 75 y 79 años, sin un descenso apreciable a lo largo de la década analizada.

BRASIL- Tasas de actividad de los adultos mayores. Según sexo y grupo de edad 1980-2000				
Grupo de edad	1980		2000	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
60-64	65,5	12,3	57,1	19,2
65-69	45,6	7,4	40,2	11,1
70-74	28,2	3,8	27,2	6,4
75-79	19,0	2,3	18,9	4,1
80 y más	9,0	1,1	9,6	4,0

Fuente: IBGE, Censo demográfico 2000

La distribución porcentual de los adultos mayores según el tipo de ingreso muestra un alto porcentaje de mujeres que no cuenta con rentas de ningún tipo. Esto supone para las mujeres una situación de vulnerabilidad importante que se incrementa si éstas además no cuentan con una red de apoyo familiar.

BRASIL- Distribución porcentual de los adultos mayores por tipo de ingreso				
	Jubilación	Jubilación y trabajo	Sólo trabaja	Ni es jubilado, ni trabaja
Hombres				
60-64	36,6	17,23	31,04	15,13
65-69	56,35	19,30	13,00	11,35
70-74	72,09	15,73	4,17	8,01
75-79	79,99	10,30	2,31	7,39
80 y más	86,32	4,66	1,24	7,77
Mujeres				
60-64	42,8	4,94	8,68	43,58
65-69	56,76	4,05	3,27	35,92
70-74	64,07	2,54	1,29	32,1
75-79	67,94	1,48	0,85	29,73
80 y más	70,89	0,57	0,89	27,65

Fuente: IBGE, Censo demográfico 2000

2.4. Educación

En el año 2005, el 31,1% de los adultos mayores en Brasil no sabía leer ni escribir. Por género, las mujeres soportan un porcentaje de analfabetismo cuatro puntos mayor que los varones. La proporción de personas que no saben leer ni escribir desciende de forma importante conforme tenemos en cuenta a grupos de menor edad.

Brasil- Proporción de Población Mayor que sabe leer y escribir por edad y sexo- 2005						
Edad	Saben leer y escribir			No saben leer ni escribir		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
60-64	76,1	73,4	74,6	23,9	26,6	25,3
65-69	73,2	69,0	70,9	26,8	31,0	29,1
70-74	71,5	67,4	69,1	28,5	32,6	30,9
75-79	65,3	63,2	64,1	34,7	36,8	35,9
80+	58,8	54,7	56,3	41,2	45,2	43,7
Total	71,2	67,2	68,9	28,8	32,8	31,1

Fuente: IBGE/PNAD de 2005. Elaboración IPEA

2.5. Formas de convivencia

Las cifras sobre la situación conyugal de los adultos mayores en Brasil muestran una realidad diferente entre los hombres y las mujeres. El 77,3 % de los varones declara estar casado frente al 40,8% de mujeres. El 40,8% de las mujeres manifiesta ser viuda frente a sólo el 12,4% de los varones. Esta cifra tan elevada en la viudedad de las mujeres puede estar condicionada por la mayor expectativa de vida que mantienen respecto a los varones, además de la facilidad comparativa de los varones para formar una nueva familia. Que las mujeres aparezcan sin pareja, no supone necesariamente que se encuentren solas: según el Censo de 2000, en el 24,1% de las familias brasileñas reside por lo menos un adulto mayor.

BRASIL- Distribución porcentual de los adultos mayores según situación conyugal		
	Hombres	Mujeres
Casados	77,3	40,8
Separados, divorciados	6,2	11,8
Viudos	12,4	40,8
Solteros	4,0	6,6
Total	100,0	100,0

Fuente: IBGE, Censo demográfico 2000

Un porcentaje muy alto, pero descendente con la edad, de los varones de más de 60 años son jefes de hogar (el descenso se debe a que, conforme aumenta la edad, se incrementa el número de personas que van a vivir con sus hijos porque ya no pueden vivir solos). En el caso de las mujeres, la proporción de jefas de hogar asciende entre los 60 y los 80 años (conforme van enviudando, se convierten en jefas de hogar algunas que antes no lo eran), y luego disminuye por las mismas razones que en el caso de los varones.

BRASIL- Porcentaje de personas mayores que son jefes de hogar, por grupo de edad y sexo. Año 2005"			
Edad	Hombres	Mujeres	Total
60-64	90,2	40,5	63,4
65-69	90,0	46,4	66,1
70-74	89,1	51,0	67,5
75-79	84,5	53,4	66,5
80+	77,3	47,4	58,9
Total	87,7	46,6	64,7

Fuente: IBGE/PNAD de 2005. Elaboración IPEA

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores

3.1.1. Derechos constitucionales

La Constitución Brasileña de 1988 se refiere a los adultos mayores en el artículo 230:

“La familia, la sociedad y el Estado tienen el deber de amparar a las personas mayores, asegurando su participación en la comunidad, defendiendo su dignidad y bienestar y garantizándoles el derecho a la vida.

§ 1º Los programas de amparo a los Adultos Mayores serán ejecutados preferentemente en sus hogares.

§ 2º Se garantiza a los mayores de sesenta y cinco años la gratuidad de los transportes colectivos urbanos”.

La Constitución también prevé coberturas de atención para las personas mayores, prioritariamente a través del Sistema de Seguridad Social, comprendidas en las políticas de Previsión Social, Salud y Asistencia Social. Citamos a continuación los artículos de la Constitución más relacionados con esta materia:

- Artículo 194 - Define que la Seguridad Social comprende un conjunto integrado de acciones de iniciativa de los poderes públicos y de la sociedad, destinadas a asegurar los derechos relativos a la salud, a la previsión social y a la asistencia social.
- Artículo 195 - Define cómo será financiado y las fuentes de ingreso que subsidiarán el sistema de seguridad social brasileña.
- Artículo 196 - Define que la salud es derecho de todos y un deber del Estado. Instituye políticas sociales y económicas que se propongan la reducción del riesgo de enfermedad y de otros agravios. Garantiza el acceso universal de la población y propone acciones y servicios de promoción, protección y rehabilitación.
- Artículo 201 - Define los planes de previsión social y prevé la cobertura de atención a las situaciones de enfermedad, invalidez, muerte y edad avanzada. Establece la jubilación en el régimen general de la previsión social definiendo la edad de 65 años para los hombres y de 60 años para las mujeres. Reduce en cinco años el límite para los trabajadores rurales de ambos sexos y para los que ejercen actividades de economía familiar (productor rural, buscador de metales y piedras preciosas y pescador artesanal). Existen otros criterios de aplicabilidad para la concesión de la jubilación para las categorías de profesor y servidores de la administración

pública y privada, rural y urbana, siendo reglamentados por una legislación específica.

- Artículo 203 - Define y asigna la política pública de asistencia social a quien de ella necesite, independiente de su contribución a la seguridad social, y tiene por objetivos: proteger a la familia, a la maternidad, a la infancia, a la adolescencia y a la vejez.
- Artículo 204 -Define las fuentes de financiamiento y la forma de organización y gestión de la asistencia social (descentralizada y participativa entre entes federados y la sociedad, con control democrático).

3.1.2. Leyes generales y específicas

Existen en Brasil leyes generales como la ley 8080/90, que reglamenta el sistema de salud; la ley 8213/91, que reglamenta el sistema de Previsión Social, y la ley 8742/93 que reglamenta por su parte al sistema de Asistencia Social. Estas leyes prevén atención a todas las personas en el ámbito de la seguridad social, y contemplan derechos específicos para las personas mayores.

Por otra parte, existen leyes específicas de atención a las personas mayores, que definen la edad para el acceso a las prestaciones, así como las modalidades de servicios, beneficios, programas y proyectos, y los criterios de elegibilidad que garantizan el acceso. Además de estos aspectos, se perfilan las formas de gestión, el cofinanciamiento y la red de asociación institucional. Citamos la legislación prioritaria en vigencia:

Política Nacional do Idoso (Política Nacional del Mayor). **Ley 8.842** de 08/02/94. Reglamentada por Decreto nº 1948, de 03 de julio de 1996.

- Considera a una persona como adulto mayor a partir de los 60 años.
- Garantiza nuevas modalidades de servicios y programas de atención a la persona mayor y sus familias.
- Presenta un enfoque intersectorial e interdisciplinar dentro de la visión gerontológica del proceso del envejecimiento.
- Prevé la modernización de la gestión.
- Define el abordaje de la política estatal y prevé la participación efectiva de la familia y de la sociedad.
- Prevé Consejos de Adultos Mayores.
- Establece y reconoce la participación efectiva de organizaciones Gubernamentales y no-gubernamentales (OGs y ONGs).

Estatuto do Idoso (Estatuto del Mayor). **Ley 10.741** de 3 de octubre de 2003.

Establece una regulación nacional de derechos y prestaciones. En su artículo 1º, determina que el Estatuto se destina "a regular los derechos garantizados a las personas con edad igual o superior la 60 (sesenta) años. El Estatuto se estructura en siete títulos que comprenden los Derechos Fundamentales, las Medidas de Protección, la Política de Atención al Adulto Mayor; el acceso a la Justicia; los Crímenes y las Disposiciones Finales y Transitorias". El título de los Derechos Fundamentales se refiere al derecho a la vida, a la libertad, al respeto y a la dignidad, a los alimentos, a la educación, cultura, deporte y ocio, a la profesionalización y al trabajo, previsión social, asistencia social, a la vivienda o residencia, al transporte y a la propia salud.

Ley 6.179 de 11 de Diciembre de 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 persona.

Decreto 1.744, del 8 de diciembre de 1995. Reglamenta el beneficio de prestación continuada (no contributivo, de asistencia social) orientado a personas con discapacidad y mayores, del que trata la Ley 8.742, de 7 de diciembre de 1993, y de otras coberturas.

Decreto 1.948 del 3 de julio de 1996. Reglamenta la **Ley nº 8.842**, de 4 de enero de 1994, que dispone sobre la Política Nacional del Adulto Mayor, y define otras prestaciones complementarias.

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. Conforme al principio de universalidad, este reglamento establece la atención a todo paciente que necesite de cuidados prolongados, ahí considerados los pacientes crónicos, portadores de múltiples agravios a la salud, convalecientes y/o de cuidados permanentes que necesitan de asistencia continua y de rehabilitación físico-funcional.

Portaría (Instrucción) GM/MS 1395/99 (Ministerio de la Salud). Establece la Política Nacional de Salud del Adulto Mayor.

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.

Portaría (Instrucción) Interministerial 5.153/99 (Ministerio de Estado de la Previsión y Asistencia Social / Ministerio de la Salud), que instituyó el *Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores* y una comisión interministerial con el objetivo de coordinar el Programa y presentar procedimientos de operacionalización. La instrucción estableció que el Programa debería actuar de forma descentralizada, incluyendo a los secretarios Provinciales, de Distrito Federal, y Municipales de las áreas correspondientes respectivos Consejos Provinciales, de Distrito Federal y Municipales. Las universidades y entidades no gubernamentales fueron definidas como las responsables por el desarrollo de la capacitación de los recursos humanos. Los cuidadores domiciliarios (familiares y no familiares) e institucionales fueron establecidos como destinatarios de las actividades de capacitación. Un resultado concreto fue la elaboración del documento denominado *Capacitación Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores* (nov/1998) referente a proyecto de capacitación, con duración de tres años, cuya meta era atender a 130.840 cuidadores.

Portaría (Instrucción) MPAS 73/2001. (Ministerio de Previsión y Asistencia Social¹⁶)- establece patrones mínimos de funcionamiento común de las distintas modalidades de servicios y programas de atención a la persona mayor.

Portaría (Instrucción) GM/MS 702/02 (Ministerio de la Salud). Crea las Redes Provinciales de Atención a la Salud del Adulto Mayor.

¹⁶ Actualmente (2006) hay dos Ministerios independientes: Ministerio de Previsión Social y Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre.

Portaría (Instrucción) **GM/MS 738/02** (Ministerio de la Salud). Incorpora la asistencia domiciliar y el Hospital-día Geriátrico a las acciones financiadas por el FAEC (Fondo de Acciones Estratégicas de Compensación) del Ministerio de la Salud.

Portaría (Instrucción) **SAS/MS 249/02** (Ministerio de la Salud). Aprueba normas de registro para Centros de Referencia en Asistencia a la Salud del Adulto Mayor y da de alta 17 Centros.

Portaría (Instrucción) **GM/MS 703/02** (Ministerio de la Salud). Instituye el Programa de Asistencia a los Portadores de Enfermedad de Alzheimer.

Portaría (Instrucción) **SAS 470/02 (Ministerio de la Salud)**. Aprueba el protocolo clínico y las directrices terapéuticas para el tratamiento de la osteoporosis.

Portaría (Instrucción) **SAS 843/02 (Ministerio de la Salud)**. Establece el protocolo clínico y directrices terapéuticas para la atención al paciente con enfermedad de Alzheimer.

Portaría (Instrucción) **SAS 1016/02 (Ministerio de la Salud)**. Establece el protocolo clínico y directrices terapéuticas para la atención al paciente con enfermedad de Parkinson.

Portaría (Instrucción) **185/02 (Ministerio de la Salud)** Define criterios de dispensación de Ortopedia, Prótesis y/o Medios Auxiliares de Locomoción, así como define que la salud de la persona con discapacidad debe tener carácter multiprofesional y multidisciplinar y ser realizada por profesionales especializados en el área de rehabilitación, atendiendo a la promoción de la salud, la limitación de la incapacidad y la garantía de la calidad de vida, así como la mejoría de las condiciones de vida, la integración social, la ampliación de las potencialidades laborales e independencia en las actividades de la vida diaria. Los criterios de prestación comprenden los ciudadanos de todas las edades, inclusive adultos mayores.

Decreto 4.227 de 13 de mayo de 2002. Crea el Consejo Nacional de los Derechos del Adulto Mayor, CNDI, y define otras medidas.

Portaría (Instrucción) **Interministerial 5/03** (Ministerio de la Asistencia Social y Ministerio de la Salud). Instituye la Comisión Interministerial responsable por la coordinación del Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores. El reglamento estableció el plazo de 60 días para que la comisión referida presente "una propuesta de implementación de una Red Formal de Apoyo, Acompañamiento y Orientación de Cuidadores de Adultos Mayores, con base en el análisis de las estrategias utilizadas por el Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores hasta la presente fecha". La comisión elaboró el documento denominado "Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores – Curso de formación Inicial para cuidadores de Adultos Mayores de Instituciones de Larga Permanencia para Adultos Mayores - ILPIs"

Decreto Ley nº 5.296/04. Reglamenta la Ley 10.048, de 8 de noviembre de 2000, que da prioridad de atención a la persona portadora de deficiencia o que posee limitación o incapacidad para el desempeño de actividades, así como la Ley 10.098, de 19 de diciembre de 2000, que establece normas generales y criterios básicos para la promoción de la accesibilidad.

Decreto 5.109 de 17 de junio de 2004. Dispone sobre la composición, estructuración, cualificaciones y funcionamiento del Consejo Nacional de los Derechos del Adulto Mayor - CNDI, y establece medidas complementarias.

Decreto 5.130 de 7 de Julio de 2004. Reglamenta el art. 40 Ley en el 10.741, de 1º de octubre de 2003 (gratuidad en el transporte colectivo).

El único dispositivo legal que limita derechos de los Adultos Mayores está contenido en la Constitución Federal de 1988, artículo 40, párrafo 1º, inciso 2º, que fija el límite máximo de 70 años para el ejercicio de función pública.

Resolución Colegiada de la Agencia Nacional de Salud (RDC/ANVISA) número 283, del 26 de septiembre de 2005, que aprueba la Normativa Técnica que define normas de funcionamiento, bajo el aspecto del riesgo sanitario, para las Instituciones de Larga Estancia para Adultos Mayores (ILPI).

Son consideradas ILPI las instituciones gubernamentales o no gubernamentales, de carácter residencial, destinadas a domicilio colectivo de personas con edad igual o superior a 60 años, con o sin soporte familiar.

Decreto nº 5.934, del 18 de octubre de 2006- Establece los mecanismos y los criterios que serán adoptados en el art. 40 de la Ley nº 10.741, del 1º de octubre de 2003 (Estatuto do Idoso), y otras normativas - (Este decreto fija mecanismos y criterios para el ejercicio del derecho de gratuidad del transporte colectivo interestatal, en sus modalidades: ómnibus, tren y barcos- este decreto se sustenta por una resolución de la entidad que representa a las empresas de transporte de ómnibus)

Portaria nº 2528, del 19 de octubre de 2006 (Ministerio de la Salud) - Aprueba la Política Nacional de Salud de la Persona Mayor.

Portaria nº 2.529, del 19 de octubre de 2006 (Ministerio de la Salud) - Instituye la Internación Domiciliaria en el ámbito del SUS.

3.1.3. Convenios Internacionales

Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid 2000

Envejecimiento Activo. Proyecto de la Organización Mundial de la Salud creado en el año 2000 que busca la creación de un Servicio de Salud Primario Amigable con el Adulto Mayor (Towards Age-friendly Primary Health).

Acuerdo de Seguridad Social del MERCOSUR, vigente a partir de 1º de junio de 2005. Garantiza los derechos previsionales a los trabajadores de los países que componen el Mercosur (Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay).

BRASIL- Principales instrumentos normativos a favor de los adultos mayores				
Ámbito	Convenios internacionales	Previsiones constitucionales	Leyes nacionales específicas y sus reglamentos	Leyes nacionales sectoriales y sus reglamentos
Asistencia Social		Artículos 194, 203 y 204.	Ley 8.842/93 Política Nacional del Mayor	Ley 8.742/93 Asistencia Social
Salud	Envejecimiento Activo	Artículos 194,196, 197, 198, 199 y 200.	Ley 10.741/03 Estatuto del adulto mayor	Ley 8080/90 Sistema Único de Salud
Vivienda			Ley 10.741/03 Estatuto del adulto mayor	
Participación		Artículos 198, 204 e 230.	Ley 10.741/03 Estatuto del adulto mayor Decreto 5.109/04 Consejo Nacional de los Adultos Mayores	Ley 8.742/93 Asistencia Social Ley 8080/90 Sistema Único de Salud Ley 8.213/91 Previsión Social
Violencia, discriminación y maltrato	Declaración Universal de los Derechos Humanos		Ley 10.741/03 Estatuto del adulto mayor	
Política Urbana				Decreto 5.130/04 gratuidad en el transporte colectivo para los adultos mayores

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico regional sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales. Agosto 2006

3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores

3.2.1. Ámbitos prioritarios de actuación a favor de los adultos mayores

Brasil cuenta con dos importantes instrumentos de política integral: la Política Nacional del Adulto Mayor (PNI) y el Estatuto del Adulto Mayor, que establecen atribuciones para las diversas políticas sociales fortaleciendo la atención integral de las personas mayores, expresadas en la legislación que se describe a continuación:

El Estatuto del Adulto Mayor es la ley federal que reconoce jurídica y formalmente los derechos individuales, políticos, civiles, sociales y económicos de los adultos mayores brasileños, estableciendo la responsabilidad de diversas políticas sociales para hacer efectivo cada uno de estos derechos.

POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO, PNI (Política Nacional del Adulto Mayor). Ley nº 8.842 de 04 de enero de 1994.

“Dispone sobre la Política Nacional del Adulto Mayor, crea el Consejo Nacional del Adulto Mayor y otras previsiones”

Objetivo de la PNI (artículo 1º): *“asegurar los derechos sociales del Adulto Mayor, creando condiciones para promover su autonomía, integración y participación”*

Principios de la PNI (artículo 3º):

- I. La familia, la sociedad y el Estado tienen el deber de asegurar al Adulto Mayor todos los derechos de ciudadanía, garantizando su participación en la comunidad, defendiendo su dignidad, bienestar y el derecho a la vida.
- II. El proceso de envejecimiento requiere respeto por parte de la sociedad en general, debiendo ser objeto de conocimiento e información para todos.
- III. El Adulto Mayor no debe sufrir discriminación de ninguna naturaleza.
- IV. El Adulto Mayor debe ser el principal agente y destinatario de las transformaciones que sean efectuadas a través de la política.
- V. Las diferencias económicas, sociales, regionales y, particularmente, las contradicciones entre el medio rural y urbano de Brasil deberán ser consideradas por los poderes públicos y por la sociedad en general, en la aplicación de esta ley.

Directrices de la PNI (artículo. 4º):

- I. Hacer viables formas alternativas de participación, ocupación y convivencia del Adulto Mayor, que promuevan su integración con las demás generaciones.
- II. Participación del Adulto Mayor, a través de sus organizaciones representativas, en la formulación, implementación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos desarrollados.
- III. Priorización de la atención al Adulto Mayor a través de sus propias familias, en detrimento de la atención residencial, a excepción de los Adultos Mayores que no posean condiciones que garanticen su propia supervivencia.
- IV. Descentralización político-administrativa.
- V. Capacitación y reciclaje de los recursos humanos en las áreas de geriatría y gerontología y en la prestación de los servicios.
- VI. Implementación de sistema de informaciones que permita la divulgación de la política, de los servicios ofrecidos, de los planes, programas y proyectos en cada nivel de gobierno.
- VII. Establecimiento de mecanismos que favorezcan la divulgación de informaciones de carácter educativo sobre los aspectos bio-psico-sociales del envejecimiento;
- VIII. Priorizar la atención al Adulto Mayor en órganos públicos y privados prestadores de servicios a los mayores solos y sin familia.
- IX. Apoyo a estudios e investigaciones sobre las cuestiones relativas al envejecimiento.

Organización y Gestión

- La coordinación de la PNI se encomienda al órgano ministerial responsable de la asistencia y promoción social.

- Se crea el Consejo Nacional de Derechos de los Mayores, una instancia de control democrático, paritaria y deliberativa, en el ámbito de la estructura del Estado, compuesta por representantes de órganos y entidades públicas y de organizaciones representativas de la sociedad civil, conectadas al área, con la capacidad de formular, supervisar y evaluar la PNI, en el ámbito de las respectivas instancias político-administrativas.
- Se definen protecciones a la persona mayor en las áreas de asistencia social, educación, habitación y urbanismo, cultura, deporte y ocio.

Seguridad Económica

La política social brasileña, que mira por la seguridad económica de los adultos mayores, está compuesta por beneficios previsionales (de naturaleza contributiva) y asistenciales (de carácter no contributivo)

Beneficios previsionales

La Previsión Social es una institución pública que tiene como objetivo reconocer y conceder derechos a sus asegurados. El ingreso transferido por la Previsión Social se emplea para sustituir el ingreso del trabajador contribuyente, cuando pierde la capacidad de trabajar, ya sea por enfermedad, invalidez, edad avanzada, muerte o desempleo involuntario, así como por maternidad o por ingreso hospitalario

La previsión pública brasileña cuenta, entre otros, con dos beneficios principales para la población adulta mayor, que exigen contraprestación contributiva por parte del asegurado: la jubilación por edad y la jubilación por tiempo de contribución, cuyas principales características se describen a continuación:

El adulto mayor que no estuviera jubilado por el Régimen General de Previsión Social (RGPS) y estuviera trabajando, tiene derecho a todos los beneficios del régimen (ayuda médica y previsional, salario de familia y salario de maternidad, y los dependientes tienen derecho a pensión por muerte y ayuda a internación). Si el asegurado ya estuviera jubilado por el RGPS, pero continúa trabajando, tiene derecho al salario familiar, rehabilitación profesional y salario por maternidad, este último también concedido en el caso de adopción.

A partir de la publicación de la Ley 10.666/2003 deja de exigirse la condición de asegurado para la concesión de pensión por tiempo de contribución, especial y por edad, de forma que, si se cumplen los otros requisitos (edad, carencia y tiempo de contribución) en cualquier momento el asegurado podrá requerir el beneficio, sin la exigencia de que esté contribuyendo o vinculado al RGPS.

Los cambios implementados por la Ley 10.666 trajeron consigo una gran inclusión previsional, al considerar que algunos trabajadores de edad avanzada no conseguían retornar al mercado de trabajo, y por consiguiente, quedaban al margen del sistema previsional, aun teniendo una base importante de cotizaciones realizadas a lo largo de su vida laboral. Con el advenimiento de la nueva ley pasaran a tener derecho a una jubilación.

Jubilación por edad

Tienen derecho al beneficio los trabajadores urbanos de sexo masculino con 65 años y el sexo femenino a los 60 años de edad. Los trabajadores rurales pueden pedir su jubilación por edad con cinco años menos: a los 60 años los hombres y a los 55 años las mujeres.

Para solicitar el beneficio, los trabajadores urbanos inscritos a partir del 25 de Julio de 1991 precisan acreditar 180 contribuciones mensuales. Los rurales tienen que probar, con documentos, 180 meses de ejercicio de actividad rural.

Para los trabajadores que ya estaban inscritos al 24/07/1991 el número de contribuciones exigidas varía de acuerdo a una tabla progresiva (con un aumento gradual de 6 meses cada año), prevista por la ley. Para el trabajador que completa la edad en 2006 la exigencia es de 150 contribuciones en 12 años y seis meses.

El valor de la jubilación por edad corresponde al 70% del salario de beneficio, más el 1% por cada grupo de 12 contribuciones mensuales al 100% del salario del beneficio. El beneficio no será inferior a un salario mínimo.

Para los fines de la jubilación por edad del trabajador rural, no se consideran como una pérdida de la condición de afiliado los intervalos entre las actividades rurales. No obstante, el asegurado deberá estar ejerciendo la actividad rural en la fecha de entrada al beneficio o en la fecha en que se implementaron todas las condiciones exigidas para el beneficio.

El trabajador no necesita dejar su empleo para requerir una jubilación y después de acceder al beneficio puede seguir trabajando.

La empresa puede solicitar una jubilación obligatoria por edad del empleado, a los 65 años para el hombre y a los 60 años para la mujer. Al contrario de lo que ocurre en el servicio público, se trata de una facultad conferida al empleador, de forma que no es obligatorio el cese de la actividad del empleado. No hay edad límite para la afiliación al RGPS.

Jubilación por tiempo de contribución

La jubilación por tiempo de contribución puede ser integral o proporcional. Para tener derecho a una jubilación integral, el trabajador varón debe acreditar por lo menos 35 años de contribución y la trabajadora mujer, 30 años. Para requerir una jubilación proporcional (que es la debida al asegurado inscrito antes del 16/12/1988), el trabajador debe combinar dos requisitos: tiempo de contribución y edad mínima.

Los hombres pueden solicitar la jubilación proporcional a los 53 años de edad con 30 años de contribución (más un adicional del 40% sobre el tiempo que faltaba al 16 de diciembre de 1988 para completar los 30 años de jubilación). Las mujeres tienen derecho a la jubilación proporcional a los 48 años de edad con 25 de contribución (más un adicional del 40% sobre el tiempo que faltaba al 16 de diciembre de 1988 para completar los 25 años de contribución).

Al igual que en la jubilación por edad, el trabajador no necesita dejar su empleo para requerir el beneficio.

Las jubilaciones por edad y tiempo de contribución son irreversibles e irrenunciables: después de recibir el primer pago, el asegurado no podrá desistir del beneficio.

Cobertura previsional diferenciada para los trabajadores rurales

Dentro del Régimen General de Previsión Social se han previsto reglas diferenciadas para los trabajadores rurales en régimen de economía familiar-denominados asegurados especiales.

Este tratamiento diferenciado contempla la contribución sobre la producción comercializada (reconocimiento de responsabilidades del comprador), comprobación del tiempo de ejercicio de la actividad rural en la agricultura familiar, o a través del tiempo de contribución individualizada, con edades y criterios de acceso diferentes a los beneficios de los asegurados urbanos. Están incluidos en esta categoría los cónyuges, compañeros e hijos mayores de 16 años que trabajan con la familia en la actividad rural. También son considerados asegurados especiales el pescador artesanal o el indígena que ejerce actividad rural junto a sus familiares.

Las diferencias se justifican con el hecho de que el agricultor con régimen de economía familiar no percibe sus ingresos de la misma forma que el trabajador urbano (que puede contribuir sobre su salario mensual regularmente). Asimismo, como no hay un vínculo contributivo clásico, la determinación del valor del beneficio de la jubilación, pensión por muerte, ayuda por enfermedad o salario por maternidad sigue el principio del modelo lógico universal, con el beneficio del valor constante a un salario mínimo.

La cobertura previsional garantizada a los trabajadores rurales permite un alto impacto de inclusión social en las familias trabajadoras rurales pobres, y mejora de forma sustentada el tejido social rural: reduciendo la migración rural-urbana, desarrollando la agricultura familiar, ofreciendo seguridad alimentaria (ya que la agricultura familiar produce la mayoría de los alimentos consumidos en Brasil), y mayor solidaridad entre las familias de trabajadores rurales de jubilados o pensionados.

Beneficio Asistencial ofrecido al Adulto Mayor

Los adultos mayores también cuentan con la protección del beneficio no contributivo, que se destina a aquellas personas con 65 años y más que, sin haber aportado a la previsión social, poseen un ingreso por capita inferior a $\frac{1}{4}$ del salario mínimo brasileño¹⁷. Ese beneficio de prestación continuada de la asistencia social (BPC) fue creado por la Ley Orgánica de Asistencia Social (LOAS) – Ley nº 8.742/93, que también está destinado a personas con discapacidad. Está vinculado al Ministerio de Desarrollo Social y Combate contra el Hambre (MDS) y costado con recursos del Fondo Nacional de Asistencia Social (FNAS).

La previsión actualizada a julio de 2006 es que sean atendidas 1.198.522 personas mayores durante todo el año, con un importe global de U\$D 2.098.053.815 aproximadamente¹⁸.

¹⁷ A mayo de 2006, el salario mínimo brasileño es de R\$320.00 (éste es estipulado una vez al año).

¹⁸ R\$ 4.615.718.393,00

Por disposición legal, la regulación en la gestión del beneficio de prestación continuada de asistencia social a los adultos mayores, está a cargo del MDS y la operacionalización de la concesión, mantenimiento y revisión del beneficio, bajo la competencia del Instituto Nacional del Seguro Social, INSS.

El INSS posee una red de atención estructurada con 100 Gerencias Ejecutivas, 1.195 Agencias de Previsión Social, y 75 Unidades Móviles, para dar cobertura a todos los municipios brasileños.

El MDS como responsable de la política de asistencia social y el INSS como operacionalizador de la misma, están siempre juntos discutiendo formas y metodologías con el fin de dar una mayor cobertura y optimización de inclusión social a estas personas con alto grado de vulnerabilidad social, sobretudo a las personas mayores, disminuyendo barreras para el acceso al bienestar social por medio de BPC LOAS, un importante programa de transferencia de ingresos del gobierno federal.

Cantidades y valor de beneficios activos, por sexo del asegurado, según grupos de edades- Situación a diciembre de cada año (2003-2005)									
GRUPOS DE edades	Años	BENEFICIOS ACTIVOS (1)							
		cantidades				Valor (R\$ Mil)			
		Total	Sexo			Total	Sexo		
			Masculino	Femenino	Ignorado (2)		Masculino	Femenino	Ignorado (2)
TOTAL	2003	15.913.605	7.965.851	6.596.960	1.350.794	6.823.804	4.309.070	2.179.766	334.968
	2004	16.927.695	8.514.714	7.219.626	1.193.355	7.787.026	4.896.572	2.571.405	319.049
	2005	17.534.280	8.854.580	7.626.677	1.053.023	8.837.195	5.508.723	3.006.512	321.960
60 años y más	2003	10.526.480	4.829.785	4.448.999	1.247.696	3.893.743	2.299.711	1.283.547	310.484
	2004	11.184.357	5.209.615	4.871.508	1.103.234	4.446.335	2.636.543	1.513.831	295.961
	2005	11.652.478	5.499.126	5.178.672	974.680	5.149.173	3.048.615	1.801.575	298.983
Ignorada	2003	19.492	8.673	5.021	5.798	6.828	3.729	1.572	1.527
	2004	14.809	6.602	3.808	4.399	5.391	2.931	1.239	1.221
	2005	12.031	5.356	3.131	3.542	4.492	2.401	1.063	1.028

Fuente: DATAPREV, SUB, Plano Tabular da DIIE.

NOTA: Las diferencias ocasionales existentes entre cifras parciales y totales provienen del redondeo

(1) No se incluyen las informaciones referentes a las pensiones ni a las pensiones alimenticias.

(2) El número de beneficiarios con sexo ignorado se debe a la ausencia, hasta abril de 1992, de la variable sexo para la clientela rural.

Asistencia Social

El derecho a la protección social y de la política de asistencia social a las personas mayores está inscrito en la Ley Orgánica de la Asistencia Social (LOAS), Ley 8742 de 7 de diciembre de 1993.

La LOAS reglamenta los artículos 203 y 204 de la Constitución Federal de 1988 que definió la asistencia social como política pública derecho del ciudadano y deber del

Estado, integrante de la Seguridad Social brasileña, junto con la Salud y la Previsión Social.

La LOAS trata de los objetivos, principios y directrices de la política, su organización y gestión.

En lo que se refiere a las directrices, la LOAS establece que la organización de la asistencia social debe pautarse por descentralización político-administrativa para los estados, Distrito Federal y municipios y rectoría única de las acciones en cada esfera de gobierno; participación de la población, por medio de organizaciones representativas, en la formulación de las políticas y en el control de las acciones en todos los niveles; y primacía de la responsabilidad del Estado en la conducción de la política de asistencia social.

Se constituyen en importantes instrumentos de gestión de la política de asistencia social los Consejos, los Planes y Fondos de Asistencia Social, en las tres esferas de gobierno. La existencia de Consejos, Planes y Fondos es condición para recibir presupuesto del gobierno federal.

Las entidades de asistencia social actúan de manera complementaria, se integran en la política a través de la regulación del sistema y reciben recursos públicos por medio de convenios firmados con los municipios

En 2003, se inicia un reordenamiento de la asistencia social con la institución de un nuevo modelo de gestión: el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), a través del cual las personas mayores acceden a la protección otorgada por la asistencia social.

La atención de las personas mayores es prestada en el SUAS por medio de una red pública y privada, y comprende el beneficio de prestación continua y los servicios de protección social básica (destinados las personas en situación de vulnerabilidad social) y de protección social especial (para aquellos que se encuentran en situación de riesgo social).

Servicios y beneficios de protección social de asistencia social

En las unidades públicas (Centros de Referencia de Asistencia Social, CRAS), localizados en territorios de vulnerabilidad social y próximos al lugar de residencia de los demandantes, se desarrollan servicios socioeducativos, actividades de convivencia, y acceso y generación de renta. Los servicios que se destinan a las familias e individuos en situación de vulnerabilidad social, también pueden ser desarrollados en el territorio de su competencia por entidades y organizaciones de asistencia social, integrantes del SUAS. Las personas mayores son atendidas a partir del trabajo desarrollado con sus familias y por intermedio de los grupos y centros de convivencia y del Beneficio de Prestación Continuada (BPC). Los servicios desarrollados y o/articulados en el CRAS actúan en la perspectiva de prevenir situaciones de riesgo, desarrollar potencialidades y logros, y fortalecer vínculos familiares y comunitarios.

Los servicios de protección social especial deben posibilitar la reconstrucción de vínculos familiares y sociales, contribuir al logro del mayor grado de independencia familiar y social, así como ampliar la capacidad de enfrentar los cambios de la vida personal y social. La protección social especial se presta a la persona mayor por medio de los servicios de media complejidad (Centro Día y Atención Domiciliaria) y

de alta complejidad (Instituciones de Larga Estancia de Adultos Mayores, Residencia en Familia acogedora, Casa-Hogar, etc.)

Salud

La atención a la salud de las personas mayores se lleva a cabo a través del sistema de salud público (Sistema Único de Salud, SUS) y por el sistema privado, que actúa de forma complementaria y opcional. El SUS, regulado por la ley 8080/90, se basa en seis principios entre los cuales destacan:

- Universalidad de acceso a los servicios de salud en todos los niveles de asistencia.
- Integralidad de la asistencia.
- Descentralización político-administrativa, con dirección única en cada esfera de gobierno.
- Regionalización y jerarquización de la red de servicios de salud.
- Igualdad de la asistencia a la salud, sin prejuicios o privilegios de cualquier especie.
- Participación social, efectuada por medio de los Consejos Nacional, Provincial y Municipal de Salud, en los cuáles hay representación del gobierno y de la sociedad.

El Ministerio de la Salud, gestor federal del SUS, formula las directrices nacionales, por medio de su Área Técnica de Atención a la Salud del Adulto Mayor. Además, presta asesoría técnica a los estados y municipios y financia proyectos de fomento de la política nacional, por medio de la celebración de convenios e instrumentos similares. Cada entidad de la federación, por su parte, cuenta con una coordinación provincial de política de salud del Adulto Mayor. Existen coordinaciones municipales en todas las capitales y en los mayores municipios y, buena parte de otros municipios, de todos los tamaños, cuentan con áreas dedicadas a las cuestiones de atención a la población mayor en las respectivas Secretarías de Salud municipales.

- Vacunación antigripal y antipneumococos: tiene como meta vacunar un 70% de la población mayor, sin embargo, todos los años la meta se superan. En 2005, un 84% de la población mayor recibió la vacuna antigripal.
- Estrategia Salud de la Familia: aproximadamente un 50% de la población mayor es cubierta por la Estrategia Salud de la Familia que comprende la visita a domicilio por equipos de profesionales de salud y de agentes comunitarios de salud.
- Atención de Media y Alta Complejidad: el SUS ofrece a los Adultos Mayores todos los procedimientos de media y alta complejidad necesarios para la atención a la salud, por medio de la asistencia prestada en el propio municipio donde el Adulto Mayor reside o por medio de referencia y contrareferencia.
- Medicamentos: Todos los medicamentos para las enfermedades prevalentes en la fase de vejez están contemplados en la RENAME (Relación Nacional de Medicamentos) y se encuentran disponibles para los usuarios del sistema, incluyendo medicamentos de alto coste tales como los indicados para el tratamiento de la osteoporosis, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer.

- Tratamiento de enfermedades presentes en la fase de vejez: El SUS establece protocolos clínicos y directrices terapéuticas, con garantía de tratamiento y acceso a la medicación para enfermedades prevalentes en la fase de vejez tales como enfermedad de Parkinson (Reglamento 1016/2002); osteoporosis (Reglamento 470/2002) y enfermedad de Alzheimer (Reglamento 843/2002). Además de esas, hay protocolos específicos para las enfermedades oncológicas, cardíacas y resultantes de causas externas (caídas, entre otras).

Vivienda y transporte

El derecho a la vivienda está garantizado en el Estatuto del Adulto Mayor, artículos 37 y 38, donde se establece la reserva del 3% de unidades residenciales para atención a los adultos mayores en los programas habitacionales públicos o subsidiados.

En términos de aplicación de política, existe el Programa Brasil Accesible - Programa de Movilidad Urbana del Ministerio de las Ciudades, que contempla:

- Apoyo financiero a Proyectos de Accesibilidad.
- Apoyo a estados y municipios en la aplicación de acciones para la garantía de la accesibilidad de personas con deficiencia y mayores, considerando la construcción de espacios públicos y la operación de servicios de transporte público. Contempla acciones de capacitación de personal, adecuación de los sistemas de transportes y eliminación de barreras arquitectónicas.
- Difusión del concepto de diseño universal en la planificación de sistemas de transportes y equipamientos públicos.
- Estímulo a la integración de las acciones de Gobierno.
- Sensibilización de la sociedad.
- Estímulo a la organización social.
- Estímulo al desarrollo tecnológico.

Transporte

En lo que concierne al acceso a los transportes colectivos públicos, urbanos, semiurbanos e interprovinciales, el Estatuto del Adulto Mayor garantiza la gratuidad (artículos. 39 al 42) y, en el caso del transporte colectivo público urbano y semiurbano, la reserva del 10% de los asientos para los adultos mayores. En el sistema de transporte colectivo interestatal se reservan dos plazas gratuitas y se descuenta el 50% del valor de los pasajes que excedan de esas dos plazas para adultos mayores con renta igual o inferior a dos salarios mínimos. Sin embargo, algunos artículos, tales como los que tratan del transporte interprovincial, están siendo rechazados por las organizaciones de empresarios. Sólo hay reglamentación para el transporte urbano.

Participación

Derecho de asociación. Regulación de la participación de adultos mayores de las decisiones que les afecten directamente (Consejo de Adultos Mayores, etc.)

La Constitución Brasileña garantiza la libre manifestación, participación social y derecho de asociación. Se destacan a continuación algunos instrumentos que validan ese derecho.

- *Consejo Nacional de los Derechos del Adulto Mayor, CNDI.* Decreto n°. 5.109, de 17 de Junio de 2004 - Órgano colegiado de control social, de carácter deliberativo, de composición paritaria (representantes de gobierno y sociedad), vinculado a la Secretaría Especial de Derechos Humanos de la Presidencia de la República. El CNDI está integrado por 14 representantes de órganos públicos federales. La participación de la representación gubernamental en el CNDI posibilita el debate y perfeccionamiento de las políticas sociales desarrolladas por los órganos gubernamentales, así como su integración, seguimiento y evaluación. El CNDI tiene como una de sus atribuciones prioritarias elaborar las directrices, instrumentos, normas y prioridades de la Política Nacional del Adulto Mayor, así como controlar y fiscalizar las acciones de ejecución. Le corresponde velar por la aplicación de la PNI y del Estatuto del Mayor, la implementación de las acciones en cumplimiento de los acuerdos, convenciones y otros instrumentos internacionales, relativos al envejecimiento de las personas, de los cuales Brasil es signatario.
- *Consejo Nacional de Asistencia Social, CNAS:* órgano nacional de control social, de carácter deliberativo, integrante del sistema descentralizado y participativo de la asistencia social, vinculado al Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre/ Secretaría Nacional de Asistencia Social, de composición paritaria (9 representantes de órganos del gobierno federal relacionados con la asistencia social y 9 representantes de la sociedad, siendo tres representantes de entidades y o/organizaciones de usuarios, tres de entidades de asistencia social y tres de organizaciones de trabajadores del sector). Además del CNAS, hay veintiséis consejos provinciales de asistencia social, un consejo de asistencia social de Distrito Federal y 5.207 consejos municipales de asistencia social, de entre los 5.563 municipios brasileños.
- *Consejo Nacional de Salud.* Es un órgano colegiado con representación de diversos órganos gubernamentales de ámbito federal y de diversos sectores de la sociedad y también de entidades nacionales de trabajadores que poseen papel relevante para la sociedad brasileña. Tiene carácter deliberativo en la formulación de estrategias y en el control de la ejecución de las políticas de salud. El Decreto 99.438, de 07/07/1990 (legislación corregida por los Decretos 1.448/95 y 1.974/96) reglamenta las atribuciones del CNS y define las entidades y órganos que lo componen. Esa legislación fijó cuatro segmentos en la composición del CNS: usuarios, trabajadores de la salud, gestores (gobierno) y prestadores de servicio de salud. Los usuarios se quedaron con un 50% de las plazas, y los otros un 50% son divididos entre trabajadores, gestores y prestadores de servicio. Los Adultos Mayores se hacen representar, entre los usuarios, por un representante de las entidades nacionales de jubilados y pensionistas.
- *Conferencia Nacional de los Derechos de la Persona Mayor.* Decreto de 10 de enero de 2006. Espacio de participación social, de carácter deliberativo, realizada cada dos años, convocada por el CNDI/SEDH. La primera Conferencia Nacional de los Derechos del Adulto Mayor tuvo lugar entre el 23 y el 26 de mayo de 2006, con el tema "Construyendo la Red Nacional de Protección y Defensa de la Persona Mayor", y contó con la participación de 408 delegados y 100 invitados. Tuvo como objetivo general la definición de estrategias para la implementación de la Red de Protección y Defensa de la Persona Mayor. Fue precedida de 26 conferencias provinciales y una

distrital, apoyadas por conferencias regionales y municipales, implicando cerca de aproximadamente 14,000 participantes en el proceso. La representación federal en la Conferencia Nacional tuvo lugar por intermedio de los órganos gubernamentales y no gubernamentales que integran el CNDI. Las discusiones y deliberaciones de la Conferencia contribuyen a la cualificación de la acción gubernamental, no gubernamental, de la sociedad, del propio Adulto Mayor, que se expresa en las propuestas y deliberaciones presentadas en la conclusión de la Conferencia.

En Brasil existen importantes organizaciones representativas de adultos mayores, de ámbito nacional, que actúan en defensa de los derechos de esta población, y que están representadas en el Consejo Nacional de los Derechos del Adulto Mayor y el Consejo Nacional de Salud. Entre ellas destacan:

- La Confederación Brasileña de Jubilados y Pensionistas (COBAP), que cuenta con 160.000 afiliados, de los que 128.000 tienen más de 60 años.
- La Asociación de Mantenedores de Beneficiarios de Petros, AMBEP – Fundación Petrobrás de Seguridad Social, que cuenta con 32.000 afiliados, de los que 26.000 tienen más de 60 años.
- La Confederación de Trabajadores de la Agricultura, CONTAG, a la que pertenecen aproximadamente 1.600.000 trabajadores rurales mayores de 60 años.
- El Sindicato Nacional de los Trabajadores Jubilados.
- El Sindicato Nacional de Jubilados, Pensionistas y Adultos Mayores –Central Sindical Fuerza Sindical.
- La Central Nacional de los Jubilados y Pensionistas de Brasil.

Violencia, discriminación y maltrato

Brasil realizó una investigación de ámbito nacional para diagnosticar los indicadores de violencia, abuso y malos tratos a la Persona Mayor, a partir de denuncias realizadas por la población. A partir de este documento se constató la necesidad de intervención definiendo metodología de trabajo y estableciendo directrices en un Plan, resultado del esfuerzo articulado por el gobierno federal, del Consejo Nacional de los Derechos de los Adultos Mayores (CNDI) y de los movimientos sociales, con el objetivo de ejercer acciones de prevención y enfrentamiento de la violencia contra la persona mayor: el *Plan de Acción para el Enfrentamiento de la Violencia contra la Persona Mayor, Derechos Humanos y Ciudadanía*, coordinado por la Secretaría Especial de los Derechos Humanos de la Presidencia de la República.

El objetivo del Plan es promover acciones que lleven al cumplimiento del Estatuto del Adulto Mayor y del Plan de Acción de la ONU sobre el envejecimiento (ONU, 2002) que traten del enfrentamiento de la exclusión social y de todas formas de violencia contra ese grupo social.

Durante la fase de implementación del Plan fueron realizadas reuniones técnicas de carácter intergubernamental y intersectorial; campañas educativas; audiencias públicas que involucraron a los poderes judicial y legislativo; capacitación de 6.429 personas del área de salud, defensa de derechos, asistencia social, consejeros, gestores, familiares y personas mayores en todas las provincias; capacitación de líderes de organizaciones para el ejercicio de la ciudadanía; realización de seminarios y oficinas de trabajos, investigación sobre las condiciones de vida de las personas mayores en instituciones de larga estadía; movilización de los medios de comunicación sobre violencia y malos tratos, etc.

El Plan, de carácter nacional, está concebido para ser implantado en dos años, posteriormente ser evaluado y recibir las alteraciones necesarias, de acuerdo con la evaluación ocurrida en el proceso de ejecución. Este Plan es fundamental en el diagnóstico situacional de la población mayor, define las prioridades de acción descritas por cuatro categorías de espacio socio-ambiental y cultural: *espacio cultural colectivo, espacio público, espacio familiar y espacio institucional.*

3.2.2. Acciones Específicas

Plan Integrado de Acción Gubernamental

Su objetivo es la aplicación de las acciones de protección a la persona mayor desarrolladas por los órganos federales, según sus objetivos y estrategias con vistas a estructurar una acción gubernamental integrada.

Con la implantación de la Política Nacional del Adulto Mayor (PNI) y del Decreto de Reglamentación de la PNI, Brasil, por intermedio del entonces Ministerio de la Previsión y Asistencia Social, Secretaría Nacional de Asistencia Social, instituyó el Plan Nacional de Gestión Integrada de Acción Gubernamental para la Persona Mayor. Este Plan contó con la participación de los Ministerios Sectoriales y de las Organizaciones No Gubernamentales.

A partir de este Plan los Ministerios Sectoriales asumieron la corresponsabilidad de implementación de la PNI en asociación con el órgano coordinador, estados y municipios. A partir de este Plan, se aplicaron acciones significativas en el ámbito de la federación brasileña:

- Inclusión de un capítulo, acerca de la Situación de la Persona Mayor en Brasil, en el Censo Demográfico realizado por el Instituto Nacional de Geografía y Estadística y en la Encuesta Nacional por Muestra de Domicilios.
- Prestación de asesoría técnica y realización de Encuentros de Capacitación con representantes de los estados, para la formulación de los Planes Provinciales de Gestión Integrada.
- Formulación del Plan de Gestión Integrada Provincial por 17 Unidades de la Federación.
- Capacitación de Consejeros, Gestores y Representantes de Foros de la PNI.
- Institución del Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores.
- Elaboración de Manual de Cuidadores de Adultos Mayores.
- Creación de 26 Foros de defensa de la PNI, en 25 estados y en Distrito Federal.
- Creación de 25 Consejos Provinciales de Defensa de Derechos de los Adultos Mayores.
- Realización de 4 Foros Nacionales de defensa de la PNI.
- Realización de audiencias públicas en el Congreso Nacional referentes a las instituciones de larga estancia. La violencia, abuso y malos tratos a las personas mayores.
- Realización de campañas de ámbito nacional en defensa del envejecimiento activo y saludable.
- Reconocimiento, por el Ministerio del Trabajo, de la categoría de ocupación para cuidadores de Adultos Mayores.
- Realización de Foros regionales y provinciales para participación en la elaboración del Estatuto del Adulto Mayor.

- Elaboración del Manual de Patrones Mínimos de Funcionamiento de Servicios, Programas y Proyectos que componen la PNI –Reglamento 73/2001 del MPAS. Portaría (Instrucción) 73/2001 (MPAS). Este Reglamento regula la prestación de servicios de larga duración en el campo de la Asistencia Social en asociación con la salud y políticas sectoriales. Propone los servicios de residencia temporal para Adultos Mayores que tienen alta en el sistema de salud, pero no en la Seguridad Social; instituciones de larga permanencia para Adultos Mayores sin vínculo familiar y/o cuyas familias no cuentan con condiciones para atender los en su hogar; y centro día para Adultos Mayores que presentan una cierta dependencia funcional y la familia no dispone de condiciones de cuidados durante 24 horas, esta modalidad de servicio funciona en el periodo de 12 la 14 horas y el Adulto Mayor retorna a su hogar. Cabe registrar que este Reglamento define criterios de elegibilidad, cuadro de recursos humanos, red de coordinación, requerimientos de accesibilidad, y proyecto arquitectónico para las modalidades de servicios, con vistas a garantizar la atención de calidad al Adulto Mayor.

Actualmente el Ministerio del Desarrollo Social (MDS) ha realizado, junto a los órganos federales, una actualización de las acciones y estrategias desarrolladas por los diversos órganos de la Unión, responsables por las políticas sectoriales, sobre las acciones (iniciativas, legislación, programas, proyectos) de protección a la persona mayor desarrolladas en la perspectiva de la Política Nacional del Adulto Mayor (PNI) y Estatuto del Adulto Mayor.

El Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre (MDS), por intermedio de la coordinación de la PNI, viene actuando junto a las coordinaciones provinciales de la Política del Adulto Mayor en la actualización del diagnóstico de las acciones de protección a la persona mayor en el ámbito de los estados, con vistas a acompañar y adecuar los Planes Estatutarios Integrados de Acción Gubernamental. Cabe resaltar que diecisiete estados ya elaboraron sus planes, los cuales ya están en fase de ejecución.

La financiación se lleva a cabo por cada órgano intersectorial en estrecha asociación con los Estados y Municipios dependiendo de la acción a ser financiada.

En Brasil, la mayor asignación de recursos para aplicación de este trabajo se inscribe en la Secretaría Especial de los Derechos humanos (SEDH), del Ministerio de la Salud, en el Ministerio de la Ciencia y Tecnología, en el Ministerio de Previsión Social y en el Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre.

Programas y acciones de los diversos órganos federales destinados a las personas Mayores:

Ministerio del Deporte

Deporte y Ocio en la Ciudad

Funcionamiento de núcleos de deporte recreativos y de ocio

Acceso al ocio en actividades formales e informales en la todas a las franjas etarias, destacándose el principio de la intergeneracionalidad. La participación de personas Mayores se da especialmente en las actividades formales de ocio (talleres deportivos, talleres de artes, orientación la caminata, gimnasia, estiramiento,

danza), provistas por el gobierno federal a los municipios para el desarrollo de actividades.

Ministerio de la Educación

Programa Educación Superior y Envejecimiento Poblacional

El MEC cuenta con una Comisión Especial para la Educación y el Envejecimiento Poblacional en Brasil - /MEC/SESu-CAPEs. Entre las funciones que ejerce, destaca la difusión, junto a las instituciones de enseñanza y sus alumnos, de informaciones relacionadas con la promoción de la salud de los Adultos Mayores, adecuación de los currículos y formación de profesionales. La Comisión pretende sensibilizar a las comunidades académicas, científicas y profesionales acerca del envejecimiento, establecer directrices políticas que resulten en la formación y perfeccionamiento de profesionales e investigadores sintonizados con este proceso demográfico y estimular políticas que disuelvan estereotipos y prejuicios.

Ministerio de la Ciencia y Tecnología

Apoyo a la Investigación e Innovación para el Desarrollo Social

Apoyo financiero a diferentes proyectos de investigación, desarrollados por universidades y otras instituciones, atendiendo a la construcción de conocimiento en geriatría y gerontología.

Ministerio de la Previsión Social

Mejora de Atención al Público

Mejora de la atención considerando la peculiaridad del cliente/usuario que se caracteriza esencialmente por la necesidad de atención preferente. Contempla las siguientes acciones:

- Instalación en las Agencias de Seguro Social del Sistema de Gerencia de Atención, permitiendo, en el diagnóstico inicial (triage) la emisión de señal de atención preferente.
- Progresiva disponibilidad de servicios vía Internet, atención con citas programadas, atención en unidades móviles, PREVfone: canal de comunicación gratuito.
- Contrato del Instituto Nacional del Seguro Social (INSS) con la red bancaria, con cláusulas que aseguren, obligatoriamente el pago de beneficios de la Previsión Social, de forma diferenciada para sus acogidos.

Ministerio del Turismo

El Ministerio del Turismo desarrolla acciones en la dirección de:

- Universalizar, para el grupo de adultos mayores, los beneficios ya conquistados por los "Clubes de la Mejor Edad", junto a los organismos oficiales del gobierno.
- Incentivar y promover soporte técnico a los "Clubes de la Mejor Edad" en la búsqueda de la auto-gestión y de la sostenibilidad.

- Incentivar el mercado turístico a promover viajes de calidad para adultos mayores en el país.
- Promover la capacitación y difusión de informaciones, atendiendo a la cualificación del viaje del adulto mayor en todo país,
- Apoyo a la organización y participación de los adultos mayores en los "clubes de la Mejor Edad" por medio de las siguientes actividades: realización de encuentros regionales y locales, orientados hacia el tema, en todo el país, liberación de recursos para hacer viables Encuentros Nacionales, apoyo técnico a las organizaciones del grupo en la elaboración de documentos normatizadores y definidores de conceptos, realización de talleres de capacitación para el Turismo Social.

Ministerio de la Cultura

La Comisión Nacional de Incentivo a la Cultura (CNIC) recomienda a los proponentes de los proyectos aprobados para su financiación por el Ministerio de la Cultura que ofrezcan eventos destinados a las personas mayores, espectáculos en horario alternativo, reserva de lugares especiales y reducción de los precios de ingreso u ofrezcan gratuidad. Está en curso de aprobación el nuevo Decreto que reglamenta la Ley de Incentivo a la Cultura (en análisis en la Casa Civil), indicando al proponente de proyectos que presente formas de acceso a los bienes y servicios con vistas a proporcionar condiciones de accesibilidad a la personas Mayores en los términos del artículo 23 de la Ley nº 1074 (Estatuto del Adulto Mayor).

Secretaría Especial de Políticas para Mujeres

El Plan Nacional de Políticas para Mujeres, aprobado por Decreto Presidencial de 8 de marzo de 2005 prevé una reducción en las desigualdades de género y contempla, específicamente, diferentes acciones orientadas hacia las mujeres Mayores:

- Promover la alfabetización y ampliar la oferta de enseñanza fundamental para mujeres adultas y Mayores, especialmente negras e indias.
- Adecuar el material didáctico y paradidáctico a las condiciones de vida y trabajo de las mujeres adultas y Mayores.
- Promover campañas en los medios de comunicación para erradicar el analfabetismo de las mujeres adultas y Mayores.
- Crear programas específicos para promover la alfabetización y ampliar la oferta de enseñanza fundamental para mujeres adultas y Mayores.

Ministerio de los Transportes

Reglamentación del artículo 40, incisos I e II del Estatuto del Adulto Mayor, que determina la observancia, en el sistema de transporte colectivo interprovincial, de la reserva de dos plazas gratuitas, por vehículo, para Adultos Mayores con renta igual o inferior la dos salarios - mínimos, así como el descuento del 50%, como mínimo, en el valor de los pasajes, para los Adultos Mayores que excedieran las plazas gratuitas, con renta igual o inferior a dos salarios mínimos. Según el párrafo único del artículo 40, incumbe a los órganos competentes definir los mecanismos y los criterios para el ejercicio de los derechos previstos en los incisos I e II.

Medidas adoptadas:

- Edición del Decreto nº 5.130, de 07 de julio de 2004 y Decreto nº 5.155, de 23 de julio de 2004.

- Edición de normas por las Agencias reguladoras vinculadas al Ministerio, disciplinando la concesión de lo pase libre del Adulto Mayor en los transportes interprovincial e internacional, vial, ferroviario, fluvial y marítimo.
- Aprobación, por la Agencia Nacional de Transportes Terrestres (ANTT), de la resolución 653/2004 que disciplina la aplicación al transporte vial interprovincial e internacional de pasajeros y de la resolución 654/2004, referente al ferrocarril interprovincial regular de pasajeros, y de la resolución 260 de 27/07/2004 de la Agencia Nacional de Transportes Acuáticos (ANTAQ), en cuanto al transporte fluvial y marítimo.
- La concesión del beneficio al transporte vial está suspendida judicialmente por acciones patrocinadas por la Asociación Brasileña de las Empresas de Transporte Terrestre de Pasajeros (ABRATI) y por otras entidades similares, aún en tramitación.
- El beneficio para el ferrocarril está siendo concedido normalmente (en 2005 fue aprobada la resolución 933, que corrigió la resolución 654 en lo que se refiere a la forma de justificación de la ganancia de dos salarios mínimos por el Adulto Mayor.)
- La concesión del beneficio en el transporte fluvial y marítimo está vinculada a la estructuración de las unidades regionales de la Agencia para actuar en la fiscalización regional.

Programas de formación-investigación en gerontología y geriatría

Existen diversos programas de postgrado en sentido amplio y en sentido estricto en diversas universidades, y un curso de graduación en Gerontología en la Universidad de San Paulo. Además, las Facultades de Medicina ofrecen residencia en geriatría y la Sociedad Brasileña de Geriatría y Gerontología realiza pruebas anuales para titular especialistas en geriatría y gerontología.

Los programas, de modo general, comprenden las características fisiológicas, psíquicas y sociales del envejecimiento, así como las intervenciones posibles y formulación de políticas públicas.

Además de esos programas destinados a la formación de profesionales existen programas educativos para la formación de los propios adultos mayores, denominados "Universidad de la Tercera Edad".

De acuerdo con datos de las sociedades científicas y consejos, Brasil cuenta con:

- 460 geriatras titulados y 200 gerontólogos, según datos de la web de la SBGG (Sociedad Brasileña de Geriatría y Gerontología).
- 513 geriatras según datos del CFM (Consejo Federal de Medicina).
- Cerca de 100 odontogeriatras titulados, según la web de la BAJO (Sociedad Brasileña de Odontología).

Ministerio de Desarrollo Social

Implementación del proyecto de capacitación para cuidadores institucionales

El Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre (MDS) ha asignado un presupuesto para la capacitación de cuidadores de Adultos Mayores institucionales, y gerentes de ILPIs, de entidades cofinanciadas por el gobierno federal (MDS) en todos los estados brasileños. Esta actividad de capacitación será elaborada con El

Ministerio de la Salud y ejecutada de forma descentralizada con la participación de Secretarías Municipales de Asistencia Social, de Salud, y con la implicación de los Consejos Municipales de Adultos Mayores, de Asistencia Social y Salud. En el 2º semestre de 2006 se llevará a cabo el proceso de licitación para seleccionar la entidad promotora de la capacitación.

Existen también iniciativas de formación de cuidadores en universidades, sociedades científicas y organizaciones no-gubernamentales.

3.2.3. Entidades que promueven experiencias de buenas prácticas

Existen diversas instituciones, públicas o privadas, que desarrollan campañas y programas de carácter intergeneracional y de promoción de una imagen positiva de la vejez, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. A continuación, se presentan las principales acciones y metodologías de trabajo.

Servicio Social del Comercio (SESC)

Desarrolla actividades en 26 estados, comprendiendo cerca de 150 municipios. Destacan las siguientes acciones:

- Grupos de Convivencia: Presentan una respuesta efectiva e inmediata al aislamiento social, problema fundamental de la problemática del adulto mayor, recuperando su papel social.
- Escuelas Abiertas de la Tercera Edad: Son cursos estructurados de manera que permiten la actualización de los adultos mayores, haciéndolos más participativos en lo social.
- Proyecto "Érase Una Vez... Actividades Intergeneracionales": Es una acción socioeducativa que impulsa actividades pedagógicas y culturales, desarrolladas a través de actividades en grupo con la participación de niños y adultos mayores, que utilizan la literatura infantil como eje conductor del proceso de sensibilización de los problemas de la vejez y del envejecimiento.

Además de las anteriores, desarrolla otras actividades con adultos mayores tales como:

- Físico-corporales: Gimnasia, estiramiento, acondicionamiento físico, caminata, natación, gimnasia acuática, danza, Tai Chi Chuan, expresión corporal, etc.
- Deportivo-recreativas: Modalidades deportivas adaptadas: voleibol, baloncesto, recreación acuática, juegos cooperativos, juegos de mesa, paseos, etc.
- Sociales: Encuentros semanales, actividades de acción voluntaria (en la comunidad), fiestas conmemorativas: fechas cívicas, aniversarios etc., bailes, encuentros con adultos mayores de otros grupos de la ciudad y región.
- Salud: Charlas con debates sobre cuestiones relacionadas a la salud y proceso de envejecimiento, informaciones de carácter preventivo, servicios en odontología y alimentación entre otras.
- Culturales: Presentaciones artísticas, cursos y talleres de teatro y artes escénicos, coral, música, artes plásticos, talleres artesanales,

charlas/debates sobre temas actuales (política, previsión, voluntariado, ecología, etc.), grupo de reflexión, entre otras.

Pastoral de la Persona Mayor

Es una propuesta de la Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil estructurada como organización no-gubernamental, reconocida como institución de utilidad pública municipal, provincial y federal.

Tiene como objetivo asegurar la dignidad y la valorización integral de las personas Mayores, a través de la promoción humana y espiritual, respetando sus derechos, en un proceso educativo de formación continuada de éstas, de sus familias y de sus comunidades, sin distinción de raza, color, profesión, nacionalidad, sexo, credo religioso o político, para que las familias y las comunidades puedan convivir respetuosamente con las personas Mayores, protagonistas de su auto-realización, por medio de las siguientes actividades:

- Promover el desarrollo físico, mental, social, espiritual, cognitivo y cultural de los Adultos Mayores.
- Promover el respeto a la dignidad y a la ciudadanía de las personas Mayores, colaborando para la divulgación e implementación del Estatuto del Adulto Mayor.

Actúa en la organización de la comunidad e identificación de líderes comunitarios. Los líderes multiplican el saber y la solidaridad junto a las personas Mayores, sus familias y en la comunidad. Cada líder capacitado visita mensualmente una media de 10 personas Mayores vecinas, acompañándolas a través de 8 indicadores propios: actividades físicas; ingestión de líquidos; vacuna anual contra gripe; vacuna contra neumonía cada 5 años; prevención de caídas; identificación de incontinencia urinaria; encaminamiento a los servicios de salud; identificación de dependencias funcionales.

Mensualmente los Líderes de cada comunidad se encuentran para una reunión de evaluación y reflexión de su misión en la comunidad y para su formación continua. En esta reunión es llenada la FADI - Hoja de Acompañamiento Domiciliar de los Adultos Mayores que cada mes es encaminada a la coordinación nacional. Los resultados de la FADI son procesados y analizados electrónicamente y devueltos a las comunidades en forma de informe cada trimestre.

Asociación Brasileña de los Clubes de la Mejor Edad (ABCMI)

Tiene como objetivo proporcionar, a través de un trabajo voluntario, oportunidades de turismo, ocio y cultura, despertando la conciencia de la ciudadanía y promoviendo el ocio social y mejoría de la calidad de vida de sus asociados.

Actúa en la atención la personas en la franja etaria a partir de 50 años y jubilados, en 24 Estados de la Federación, con cerca de 40.000 asociados, con actividades de cultura, deporte, turismo social y ocio.

Asociación Nacional de los Dirigentes de los Establecimientos Federales de Enseñanza Superior (ANDIFES)

Las acciones de las IFES dirigidas hacia el segmento poblacional de la tercera edad son desarrolladas a través de sus hospitales universitarios y de las actividades de

extensión, siendo las más importantes las denominadas de Universidades de la Tercera Edad. A través de esas actividades de extensión se promueven cursos y actividades recreativas además de estimular en las comunidades académicas para este importante segmento.

En los hospitales universitarios se inician ahora las primeras actividades formativas en gerontología y geriatría, manteniéndose sin embargo muy pocos cursos de geriatría. Algunos hospitales, sin embargo, ya mantiene programas enfocados a esta especialidad inclusive con enfermerías para Adultos Mayores.

Experiencias de detección, prevención y enfrentamiento de situaciones de malos tratos

En lo que concierne a la detección y prevención de situaciones de malos tratos y de propiciar atención jurídica directa a la personas Mayores, se destaca que el Estatuto del Adulto Mayor hizo obligatoria la comunicación de los casos de sospecha o confirmación de malos tratos. Tal comunicación debe ser hecha a los siguientes órganos: autoridades policiales (específicas o no), Ministerios Públicos (grupos orientados a la cuestión del Adulto Mayor o no) y Consejos del Adulto Mayor.

Los siguientes datos, referentes al año de 2005 (Estudio Condiciones de Vida de la Población Mayor: Indicadores de Condiciones de Vida y Acompañamiento) dan una idea de la situación actual.

- Siete unidades de la Federación cuentan con comisarías especiales para Adultos Mayores.
- En 24 Estados y en el Distrito Federal hay Consejos Provinciales de Defensa de los Derechos del Adulto Mayor en funcionamiento.
- Ministerios Públicos en todos los estados sin embargo sólo nueve están volcados hacia la cuestión del Adultos Mayores
- Servicios "Marque Denuncia" - servicios para denuncia de malos tratos y violencia cometidos contra cualquier grupo de la población en seis estados.
- Doce estados cuentan con algún tipo de servicio del tipo "Marque Adulto Mayor".
- En tres estados hay servicio de "Marque Adulto Mayor" en las comisarías especializadas.
- Dos estados cuentan con atenciones a servicios de marque denuncia en las fiscalías especializadas existentes en Ministerios Públicos.

La violencia contra el Adulto Mayor también es vista como problema de salud pública por el Sistema Único de Salud. El Ministerio de la Salud dispone de un área técnica dedicada al estudio y formulación de políticas de enfrentamiento de la violencia, en la Secretaría de Vigilancia en Salud. Además de financiar proyectos regionalizados por medio del Fondo Nacional de Salud, cuando demandado, el Ministerio regula el artículo 19, de la Ley 10.741/2003, mediante la institución de la Ficha de Notificación e Investigación Individual, que debe ser llenada y encaminada a que los consejos tuteles y autoridades competentes en caso de sospecha o confirmación de violencia contra niños y adolescentes, mujeres y personas mayores.

4. RED DE RECURSOS

En Brasil, las principales modalidades de servicio de atención a la persona mayor son las Instituciones de Larga Estancia y los Grupos y Centros de Convivencia cofinanciados por la esfera federal (Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre). Cabe señalar que existen otras modalidades que se encuentran reglamentadas, aunque con baja cobertura. Son estas: casa-hogar, asistencia domiciliaria, residencia temporal y centro de día, las cuales se encuentran implementadas solamente en algunos estados de la federación.

Corresponde indicar la actuación de la Estrategia Salud de la Familia, del Ministerio de la Salud, que acompaña a ocho millones de adultos mayores en el nivel de la atención básica en salud. Además de eso, cabe mencionar los programas "Marque-Denuncia", conectados a las Secretarías Provinciales Especial de Derechos Humanos y o/ Asistencia Social, que realizan acompañamiento domiciliario.

La Secretaría Especial de Derechos Humanos de la Presidencia de la República (SEDH/PR) y el Ministerio del Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre (MDS)/ Secretaría Nacional de Asistencia Social (SNAS) están financiando investigación en curso en todo el territorio nacional sobre las Instituciones de Larga Estancia de Adultos Mayores (ILPI) que está siendo realizada por el Instituto de Investigación Económica Aplicada (IPEA), órgano vinculado al Ministerio de la Planificación, Presupuesto y Gestión (MPOG). La investigación tiene como objetivos generales el conocimiento de las características de los servicios prestados por las instituciones de larga estancia para adultos mayores, las condiciones de vida de éstos y la generación de informaciones que posibiliten al Estado y sociedad civil adecuar sus acciones en el sentido de contribuir a una mejor calidad de servicios ofrecidos por las instituciones de larga permanencia de adultos mayores.

En lo que se refiere a los equipamientos públicos y privados que desarrollan servicios de protección a la persona mayor, en el ámbito de la política de asistencia social, están en curso dos investigaciones coordinadas por la Secretaría de Evaluación y Gestión de la Información (SAGI), una de las Secretarías que integran el Ministerio del Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre (MDS), desarrolladas por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), a saber:

En la Investigación de Informaciones Básicas Municipales (MUNIC), realizada anualmente por el IBGE, fue incluido un Suplemento relativo a la Asistencia Social. El suplemento analizará la estructura pública de prestación de servicios de la Asistencia Social en todos los municipios brasileños, identificando: la capacidad y naturaleza de las atenciones realizadas, las articulaciones institucionales (con Consejos, la existencia de convenios, consorcios y asociaciones), el origen de los recursos financieros, así como la existencia de legislación específica. Todos los instrumentos y la preparación de campo ya están finalizados. La investigación está concluida, y será divulgada en 2007 en formato de publicación y CD. Los datos referentes a las personas mayores serán extraídos de la investigación y serán utilizados para el diagnóstico y el planeamiento de acciones.

El IBGE realiza una Investigación de Entidades de Asistencia Social (PEAS) para la identificación de las instituciones privadas prestadoras de servicios de la Asistencia Social, con el objetivo de identificar la naturaleza jurídica, las relaciones con los Consejos Municipal, Provincial y Federal de Asistencia Social, caracterización de los servicios prestados (con la metodología de atención, equipamientos existentes,

recursos humanos), caracterización del público-objetivo y fuentes de financiación. Se prevé contar con los resultados de esta investigación en abril de 2007.

4.1. Red de recursos sociosanitarios

BRASIL – Red de recursos sociales para los adultos mayores			
	Públicos	Privados con ánimo de lucro	Públicos y privados sin ánimo de lucro
Hospitales geriátricos*	26 Centros de Excelencia en atención al Adulto Mayor, localizados en 10 unidades de la federación. Cabe resaltar que el Adulto Mayor tiene acceso al cuidado en cualquier unidad de atención del Sistema Único de Salud, en todo el territorio nacional.		
Grupos de Convivencia**			2.800 grupos cofinanciados por el gobierno federal -MDS- (aproximadamente 279.200 personas Mayores atendidas en el año 2005).

Observaciones:

* De los 26 hospitales geriátricos, 25 cuentan con atención especializada a los pacientes con demencia. Además, todas las unidades de la federación disponen de un protocolo clínico para el tratamiento de demencia, establecido en la Portaria GM/MS 703/02, que instituye el Programa de Asistencia a los Portadores de Enfermedad de Alzheimer y Portaria SAS 843/02, que establece el protocolo clínico y directrices terapéuticas para la atención al paciente con enfermedad de Alzheimer.

** Hay servicios de larga estadía, de convivencia, casa-hogar, asistencia domiciliaria, residencia temporal y centros de día; cofinanciados por los gobiernos estatales y/o municipales, o que no reciben subsidio del gobierno público y que están siendo identificados por la encuesta IBGE/MDS (MUNIC y PEAS).

Anexo: Presupuesto y Financiación de las Políticas de Atención a las Personas Mayores en Brasil

Las Políticas de Seguridad Social en Brasil, al igual que las de muchos otros países, siguen dos modelos.

El modelo bismarckiano, que tiene como objetivo asegurar renta a los trabajadores en casos de riesgos sociales derivados de la ausencia de trabajo. Es considerado como un Sistema de Seguros Sociales. Los Beneficios y Jubilaciones son garantizados mediante contribución directa anterior y el cálculo de las prestaciones es proporcional a los años de contribución. La garantía de financiación son los recursos recogidos de los empleados y empleadores, predominantemente en la hoja de salarios.

El modelo beveridgiano tiene como objetivo prioritario el combate a la pobreza, y se inscribe en la óptica de los derechos universales a todos los ciudadanos de forma incondicional, hayan o no contribuido la Seguridad Social. Este modelo garantiza un ingreso mínimo a todos los ciudadanos que están en estado de vulnerabilidad social. La garantía de financiación proviene de los tributos, impuestos y demás fuentes de renta que componen el Presupuesto Federal.

Según los investigadores, en Brasil el modelo bismarckiano orientó la Política Previsional y el modelo beveridgiano orientó los principios de las Políticas de Salud y Asistencia Social.

En Brasil el concepto de Seguridad Social se materializó en la Constitución Ciudadana de 1988. Se constituye en una alternativa de organización de la gestión pública, la sociedad y las familias para garantizar el acceso las políticas públicas de salud, asistencia y previsión social. Para garantizar esos derechos las formas de financiación fueron ampliadas con otros ingresos vinculados y tributos, además de los recursos de la hoja de pago de los trabajadores. Cabe evidenciar algunos artículos de la Constitución Brasileña que tratan del Orden Social y la forma de organización de las Políticas de Seguridad Social: artículo 195, artículo 194 y otros.

Es fundamental resaltar que la base de financiación siempre se da por un proceso de correlación de fuerzas y prioridades políticas y económicas

Se trata de un asunto muy complejo, porque también implica la participación efectiva de los movimientos populares y de los Consejos de Defensa de Derechos. A continuación se presentan algunas tablas que describen las fuentes de ingreso de las Políticas de Salud, Previsión y Asistencia Social, así como su base de aplicación y financiación.

Brasil viene esforzándose para fortalecer una Red Nacional de Protección y Defensa de Derechos de la Persona Anciana, centrada en la Familia. En estos últimos años se observa que está avanzándose en sistemas de Protección Básica y Especial con programas específicos para garantizar la cobertura de las especificidades en las distintas etapas del ciclo de vida.

BRASIL - Seguridad Social: Distribución porcentual de las Fuentes de Recursos 1999-2005.									
Fuentes	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Media sobre total	Variación 99/05
1. Recursos procedentes de impuestos	5,4%	3,5%	8,1%	8,4%	9,2%	6,2%	5,7%	6,6%	6,4%
2. Contribuciones sociales	90,1%	93,3%	90,9%	90,6%	90,1%	92,9%	93,5%	91,6%	3,8%
2.1 Contribuciones de los Empleadores y de los Trabajadores para la Seguridad Social.	58,6%	60,0%	59,2%	57,4%	55,5%	56,9%	57,3%	57,8%	-2,1%
2.2 Contribuciones sobre el Lucro (CSLL)	4,8%	4,7%	4,4%	2,7%	2,7%	2,0%	1,0%	3,2%	-78,7%
2.3 Contribución para financiación de la Seguridad Social (Cofins)	19,4%	20,8%	20,9%	25,8%	25,9%	27,0%	25,9%	23,7%	33,4%
2.4 Contribución para el Plan de Seguridad Social de los Funcionarios	3,1%	2,5%	3,0%	2,9%	2,5%	3,1%	5,6%	3,2%	80,0%
2.5 Contribuciones para pensiones de Militares	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%	0,5%	0,1%	—
2.6 Contribución Provisional sobre Movimientos Financieros (CPMF)	4,1%	5,3%	3,4%	1,8%	3,4%	3,3%	3,2%	3,5%	23,6%
3. Otras Fuentes	1,3%	3,2%	1,1%	1,0%	0,7%	0,9%	0,8%	1,3%	-34,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-
Total en millones de R\$ corrientes	83.305	93.408	107.544	123.218	145.478	165.509	187.800	—	-

Fuente SIAFI/SIDOR.

Elaboración Propia.

BRASIL - Ejecución Presupuestaria y Financiera del FRGPS por Programa. 2004-2005.				
Programa	2004		2005	
	Valor	%	Valor	%
1. Seguridad Social Básica	122.640.038.283	97,63	141.786.226.873	97,05
Jubilaciones. Área Rural	15.753.397.653	12,54	18.998.653.347	13,00
Auxilios de enfermedad, accidente y reclusión. Área Rural.	633.831.739	0,50	746.492.579	0,51
Pensiones. Área Rural	5.802.906.403	4,62	6.913.061.132	4,73
Salario Maternidad. Área Rural	294.005.336	0,23	315.931.161	0,22
Salario Familia	21.348.736	0,02	35.695.475	0,02
Jubilaciones. Área Urbana	60.572.803.225	48,22	67.137.943.435	45,95
Jubilaciones especiales	5.335.845.295	4,25	5.710.124.050	3,91
Pensiones. Área Urbana	21.888.764.375	17,43	26.572.463.215	18,19
Auxilios de enfermedad, accidente y reclusión. Área Urbana.	12.123.669.267	9,65	15.156.549.599	10,37
Abono de Permanencia en Servicio	12.414.827	0,01	10.904.440	0,01
Salario Maternidad. Área Urbana	201.051.426	0,16	188.408.439	0,13
2. Operaciones Especiales: Cumplimiento de Sentencias Judiciales	2.969.016.573	2,36	4.312.611.430	2,95
Total FRGPS	125.609.054.856	100,0	146.098.838.303	100,0

Fuente: SIAFI/SIDOR.

Elaboración Propia.

BRASIL - Salud: Distribución porcentual de las Fuentes de Recursos 1999-2005									
Fuentes	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Media sobre total	Variación 99/05
1. Recursos procedentes de Impuestos	15,1%	4,9%	14,6%	12,3%	12,63	7,7%	4,6%	10,3%	-69,3%
2. Contribuciones Sociales	65,1%	80,7%	74,6%	79,8%	82,9%	87,5%	91,1%	80,2%	39,9%
2.2 Contribución sobre el Lucro (CSLL)	4,2%	13,5%	7,7%	25,0%	30,5%	33,7%	43,4%	22,5%	937,9%
2.3 Contribución para la financiación de la Seguridad Social (Cofins)	34,6%	32,7%	36,0%	13,6%	16,3%	21,3%	15,8%	24,3%	-54,3%
2.6 Contribución provisional sobre movimientos financieros (CPMF)	26,3%	34,6%	30,9%	41,2%	36,1%	32,6%	31,9%	33,4%	21,1%
3. Otras Fuentes	10,6%	14,3%	5,9%	5,1%	4,5%	3,8%	4,0%	6,9%	-62,2%
4. Fondo de Combate y Erradicación de la Pobreza	0,0%	0,0%	4,9%	2,7%	0,0%	1,0%	0,3%	1,3%	
5. Fondo de Estabilización Fiscal (FEF)	9,23%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%	-
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	-
Total en millones de R\$ corrientes	5.487	20.270	23.034	25.435	27.172	32.973	36.483	-	

Fuente SIAFI/SIDOR.

Elaboración Propia.

BRASIL - Ejecución Presupuestaria y Financiera del Fondo Nacional de Salud (FNS) por Programa. 2004-2005.				
Programa	2004		2005	
	Valor	%	Valor	%
Gestión de la Política de Salud	69.623.893	0,23%	105.796.339	0,32%
Sanidad de inactivos y pensionistas de la Unión	2.460.989.029	8,13%	2.606.587.244	7,88%
Gestión de la participación en Organismos Internacionales	45.801.334	0,15%	52.942.193	0,16%
Apoyo Administrativo	2.069.361.189	6,88%	1.943.585.007	5,88%
Operaciones especiales: Cumplimiento de sentencias judiciales	1.802.728	0,01%	1.507.559	0,00%
Operaciones Especiales: Servicios de la Deuda Interna (intereses y amortizaciones)	1.916.533	0,01%	0	0,00%
Operaciones Especiales: Servicios de la Deuda Externa (intereses y amortizaciones)	483.906.952	1,61%	338.091.174	1,02%
Operaciones Especiales: Otros gravámenes especiales	0	0,00%	6.640.000	0,02%
Prevención y Control de Enfermedades Inmunoprevenibles	415.404.820	1,38%	387.304.894	1,17%
Vigilancia, Prevención y Control de las Enfermedades Transmitidas por Vectores y Zoonosis	9.289.803	0,03%	0	0,00%

Fuente SIAFI/SIDOR.

Elaboración Propia.

BRASIL - Asistencia Social: Distribución porcentual de las Fuentes de Recursos 1999-2005.									
Fuentes	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Media sobre total	Variación 99/05
1. Recursos procedentes de impuestos	4.4%	1,5%	9,2%	4,3%	1,5%	3,7%	6,3%	4,4%	43,1%
2. Contribuciones Sociales	88,2%	90,8%	88,6%	80,4%	85,1%	63,3%	62,7%	79,9%	-28,9%
2.1 Contribuciones de los Empleadores y de los Trabajadores para la Seguridad Social.	0,0%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%	—
2.2 Contribución sobre el Lucro (CSLL)	12,5%	2,1%	0,4%	2,5%	0,5%	2,3%	0,9%	3,0%	-92,9%
2.3 Contribución para la financiación de la Seguridad Social (Cofins)	75.7%	87,2%	88,2%	77,9%	84.7%;	61,0%	61,8%	76,7%	-18,4%
3. Otras Fuentes	0,5%	7,7%	0,2%	0,5%	0,2%	0,2%	0,4%	1,4%	-20,3%
4. Fondo de Combate y Erradicación de la Pobreza	0,0%	0,0%	2,0%	14,8%	13,2%	32,8%	30,6%	13,3%	
5. Fondo de Estabilización Fiscal (FEF)	6.9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,0%	
Total	100.0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Total en millones de R\$ corrientes	3.231	4.442	5.298	6.513	8.416	13.863	15.806	-	-

Fuente SIAFI/SIDOR.

Elaboración Propia.

BRASIL - Ejecución Presupuestaria y Financiera del Fondo Nacional de Asistencia Social (FNAS) por Programa 2004-2005.				
	2004		2005	
	Valor	%	Valor	%
1. Protección Social a la Persona con Deficiencia	4.628.115.954	56,14%	5.336.811.132	51,33%
1.1. Renta mensual vitalicia por invalidez	1.242.495.670	15,07%	1.192.765.307	11,47%
1.2. Beneficio de Prestación Continuada	3.300.177.462	40,03%	4.056.730.967	39,02%
1.3. Otras acciones		0,00%	87.314.858	0,84%
2. Erradicación del Trabajo Infantil	178.612.390	2,17%	534.614.953	5,14%
3. Protección Social a la Infancia, Adolescencia y Juventud	297.794.225	3,61%	329.348.173	3,17%
4. Combate al abuso y explotación sexual de niños y adolescentes	24.621.021	0,30%	34.848.600	0,34%
5. Atención Integral a la Familia	50.975.509	0,62%	0	0,00%
6. Sistema Único de Asistencia Social	0	0,00%	103.044.191	0,99%
7. Economía Solidaria en Desarrollo	5.112.060	0,06%	396.000	0,00%
8. Gestión de la Política de Promoción de la Igualdad Racial	1.243.000	0,02%	0	0,00%
9. Protección Social a la Persona Anciana	3.057.142.384	37,08%	4.057.669.163	39,03%
9.1. Renta mensual vitalicia por edad	556.010.578	7,11%	583.212.770	5,61%
9.2. Beneficio de Prestación Continuada	2.428.886.439	29,46%	3.434.644.285	33,04%
9.3. Otras acciones		0,00%	39.812.108	0,38%
10. Protección Social al Adulto en Situación de Vulnerabilidad Total	880.000	0,01%	0	0,00%
Total	8.244.496.544	100,00%	10.396.732.211	100,00%

Fuente SIAFI/SIDOR.

Elaboración Propia.



CHILE

Informe sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores



La información básica para la elaboración de este Informe sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en Chile proviene de las respuestas que el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y el Instituto de Normalización Previsional (INP) han proporcionado al cuestionario diseñado al efecto por la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social en colaboración con las instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de los adultos mayores en los países del Cono Sur, en el marco del Proyecto "Adultos Mayores, Dependencia y Servicios Sociales".

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1. Población de Adultos mayores según el Censo 2002

Según los resultados del Censo de 2002, la población de Chile es de 15.116.435 habitantes. La densidad de población es 19,99 habitantes por km². El promedio de hijos por mujer se sitúa en 2,3. De acuerdo al Anuario de Estadísticas Vitales del 2003, la tasa de mortalidad es de 5,3 fallecimientos por cada mil habitantes. Por lo que respecta a la tasa de crecimiento natural, la cifra es del 10 por mil anual.

Los notables cambios demográficos verificados en Chile, en especial el descenso brusco y sostenido de la fecundidad, a partir de 1964, junto con el aumento de la esperanza de vida, más notorio desde 1950, produjeron modificaciones en el tamaño y en la composición por edades de la población. Todo ello llevó al país a transitar hacia el envejecimiento demográfico de su población. En otras palabras, desde una relativamente alta proporción de jóvenes menores de 15 años y un bajo porcentaje de personas de 60 años y más, se pasó -en menos de 30 años- a un bajo porcentaje de jóvenes y un aumento de los adultos mayores.

La evolución del índice de envejecimiento en el período 1975-2002, indica una tendencia sostenida hacia el envejecimiento de la población. La proporción de personas de 60 años y más en relación a la población menor de 15 años ha ido aumentando a razón de 3,04 puntos porcentuales de media en cada quinquenio, con un mínimo de 1,72 puntos en el período 1990-1995, y un máximo de 4,7 en el período 1995-2000. En 2002, había ya 40,28 personas de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años.

CHILE- Índice de Envejecimiento (relación entre la población de 60 años y más y la población menor de 15 años, por cien). Quinquenios 1975-2000 y año 2002 (Censal)	
Años	Índice de Envejecimiento
2002	40,28
2000	36,64
1995	31,94
1990	29,92
1985	27,35
1980	24,65
1975	21,14

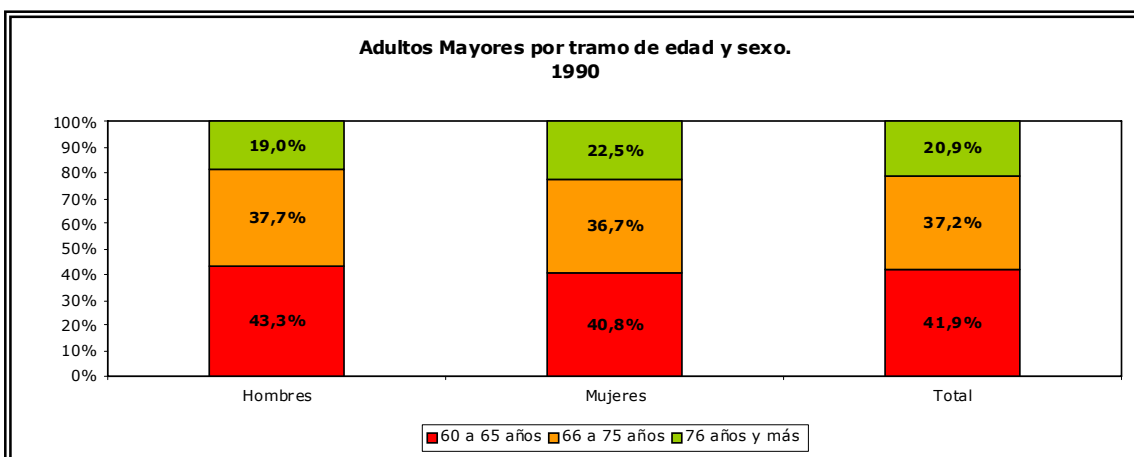
Fuente: SENAMA

Las personas mayores de 60 años representan el 11,4% de la población total chilena. En el caso de los mayores de 65 años el porcentaje es de 8,1% de la población total y los mayores de 80 años representan el 1,7%. Del total de adultos mayores, los que viven en zonas urbanas son el 84,2% frente al 15,8% que vive en zonas rurales.

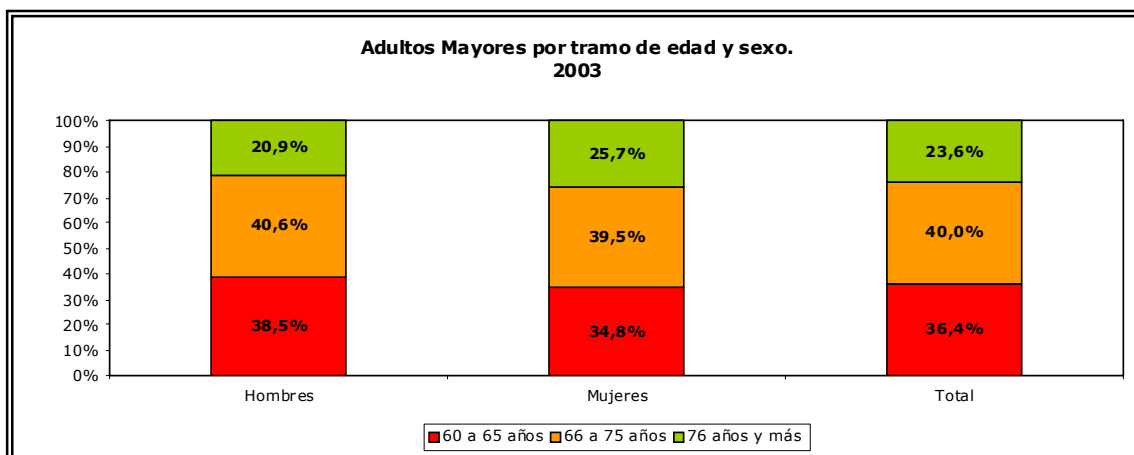
CHILE- Población de Adultos Mayores según el censo de 2002 (miles de personas y porcentajes)						
	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
Total	1.717.478	758.049	959.429	11,4	44,1	55,9
60-64	499.902	235.497	264.405	3,3	47,1	52,9
65-69	399.287	184.208	215.079	2,6	46,1	53,9
70-74	348.118	153.908	194.210	2,3	44,2	55,8
75-80	219.331	93.489	125.842	1,5	42,6	57,4
80-84	137.154	52.730	84.424	0,9	38,4	61,6
85 y más	113.686	38.217	75.469	0,8	33,6	66,4

Fuente: INE, Censo 2002

Según cifras de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) de 2003, el proceso de transición demográfica avanzada por el cual atraviesa Chile se refleja en un aumento de la participación relativa de la población de 76 años y más en el total de adultos mayores. Este fenómeno se aprecia especialmente en las mujeres adultas mayores. Así, mientras en el año 1990, el 22,5% de las mujeres adultas mayores tenían 76 años y más, en 2003 esta cifra asciende a 25,7%.



Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 1990



Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN 2003

En 2000, la población entre 60 y 65 años representaba el 36,7% de los adultos mayores (37,9% de los hombres y 35,7% de las mujeres). La población entre 66 y 75 años suponía el 40,0% (41,4% de los hombres y 39,0% de las mujeres) y la población de 76 años y más, el 23,3% de los adultos mayores (20,7% de los hombres y 25,3% de las mujeres). Lo anterior implica que entre 2000 y 2003 creció la participación de la población de 76 años y más, se mantuvo la participación de la población de 66 a 75 años y disminuyó la participación de la población entre 60 y 65 años en el total de adultos mayores.

De acuerdo a las primeras Tablas de Mortalidad del Siglo XXI, elaboradas por el INE a partir del Censo 2002 y de los hechos vitales de nacimientos y defunciones de los años 2001 y 2002, la esperanza de vida al nacer del periodo 2001 – 2002 es de 77, 36 años. Por género esta expectativa vital se sitúa en 80,4 para las mujeres y de 74,4 años para los hombres. La esperanza de vida a los 60 años es de 17,7 años.

1.2. Evolución de la población mayor en el período 1975-2050

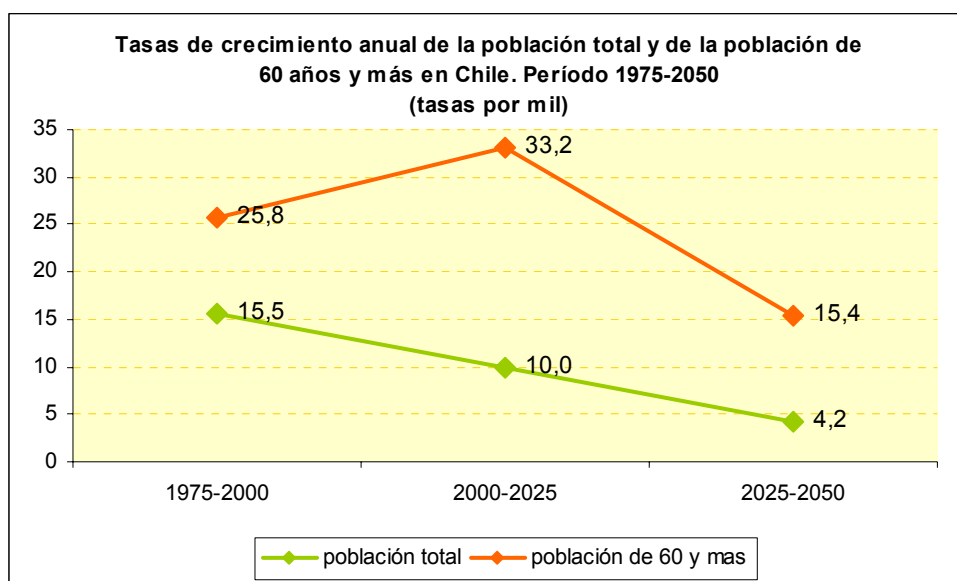
Conforme a los datos recogidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía en el número 73 de su boletín demográfico (2004), sobre estimaciones de población para América Latina y el Caribe, en el año 1975 la población chilena se cifraba en un poco más de 10 millones de habitantes, y el 7,85% de esta población contaba con 60 años y más. En el año 2000 esta proporción creció hasta el 10,19%. Las proyecciones apuntan que esta cifra puede alcanzar el 20,11% en 2025 y el 28,20% en el año 2050. En términos absolutos esto significa que a mitad del siglo alrededor de seis millones de chilenos serán adultos mayores.

CHILE- Población total y Adultos Mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (miles de personas, a mitad del año)				
	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	1.0413	1.5398	1.9129	2.0205
Hombres	5.137	7.620	9.446	9.905
Mujeres	5.276	7.777	9.683	1.0300
Hombres %	49,33	49,49	49,38	49,02
Mujeres %	50,67	50,51	50,62	50,98
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	813	1.569	3.846	5.698
Hombres	355	678	1.746	2.568
Mujeres	460	890	2.102	3.130
Proporción s/ la población total %	7,81	10,19	20,11	28,20
Hombres %	43,67	43,21	45,40	45,07
Mujeres %	56,58	56,72	54,65	54,93

FUENTE: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, Boletín demográfico 73, CELADE 2004.

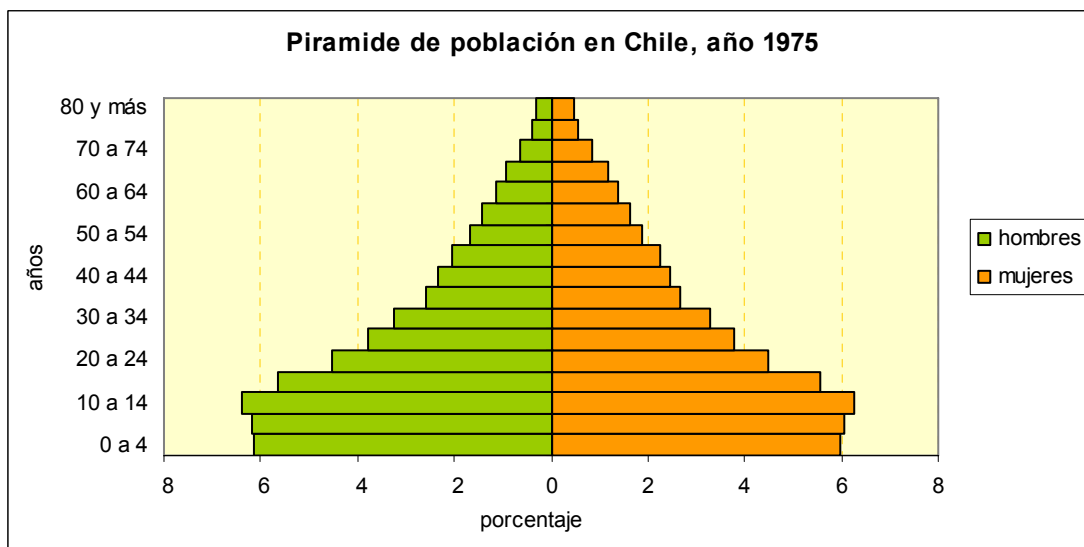
Al mismo tiempo que el número de adultos mayores crece, el ritmo de crecimiento del conjunto de la población tiende a descender. La tasa anual media de crecimiento de la población chilena en el período 1975-2000 era del 15,5 por mil.

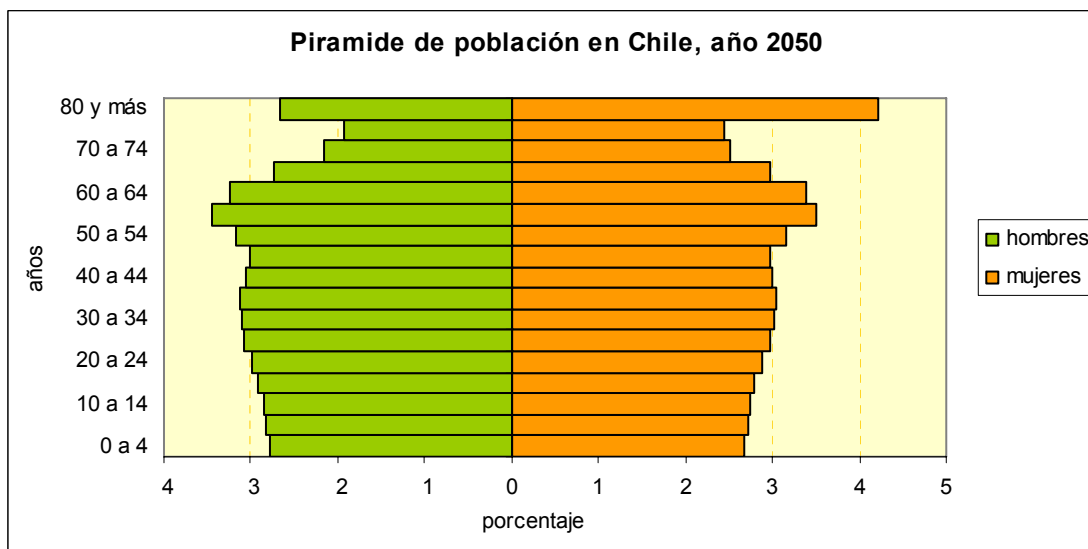
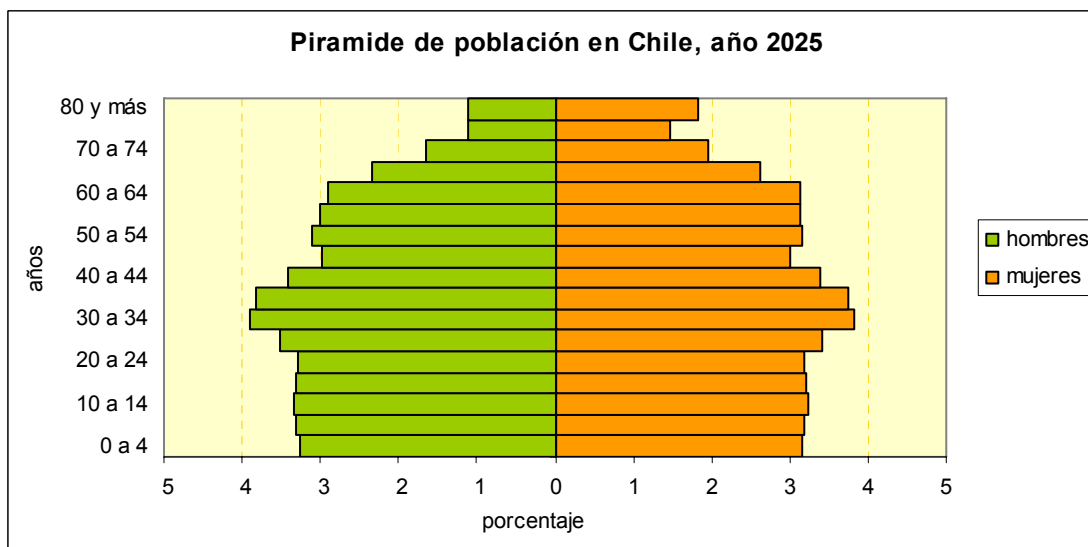
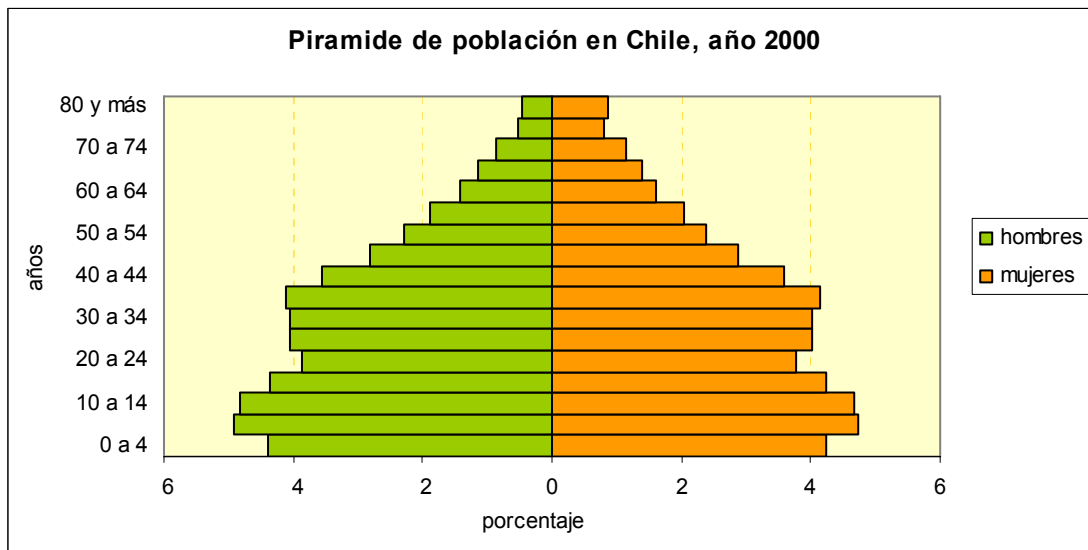
Por su parte, la tasa anual de crecimiento de la población de 60 años y más se situaba 10 puntos por encima (25,6 por mil) en el mismo período. Las estimaciones apuntan que entre el 2000 y el 2025 la tasa promedio anual de crecimiento de la población chilena será del 10 por mil, mientras que la que se refiere a la población adulta mayor será de 33,2 personas por cada mil habitantes. Para el período 2025-2050 esta tendencia se mantendrá, pues las previsiones apuntan a que la tasa de crecimiento de los adultos mayores triplicará a la de la población, total con valores del 15,4 por mil y el 4,2 por mil respectivamente.



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

Los cambios en la estructura demográfica chilena se reflejan en las pirámides de población que a continuación se presentan.





FUENTE: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, Boletín demográfico 73, CELADE 2004.

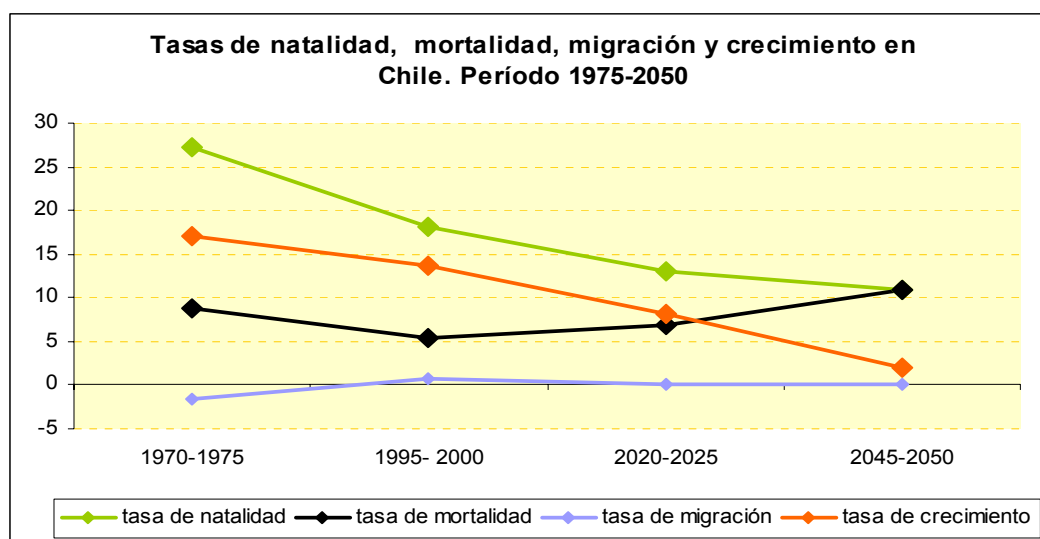
La evolución de las pirámides de población chilena refleja cambios importantes en la estructura por edades. Para 1975 puede observarse una cohorte de 0 a 4 años ligeramente mayor que la siguiente que, a su vez, es mayor que la cohorte correspondiente al grupo de edad de 10 a 14 años. Esta tendencia de reducción paulatina desde la base a la cúspide es característica de una población joven. Para el año 2000 la pirámide se va reduciendo por la base mientras otras cohortes quinquenales de edad aumentan, exceptuando el intervalo de 20 a 24 años. Las estimaciones sobre las transformaciones en la estructura demográfica apuntan a pirámides con fisonomía cuadriforme donde se muestra el creciente volumen y peso relativo de las personas mayores de 60 años. Asimismo, la edad promedio de la población tiende a elevarse: en el año 1975 este indicador se encontraba en los 21 años para pasar en el 2000 a los 28,7 años y, según las proyecciones, a mitad de siglo esta cifra puede alcanzar los 43,1 años.

Son diversos los elementos que determinan los cambios estructurales en la población. En el caso chileno las variaciones en las tasas de fecundidad, mortalidad, migración y esperanza de vida mantienen un patrón específico que se explicita a continuación:

El número de hijos por mujer en Chile ha venido descendiendo a lo largo del período aquí estudiado. En el quinquenio 1970-1975 el promedio de hijos por mujer se cifraba en 3,63 para pasar a 2,21 en el quinquenio 2000-2005. Se estima que este número puede descender hasta los 1,85 hijos por mujer en el lustro 2020-2025 y que se mantendrá así hasta el 2045-2050.

Por lo que se refiere a la tasa de mortalidad, se puede advertir una trayectoria descendente entre los años 1970-2000 que se rompe en las previsiones que calculan que la tasa de mortalidad se situará en el quinquenio 2020-2025 en 6,97 hasta alcanzar el número de 10,88 fallecimientos por cada mil habitantes.

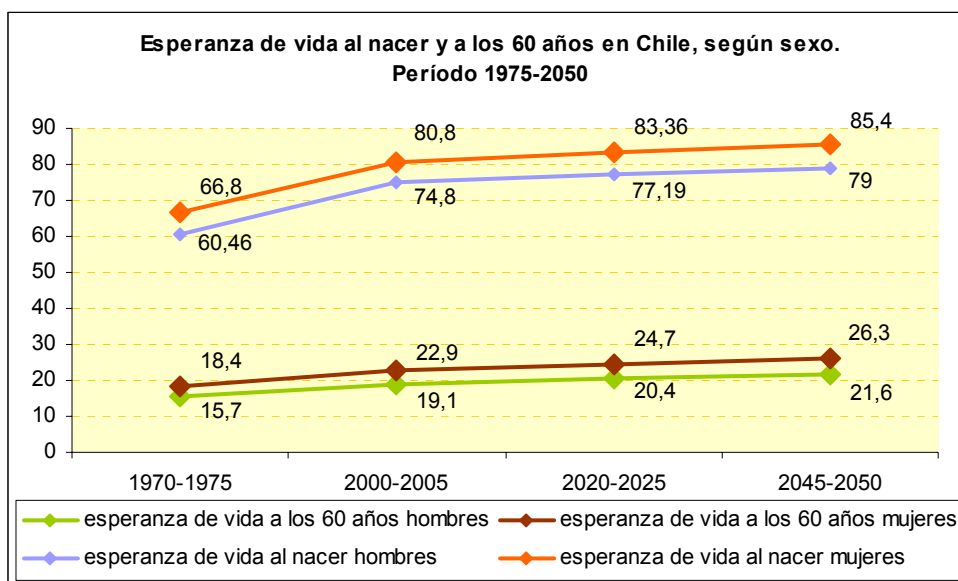
La tasa anual de migración chilena presenta cifras negativas de -1,6 personas por cada mil habitantes en el quinquenio 1970-1975, esta tendencia se revierte paulatinamente y para el lustro 2000-2005 la cifra registrada ha sido positiva, de 0,8 personas por mil habitantes. Las previsiones para el futuro estiman un saldo migratorio prácticamente nulo.



FUENTE: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025.

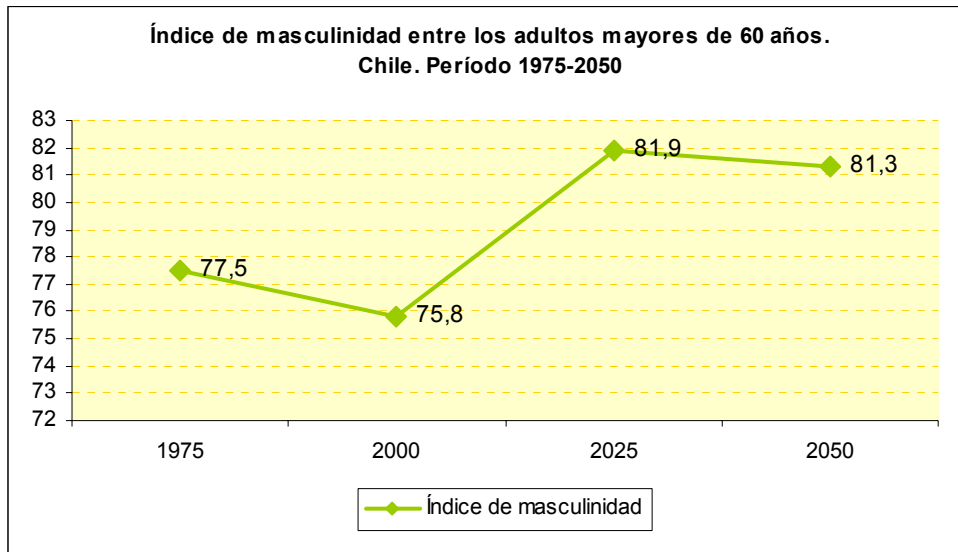
La esperanza de vida en Chile ha experimentado un ascenso importante en los últimos veinticinco años. En el quinquenio 1970-1975 la expectativa de vida media de los chilenos era de 63,57 años; para el quinquenio 2000-2005 esta cifra se había elevado a 77,74 años, esto es 14 años más, y se prevé que siga aumentando aunque a un menor ritmo. La expectativa vital podría alcanzar los 80,21 años en el lustro 2020-2025 y los 82,14 años en el periodo 2045-2050. Al diferenciar por género, encontramos que las mujeres mantienen en promedio una expectativa de vida mayor que los hombres.

Al referirnos a las cifras sobre la esperanza de vida a los 60 años, nos encontramos que en el quinquenio 1970-1975 la expectativa vital adicional de los varones y las mujeres era de 15,7 y 18,4 años respectivamente, para pasar en el período 2000-2005 a los 19,1 años en los varones y los 22,9 años en las mujeres. Se estima que este indicador seguirá aumentando en este tramo de edad y que las diferencias entre varones y mujeres se ampliarán hasta el grado que, a mitad de siglo, las mujeres chilenas de 60 años podrían llegar a sobrevivir casi cinco años más que los hombres.



Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025*. CELADE, 2004.

La relación entre hombres y mujeres al inicio del ciclo, es decir, en el año 1975 se encontraba en 77,5 varones por cada cien mujeres para descender hasta los 75,8 varones por cada cien mujeres en el año 2000. Se estima que para el 2025- 2050 esta relación entre hombres y mujeres se mantenga aunque con menores diferencias: en torno a los 82 varones por cada cien mujeres.



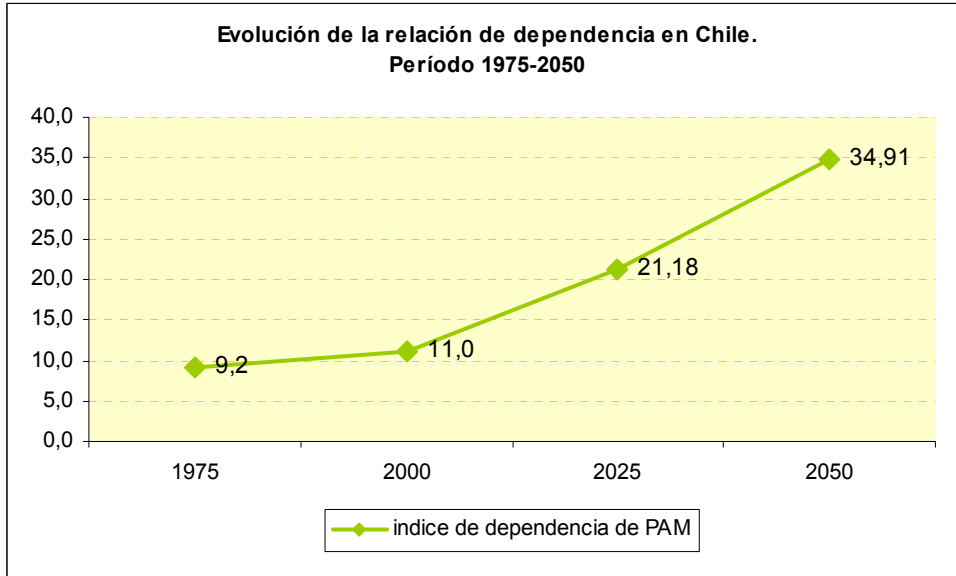
FUENTE: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Boletín Demográfico No. 72, América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050.

El aumento de la longevidad de la población Chilena se refleja no sólo en el aumento de la población de 60 años y más sino también en el peso relativo de los más mayores dentro de este grupo y respecto al conjunto de la población. La población de 75 años y más representaba el 1,74 de la población en el año 1975, en el 2000 esta proporción se situaba en el 2,66%. Se estima que para el 2025 y el 2050 este porcentaje se ubicará en el 5,52 y el 11,22% respectivamente.

CHILE- Población de 75 años y más. Período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
Total	181	409	1.055	2.268
% respecto a la población de 60+	22,3	26,1	27,43	39,80
% respecto a la población total	1,7	2,7	5,5	11,2

FUENTE: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Base de datos del Boletín Demográfico No. 73: América Latina y el Caribe: Estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050.

El proceso de envejecimiento en Chile ha generado un incremento en la relación de dependencia. Mientras en el año 1970 había 9,2 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral, para la mitad del presente siglo este índice será de 34,91 adultos mayores por cada cien personas en edad laboral.



Relación de dependencia= (Población de 65 años y más / población de 15-64) x 100
FUENTE: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL
Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN CHILE

2.1. Salud

2.1.1. Cobertura de salud

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, es decir, contempla la participación de entidades públicas y privadas. Dentro del subsistema público, los principales agentes son el Ministerio de Salud, que desarrolla el Programa de Salud del Adulto Mayor, y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. Asimismo, FONASA da cobertura de salud a más de 11 millones de beneficiarios, sin exclusión alguna de edad, sexo, nivel de ingreso, número de cargas familiares legales y enfermedades preexistentes, bonificando total o parcialmente las prestaciones de salud que les son otorgadas por profesionales e instituciones del sector público y privado.

El subsistema privado de instituciones de salud previsional está compuesto por ocho Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) abiertas a la comunidad, que son entidades privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y cargas. Existen también siete ISAPRE cerradas para atender cotizantes (y sus cargas) de determinadas empresas, algunas estatales y otras privadas. Las atenciones, por lo general, son proporcionadas por profesionales y establecimientos privados de salud.

FONASA

Evolución del número de beneficiarios

La población nacional, a diciembre de 1990, ascendía a 13.209.620 personas, mientras la población beneficiaria y potencialmente usuaria del Seguro Público de Salud ascendía a 9.729.020 personas, representando una participación respecto a la población nacional igual a un 73,7%. En los años siguientes la participación, ha mostrado un descenso gradual hasta entrada la segunda mitad de la década, observándose en 1997 la más baja participación, que llega a un 59,5%. Dicha disminución se debe al auge que por esos años alcanzaba el sistema ISAPRE, el cual en ese mismo año muestra una participación histórica igual a 26,4%.

A partir de 1998, la participación de la población beneficiaria FONASA ha mostrado un crecimiento continuo, llegando a observarse una participación de un 67,5% en el año 2002 (10.327.218) y de un 68,3% a diciembre de 2003 (10.580.090), según resultados finales del CENSO 2002 proyectado a diciembre de cada año.

CHILE- Estimación de beneficiarios del sistema de salud (porcentajes)				
Años	Seguro Público ¹	Seguro Privado ²	Otros ³	Población ⁴
1990	73,7	16,0	10,4	100,0
1991	70,1	19,1	10,8	100,0
1992	64,3	22,0	13,7	100,0
1993	61,5	24,7	13,8	100,0
1994	61,3	26,0	12,7	100,0
1995	60,3	26,3	13,4	100,0
1996	59,7	26,3	14,0	100,0
1997	59,5	26,4	14,2	100,0
1998	61,2	24,7	14,1	100,0
1999	62,2	22,0	15,8	100,0
2000	66,4	20,2	13,4	100,0
2001	67,2	19,5	13,4	100,0
2002	67,5	18,5	14,0	100,0
2003	68,3	17,6	14,1	100,0

Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Notas:

- (1) Considera a todos los beneficiarios de seguro público de salud administrado por FONASA a diciembre de cada año
- (2) Considera a todos los beneficiarios de seguros privados de salud administrados por el sistema de ISAPRES, a diciembre de cada año
- (3) Considera a personas particulares y F.F.A.A. no aseguradas en los seguros público y privados antes indicado
- (4) Considera estimación de población a diciembre de cada año. Años 1990-2001 Proyecciones a partir del Censo 1992, año 2002 según resultados preliminares CENSO 2002

La mayor parte de la población de 65 años y más tiene cobertura de FONASA. Un 36,20% en FONASA B y un 25% en FONASA A¹⁹. Estos grupos a su vez son los que cuentan con los ingresos más bajos; quienes están en FONASA A perciben un ingreso promedio de 68.383 pesos, y quienes se encuentran en FONASA B, tienen ingresos equivalentes a 107.886 pesos. Los adultos mayores que cotizan en ISAPRES perciben ingresos que promedian los 520.149 pesos. Se aprecia también como los distintos seguros a los que pertenecen los sujetos tienen directa relación con el promedio de años de escolaridad. Quienes pertenecen a FONASA A tienen el nivel de escolaridad más bajo con 3,4 años, es decir educación básica incompleta; los de FONASA B, 5 años de escolaridad; los de FONASA C 7,1 años y así sucesivamente. Los que pertenecen a ISAPRES tienen, en promedio, 11,6 años de escolaridad, es decir, prácticamente educación media completa.

También es destacable el hecho que la mayor proporción de los residentes en zonas rurales se atienden a través de FONASA A.

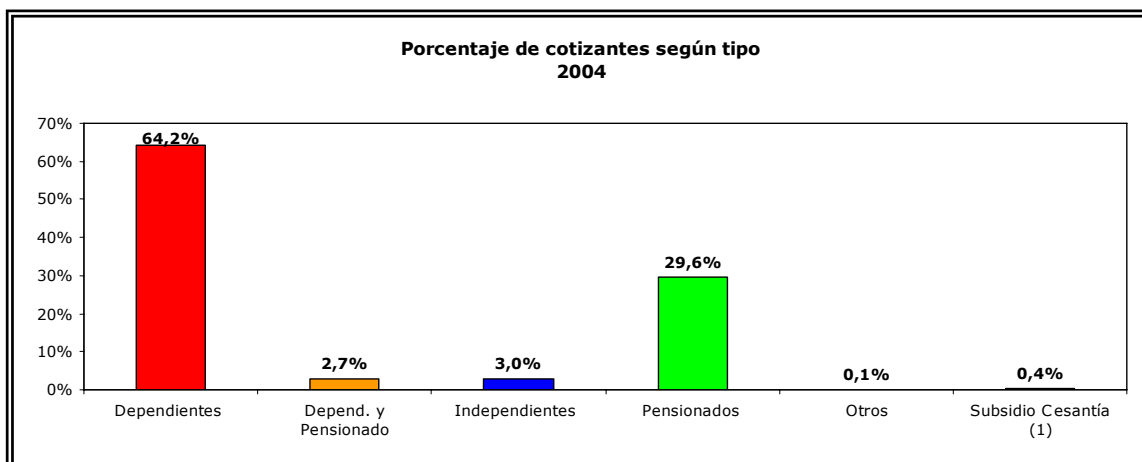
¹⁹ FONASA está estructurado en cuatro niveles, de acuerdo con el ingreso del beneficiario. Las personas carentes de recursos, los beneficiarios de Pensiones Asistenciales (PASIS), los causantes del Subsidio Único Familiar (SUF) y otros grupos, como las mujeres embarazadas hasta el sexto mes, los niños hasta los 6 años de edad y los menores internos en establecimiento del Servicio Nacional de Menores (SENAME), pertenecen al nivel A del FONASA, que no exige copago, y son atendidas en los consultorios y hospitales públicos. Las personas cuyos ingresos se aproximan al salario mínimo pueden pertenecer al nivel FONASA B, cotizando por el 7% de sus ingresos. Este nivel tampoco contempla un copago por el uso de los servicios de salud públicos, pero, junto con los afiliados al FONASA C y D, tienen acceso al sistema de "libre elección", en virtud del cual pueden recibir atención médica en el sector privado (mediante un copago de 50% o más, de acuerdo con un arancel preestablecido). Las personas con mayores ingresos quedan adscritas al FONASA C o el D, con un copago de 10% y 20%, respectivamente, cuando utilizan el sistema público, sobre la base de aranceles que generalmente son inferiores a los que aplican los médicos que ejercen libremente la profesión.

Por otra parte, la edad promedio de los adultos mayores de 65 años y más afiliados a los seguros de salud, es de 72,6 años.

CHILE- Características de las personas de 65 años y más según su plan de seguro de salud							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	FF.AA.	ISAPRES	Particular ²
Alcance del Plan	25,0%	36,2%	6,0%	9,1%	5,7%	6,7%	5,9%
Ingreso Promedio	68.368	107.886	155.048	246.436	252.555	520.149	222.459
Edad Promedio	73,7	73,5	72,8	71,8	73,6	71	72,4
Personas de 75+	39,0%	37,2%	35,4%	27,7%	39,9%	21,8%	30,3%
Promedio de años de escolaridad	3,4	5,0	7,1	9,3	8,5	11,6	7,5
Residencia en zonas rurales	36,0%	17,0%	5,4%	4,8%	1,8%	2,7%	17,1%

1. Personas afiliadas a cada plan
 2. Personas no afiliadas a Isapres, cubiertas por planes proporcionados en el empleo y no aseguradas
- Fuente: Datos contruidos por CEPAL a partir de encuesta CASEN 2003

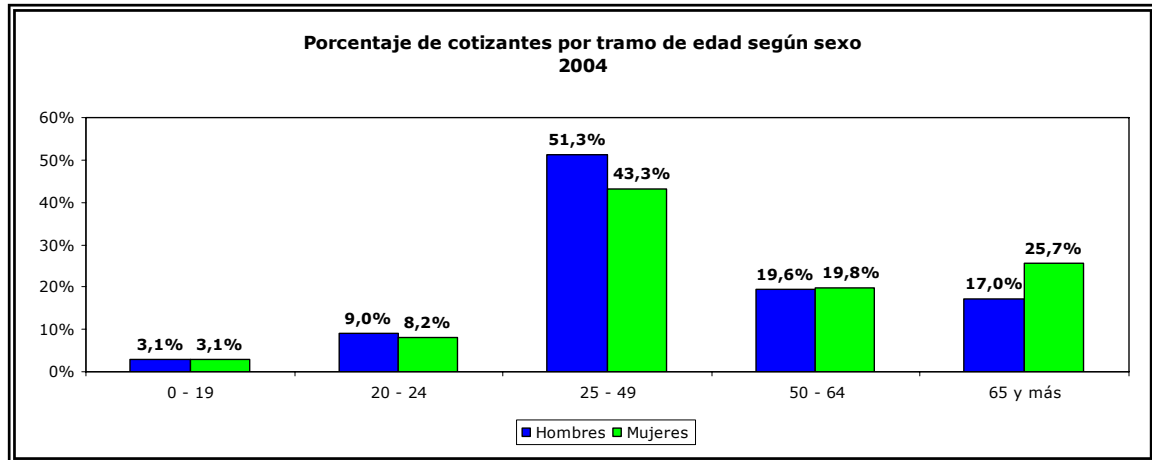
El total de personas cotizantes en FONASA es de 3.991.717, lo que equivale a 36,4% de los beneficiarios totales de esta institución. El restante 63,6% son beneficiarios no cotizantes. Del total de cotizantes el 64,2% son trabajadores dependientes, el 29,6% pensionados y el 3% trabajadores independientes.



Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA)

La participación de las mujeres en los cotizantes del sistema de FONASA alcanza a 43,8%. La proporción de hombres cotizantes es del 56,2%.

En cuanto a la distribución por rangos de edad de los cotizantes, se observa una concentración de la población entre 25 y 49 años. Este rango de edad acumula al 43,3% de las mujeres y el 51,3% de los hombres.



Fuente: Fondo Nacional de Salud (FONASA)

ISAPRE

Evolución del número de cotizantes y cargas

A diciembre de 2005, el sistema de ISAPRE cuenta con 1.244.859 cotizantes, de los que el 95,6% se encuentra afiliado a ISAPRE abiertas. Esta cifra representa una población que es en 1% superior al total de cotizantes del año anterior.

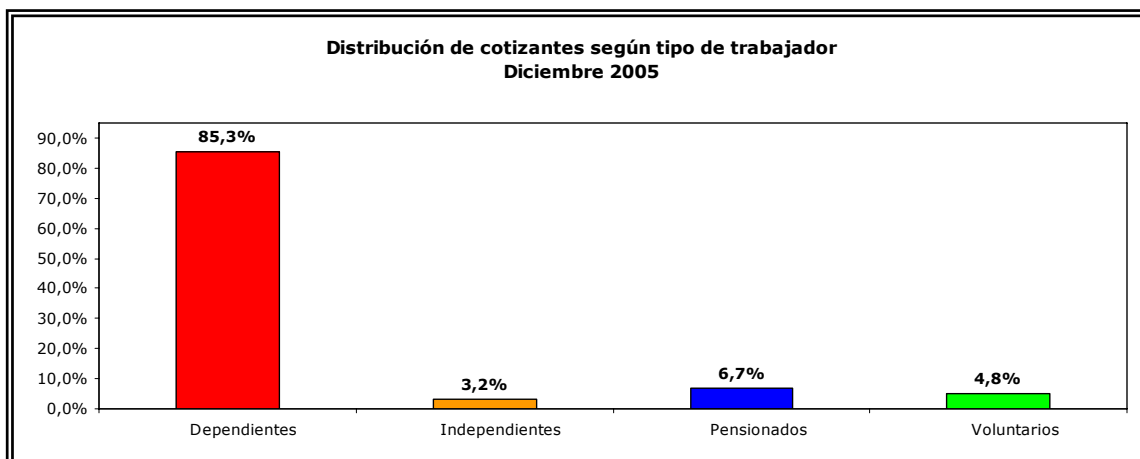
Por su parte, las cargas totalizan 1.415.479, lo que representa una reducción de 2,1% respecto del 2004. Esta mayor disminución explica la caída en la tasa de cargas por cotizante, relación que pasa de 1,17 en 2004 y 1,14 en 2005.

Al término de 2005, el mercado lo componían 15 ISAPRE, 8 abiertas y 7 cerradas. La concentración de los cotizantes en las 6 principales instituciones del mercado corresponde al 85,9% del sistema.

Principales características de la cartera de cotizantes

Los cotizantes voluntarios son los que registran el mayor aumento de participación alcanzando al 8,0% del total de cotizantes del sistema ISAPRE. Por cotizantes voluntarios entenderemos aquellos que no estando obligados a incorporarse al régimen de pensiones, celebran un contrato de salud con una ISAPRE.

Asimismo, se registran incrementos en el número de cotizantes dependientes (de 0,9%) y los pensionados (de 0,2%).



FUENTE: Superintendencia de Salud

La participación de las mujeres en los cotizantes del sistema ISAPRE alcanza a 34,5%, siendo igual a la registrada en el 2004. En cuanto a los hombres cotizantes, la participación alcanza al 65,5%. Por su parte, la edad promedio de las mujeres cotizantes es de 41,8 años, cifra levemente superior a los 41,4 años observados en 2003. En cuanto a los hombres cotizantes, su edad promedio es levemente inferior a la de las mujeres porque alcanza los 40,8 años, igual que el año 2003.

En cuanto a la distribución por rangos de edad de los cotizantes, se observa una concentración de la población entre los 25 y los 49 años, distribución muy similar a la de 2004. Este rango de edad acumula al 68,55% de las mujeres y el 68,8% de los hombres.

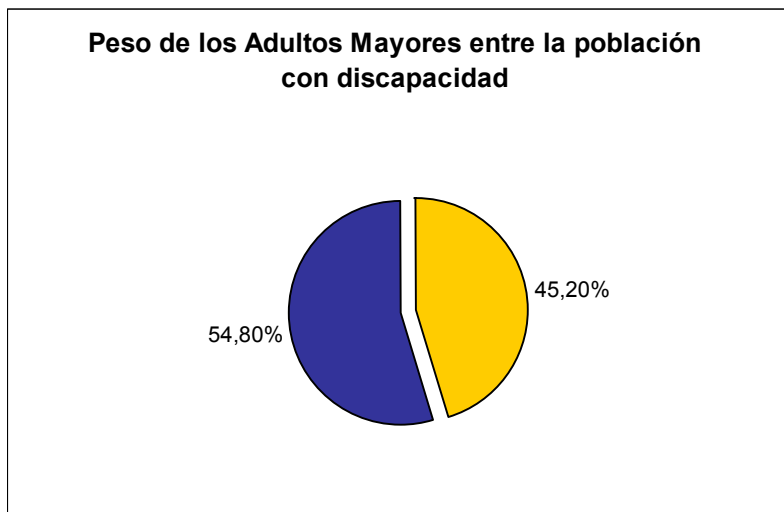
El 89,5% de los Adultos de 65 años y más que fue atendido a través de FONASA A - es decir, los de menores ingresos- no incurrió en ningún tipo de gasto de atención. Además del total de afiliados a FONASA, el 84,8% recibió atención. Se observa también que el 86% se declara satisfecho con el tiempo de atención.

CHILE- Indicadores de Acceso a la Salud según tipo de seguro (1998)							
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	FF.AA.	ISAPRES	Particular
Enfermedad/accidente en los últimos 3 meses	39,70%	40,30%	34,70%	35,60%	33,00%	28,70%	27,00%
Recibió Atención	77,40%	83,30%	85,50%	93,00%	79,80%	92,30%	75,40%
Satisfacción con tiempo de atención	82,70%	86,60%	84,20%	90,30%	89,80%	95,00%	88,60%
No incurrió en gastos personales	89,50%	65,90%	39,10%	25,60%	5,50%	6,10%	15,60%

Fuente: Datos contruidos por CEPAL a partir de encuesta CASEN 2003

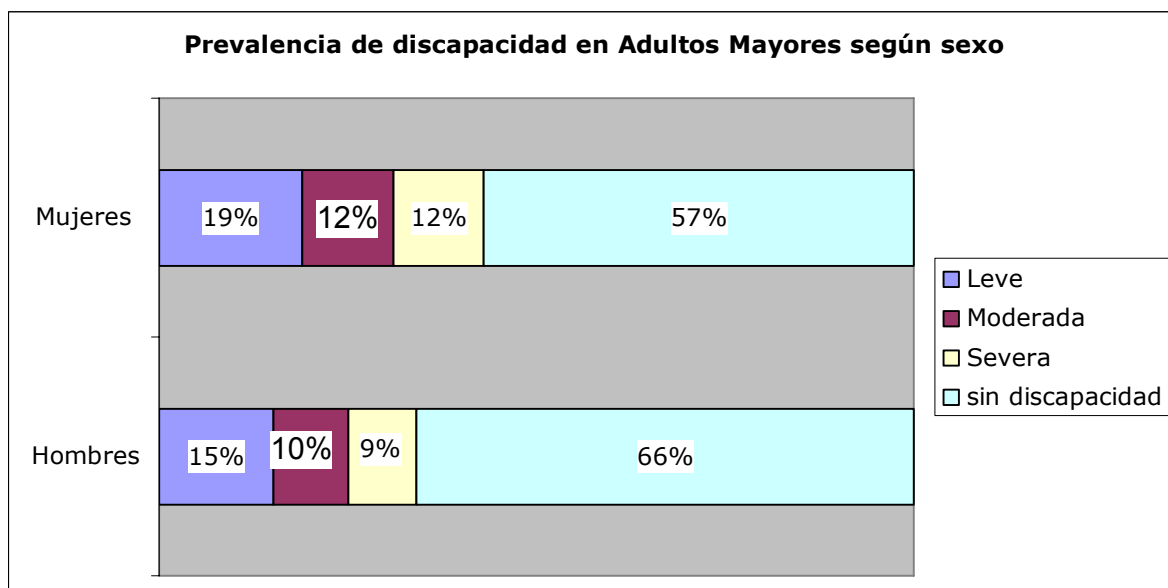
2.1.2. Discapacidad

Las personas de 60 años y más representan el 45,2% de las personas con discapacidad en Chile. Del total de adultos mayores con discapacidad, un 77,7% presenta problemas de visión, siendo éste el problema más recurrente.



Fuente: Estudio Nacional de la Discapacidad 2006, INE y FONADIS

El 19,0% de las mujeres de 60 años o más tiene discapacidad leve, el 12,0% de tipo moderada y un 12,1% tiene una discapacidad extrema. Un 56,9% de ellas no manifiesta ninguna dificultad en la vida diaria. Por otro lado, la distribución de la discapacidad para los hombres Adulto Mayores es la siguiente: un 15,1% presenta de tipo leve, el 9,9% de tipo moderada, y el 9,0% sufre de discapacidad severa.

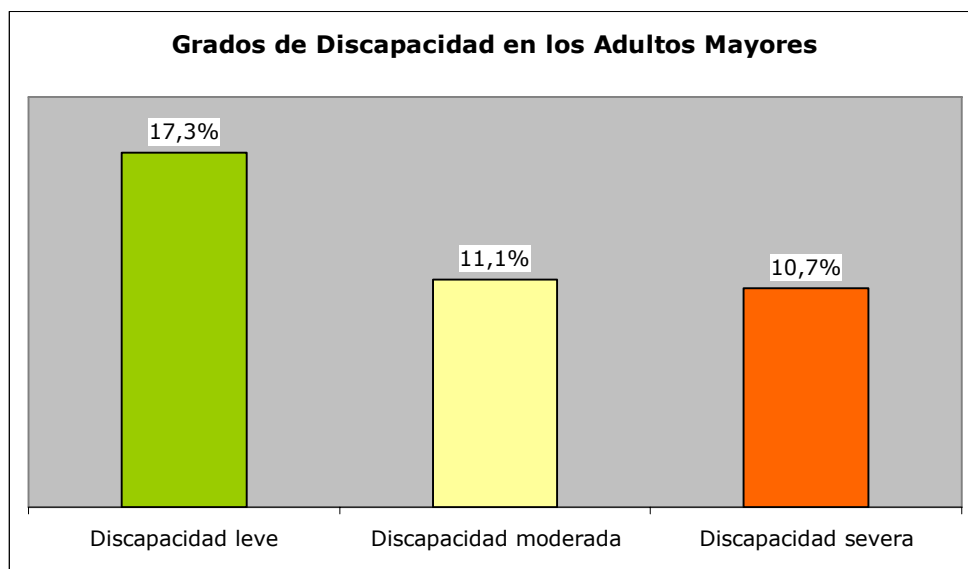


Fuente: Estudio Nacional de la Discapacidad 2006, INE y FONADIS.

Los grados de discapacidad están estrechamente relacionados con la escala de evaluación funcional Katz, la cuál establece una tipología según se trate de adultos mayores autovalentes, semivalentes o postrados; de este modo, las personas con discapacidad leve son en su mayoría autovalentes, puesto que pueden llevar a cabo sus tareas cotidianas y de auto cuidado sin la asistencia de terceros, la discapacidad moderada se vincula con la semivalencia, ya que necesitan de ayuda para realizar ciertas tareas; por último las personas con discapacidad severa

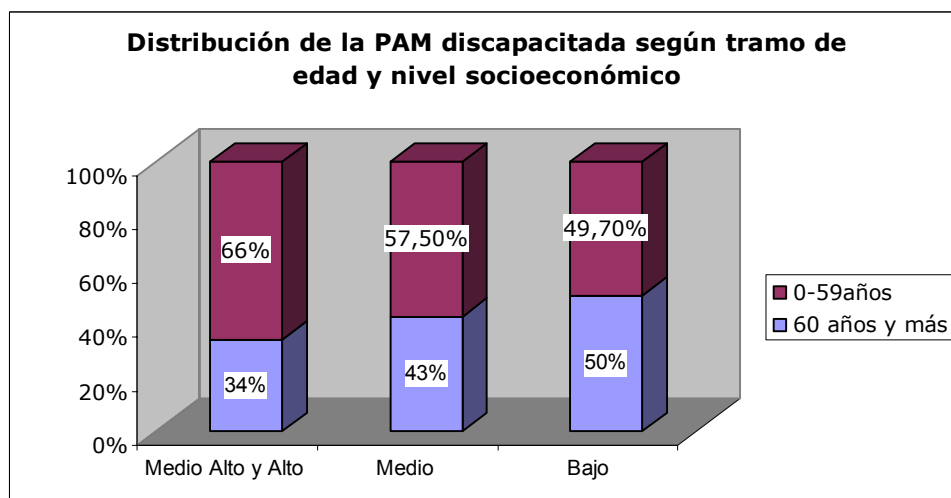
corresponden a la clasificación de postrados, puesto que requieren de ayuda constante para realizar sus actividades diarias.

Del total de la Población adulta mayor con algún grado de discapacidad, el 17,3% presenta discapacidad leve, un 11,1 padece discapacidad moderada y un 10,7 sufre de discapacidad severa.



Fuente: INE.

La proporción de adultos mayores con discapacidad aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico. El 34% de las personas con discapacidad de los sectores medio alto y alto son adultos mayores, mientras que en el nivel medio, los adultos mayores suponen el 42,5% de las personas con discapacidad. En el nivel socioeconómico bajo, el 50,3% de las personas con discapacidad son adultos mayores.



Fuente: Estudio Nacional de la Discapacidad 2006, INE y FONADIS

Al sumar a las personas mayores con discapacidad que se declaran solteras, viudas, separadas o divorciadas, surge un acumulado de un 48%, que corresponde a la

proporción de adultos mayores con discapacidad que debe enfrentar su condición sin el apoyo cotidiano de su cónyuge o pareja.

CHILE- Población adulta mayor con discapacidad según estado conyugal	
Estado Conyugal	Porcentaje
Casado	47,7%
Convive	4,3%
Acumulado	52,0%
Soltero	8,7%
Viudo	31,7%
Separado o divorciado	7,6%
Acumulado	48,0%

Fuente: Estudio Nacional de la Discapacidad 2006. INE y FONADIS

2.2. Situación económica y pobreza

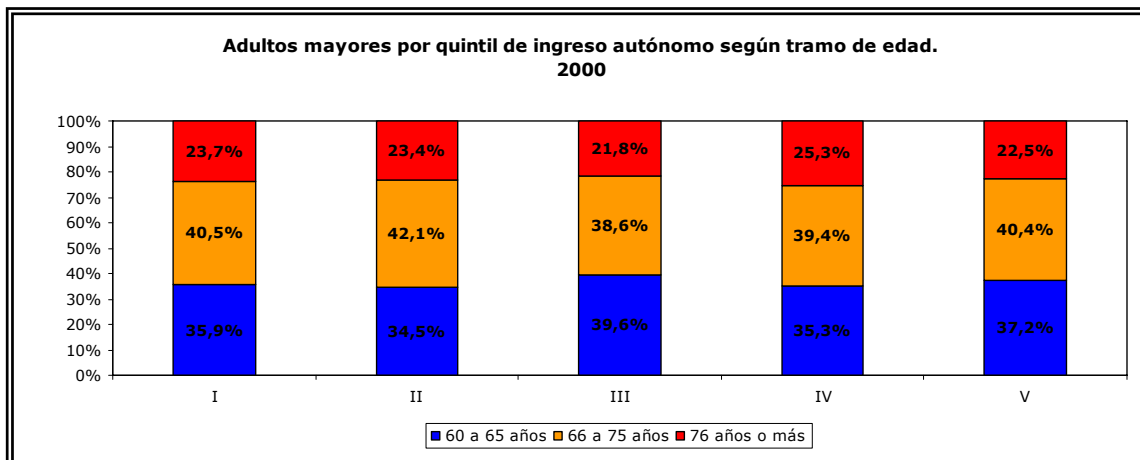
Según la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) de 2000 del total de los adultos mayores el 15,3% se encuentra en el I quintil, es decir en el quintil de ingresos más bajo; el 18,9% esta en el II quintil, el 21,4% en el III quintil, el 23,3% en el IV quintil y finalmente el 21,1% en el V quintil.

2.2.1. Quintiles de ingreso

Quintiles de ingreso por tramo de edad

Del total de adultos mayores que se encuentran en el primer quintil, el 40,5% tiene entre 66 y 75 años; el 35,9% entre 60 y los 65 años, mientras que el 23,7% tiene más de 76 años.

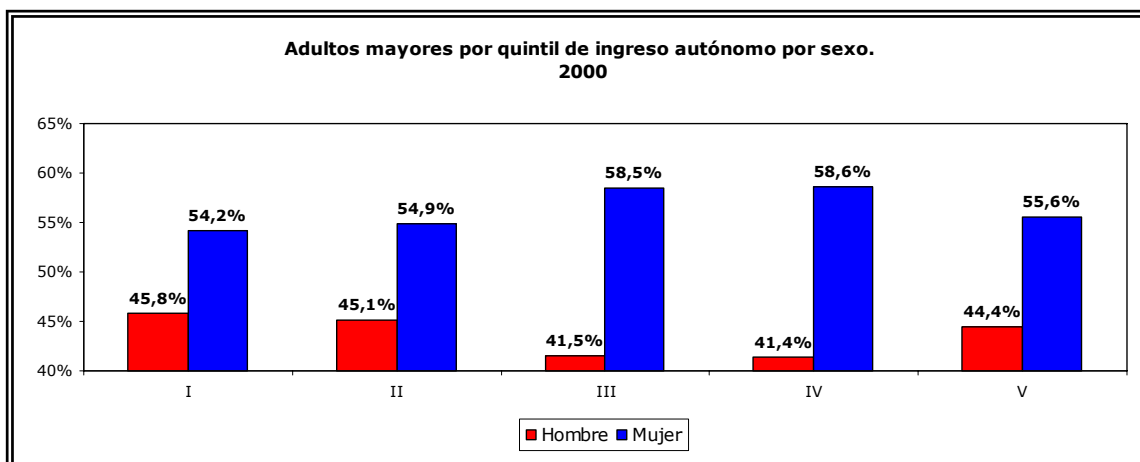
Los adultos mayores que componen el II quintil, se concentran principalmente entre las personas de 66 y 75 años. Para el caso de los que se encuentran en el III quintil, el mayor porcentaje se concentra entre los que tienen de 60 a 65 años. En el V quintil el grupo etario con mayor presencia es el que comprende entre 66 y 75 años.



Fuente: MIDEPLAN. CASEN 2000

Quintiles de ingreso por sexo

Según la encuesta CASEN 2000, del total de adultos mayores por quintil de ingreso autónomo se observa una concentración de mujeres en cada uno. El mayor porcentaje de mujeres se encuentra en el IV quintil, con un 58,6%. En el siguiente gráfico encontramos la distribución por quintil según sexo.



Fuente: MIDEPLAN, División Social. Encuesta CASEN 2003.

2.2.2. Situación de pobreza

Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) de 2000, del total de los adultos mayores el 1,6% son indigentes, el 6,4% son pobres pero no indigentes y finalmente el 92,1% no son pobres.

Las situaciones de pobreza tienden a concentrarse en los adultos mayores de menor edad. Del total de los adultos mayores indigentes, el 61% tienen entre 60 a 65 años, el 26% tienen entre los 66 y los 75 años y el restante 13,1% tienen 76 años o más, mientras que entre los adultos mayores que están catalogados como no pobres, el 35,5% tienen entre 60 y 65 años, el 40,5% tienen entre 66 y 75 años y el 24% tienen 76 años y más.

Los adultos mayores varones están más expuestos a las situaciones de indigencia y pobreza que las mujeres. Del total de los hombres adultos mayores, el 1,9% son indigentes, el 6,6% son pobres pero no indigentes y el 91,5% son no pobres. Del total de las mujeres adultas mayores el 1,3% son indigentes, el 6,2% son pobres pero no indigentes y el 92,5% son no pobres.

Es necesario aclarar el hecho de que ciertas características de la población adulta mayor restan validez a la comparación entre los índices de pobreza de este grupo con los del resto de la población. Sus necesidades, y por tanto los gastos en que deben incurrir, son muy distintos a los de otros tramos de edad, y en su mayor parte se asocian a prestaciones de salud, alimentación y pago de servicios, entre otros. Al ubicar a la población de 60 años y más en los quintiles de ingreso se debe tener presente el hecho de que la indeterminación de la estructura de gastos de esta población genera una distorsión que puede dificultar la interpretación de los resultados. Para generar un panorama riguroso de la situación económica de la población adulta mayor, es necesario poner en relación sus ingresos con la estructura de sus gastos. En ese sentido, cabe destacar la construcción de una canasta básica que contempla la estructura de gastos de la población adulta mayor en la Región Metropolitana.

La Encuesta Casen entrega datos que permiten visualizar que, entre 1990 y 2003 ha descendido de manera importante la pobreza en los adultos mayores, aunque con respecto a 2000 se ha incrementado la pobreza no indigente.

Entre los años 1990 y 2003 la proporción de adultos mayores en situación de indigencia descendió de manera muy importante desde el 4,7% al 1,6%. Asimismo, la pobreza no indigente descendió casi a la mitad, desde 15,7% a 8,1%. Al comparar la situación prevaleciente en 2000 con la de 2003 se observa que el porcentaje de la indigencia se mantuvo en 1,6% y que la pobreza no indigente registró un incremento desde 6,4% a 8,1% en este período.

CHILE- Proporción de adultos mayores según situación de pobreza 1990-2003			
Situación de pobreza	1990	2000	2003
Indigentes	4,7	1,6	1,6
Pobres no indigentes	15,7	6,4	8,1
No pobres	79,9	92,0	90,3

Mideplan: División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

Por otra parte, la Encuesta CASEN también mostró interesantes diferencias al incorporar la variable residencia. En este sentido, el alcance de la indigencia es levemente superior en los adultos mayores que residen en las zonas rurales que en las zonas urbanas (1,7% frente a 1,5% respectivamente). En cambio, la incidencia de la pobreza no indigente es mayor en la zona urbana que en la zona rural (8,2% y 7,8% respectivamente).

Al vincular las variables residencia y sexo, aparece que en el área urbana, son los hombres los que muestran una mayor incidencia de la pobreza, tanto en indigencia como en pobreza no indigente. En el área rural se observa el mismo fenómeno.

CHILE- Situación de pobreza de los adultos mayores según entorno de residencia (porcentajes). 2003			
	Indigente	Pobre no indigente	No pobre
zona urbana			
Hombres	1,6	8,7	89,7
Mujeres	1,4	7,8	90,7
Total	1,5	8,2	90,3
zona rural			
Hombres	2,0	8,4	89,6
Mujeres	1,5	7,2	91,6
Total	1,7	7,8	91,3
Total			
Hombres	1,7	8,6	89,7
Mujeres	1,4	7,7	90,8
Total	1,6	8,1	90,3

Mideplan: División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

En el cuadro siguiente es posible observar la situación de pobreza de los adultos mayores en números absolutos según sexo y grupo de edad. Los datos han sido elaborados por Mideplan con factores de expansión en base a Censo 2002.

CHILE- Número de adultos mayores por situación de pobreza, según grupo de edad y sexo. 2003					
Grupo de edad	Indigentes	Pobres no Indigente	Total Pobres	No Pobres	Total
HOMBRES					
60-69 años	10.399	38.468	48.867	380.762	429.629
70 y + años	3.034	28.960	31.994	314.788	346.782
Total	13.433	67.428	80.861	695.550	776.441
MUJERES					
60-69 años	9.728	43.716	53.444	441.438	494.882
70 y + años	5.118	33.313	38.431	454.302	492.733
Total	14.846	77.029	91.785	895.740	987.615
TOTAL					
60-69 años	20.127	82.184	102.311	822.200	924.511
70 y + años	8.152	62.273	70.425	769.090	839.515
Total	28.279	144.457	172.736	1.591.290	1.764.026

Mideplan: División Social, a partir de Encuesta CASEN 2003

Nota: Se excluye servicio doméstico puertas adentro y su núcleo familiar

Al observar las cifras totales ofrecidas por los instrumentos de medición de pobreza en Chile, se aprecia que, en números absolutos, hay más indigentes mujeres que hombres (14.846 y 13.433, respectivamente). Respecto de la población de pobres no indigentes, la situación es similar (77.029 mujeres y 67.428 hombres). Consecuentemente, en la suma del total de pobres, las mujeres (91.785) sobrepasen casi once mil personas a los hombres (80.861).

2.3. Actividad laboral

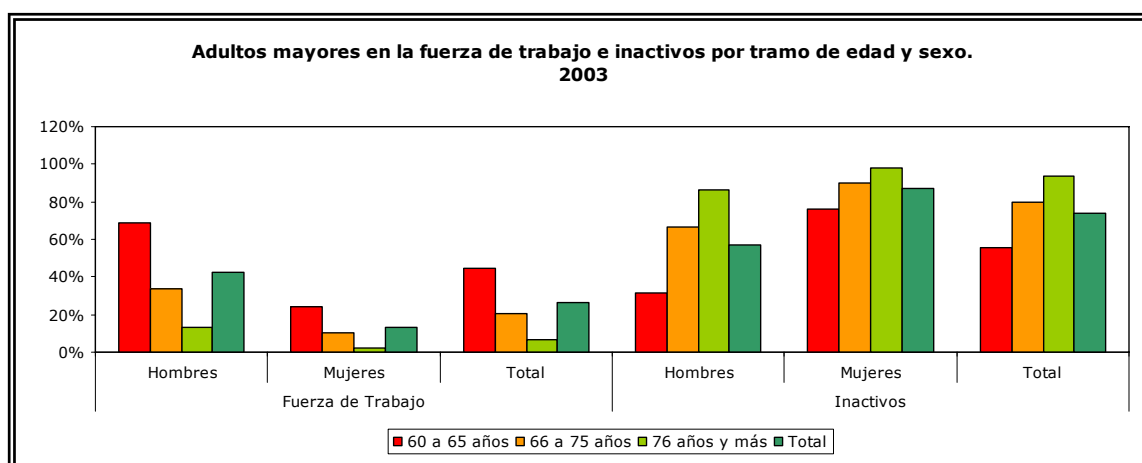
En el año 2003, el 26,1% de la población chilena de 60 años y más participaba en la fuerza de trabajo, con diferencias muy importantes por tramo de edad. En efecto, la tasa de participación de los adultos mayores de entre 60 y 65 años

corresponde a 44,7%, cifra que desciende a 20,6% en los adultos mayores de 66 a 75 años y a 6,5% en los adultos mayores de 76 años y más.

Por otra parte, existen importantes diferencia en la *tasa de participación de los adultos mayores por sexo*. En efecto, en todos los tramos de edad analizados, la tasa de participación de los hombres adultos mayores es muy superior a la registrada para las mujeres.

Esta situación se relaciona con la jubilación/pensión y los quehaceres del hogar en las mujeres, aspecto que se revisará más adelante cuando se analicen las razones por las que los adultos mayores no se encuentran participando en la fuerza de trabajo.

Hay que destacar que en Chile no existen limitantes legales que impidan a hombres y mujeres pensionados continuar participando del mundo laboral.



Fuente: MIDEPLAN, División Social. Encuesta CASEN 2003

La razón más importante por la que los adultos mayores no buscaron trabajo en los últimos dos meses es la jubilación/pensión. En efecto, el 59,5% de los adultos mayores declaró esta razón para no buscar trabajo en ese período. Este porcentaje alcanza a 82,6% en los hombres y 47,6% en las mujeres. El porcentaje de adultos mayores que no busca trabajo por estar jubilado se incrementa con la edad, llegando al 74,6% de la población de 76 años y más.

Entre las mujeres existe una razón que adquiere mucha importancia, especialmente en las mujeres de 60 a 65 años: los quehaceres del hogar. En efecto, el 61,6% de las mujeres de 60 a 65 años declaró que no había buscado trabajo por esta razón. En los hombres esta razón no se menciona.

La rama de actividad en la que se desempeña una mayor cantidad de adultos mayores es la de servicios comunales y sociales: 28,3%, seguida del comercio, restaurantes, hoteles: 20,0%.

El mayor peso relativo que poseen ambas ramas de actividad se debe a la alta participación de las mujeres mayores en servicios comunales y sociales: 46,5% frente al 21,1% de los hombres y en comercio: 29,1% frente al 16,4% de los hombres. A su vez, la presencia masculina es significativamente mayor que la femenina en la categoría "agricultura, caza, silvicultura y pesca": 23,9% frente al 6,1%.

2.4. Educación

Alfabetismo

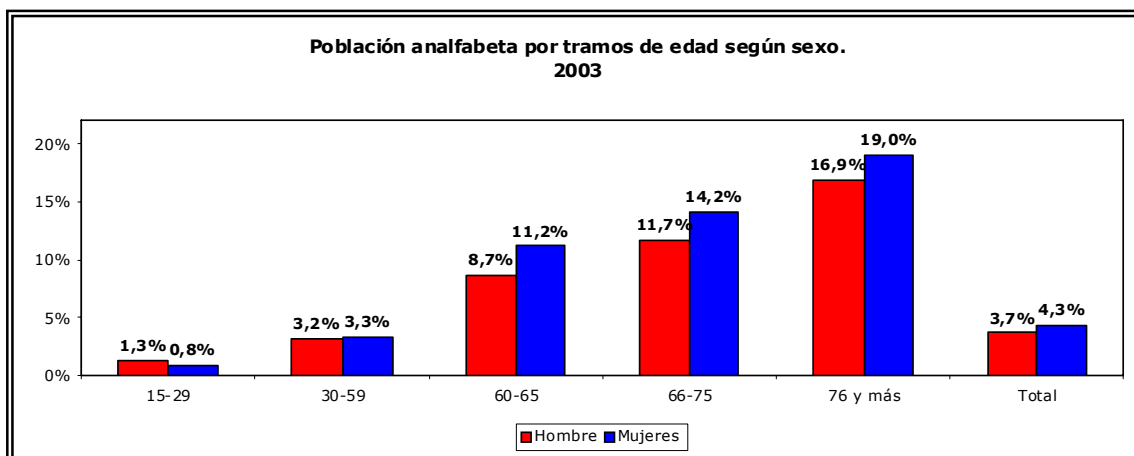
En 1990, el 15,9% de los adultos mayores era analfabeto, cifra que corresponde a 13,2% en 2003. El analfabetismo ha descendido en todos los grupos de edad entre los adultos mayores. Los mayores descensos se observan para los hombres entre 66 y 75 años. En efecto, en 1990, el 17,3% de los hombres entre 66 y 75 años era analfabeto porcentaje que bajó a 11,7% en el año 2003.

CHILE- Adultos Mayores analfabetos por sexo. 1990 y 2003 (porcentajes)			
1990	Hombre	Mujer	Total
60 a 65 años	11,2	13,6	12,5
66 a 75 años	7,3	16,8	17,0
76 años y más	19,3	21,6	20,7
Total	15,0	16,6	15,9
2003	Hombre	Mujer	Total
60 a 65 años	8,7	11,2	10,1
66 a 75 años	11,7	14,2	13,1
76 años y más	16,9	19,0	18,2
Total	11,6	14,4	13,2

Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN años respectivos

En 2003, el 4,0% de la población es analfabeta, es decir no es capaz de leer y escribir un párrafo completo o sólo domina alguno de estos conceptos. En la población menor de 59 años corresponde a 2,4% y en la población mayor de 59 años a 13,2%.

En relación al analfabetismo, dentro de la población adulta mayor, se observan los siguientes hechos relevantes: el 14,4% de las mujeres adultas mayores y el 11,6% de los hombres adultos mayores son analfabetos. Esto representa más de tres veces el promedio nacional de analfabetismo.



Fuente: MIDEPLAN, División Social, Encuesta CASEN años respectivos

En la población adulta mayor se incrementa el analfabetismo a medida que crece la edad, especialmente en las mujeres. En la población de 76 y más años de edad, el analfabetismo femenino se aproxima al quinto del total de esa población (19,0%).

Escolaridad

Entre 1990 y 2003 el promedio de escolaridad de la población adulta mayor creció desde 6,0 a 6,6 años de estudio. Este incremento se observa para todos los quintiles de ingreso pero especialmente para los quintiles tercero, cuarto y quinto. A medida que aumentan los ingresos del hogar se incrementa el promedio de años de escolaridad. La población adulta mayor del quinto quintil registra un promedio de años de estudio de 10,8 años valor que desciende a 4,0 años en la población del primer quintil, es decir la de menores ingresos del país.

Tanto en la población de 60 a 65 años, como en la población de 66 a 75 años y en la población de 76 años y más la población del quinto quintil supera ampliamente a la población del primero en años de estudio. Estas diferencias son aún más notorias en los hombres de 76 años y más, donde los adultos mayores del quinto quintil tienen 3,1 veces los años de estudios de sus pares del primer quintil.

2.5. Vivienda

Al observar la forma cómo se distribuyen las personas en los distintos tipos de vivienda de acuerdo a su edad, se ha detectado una relación directa entre la edad y el tipo de vivienda. A mayor edad la población tiende a ubicarse en viviendas de mayor estabilidad.

El 94,1% de la población de 75 o más años habita en viviendas permanentes. Por su parte, el 92,8% de los habitantes de 15 a 29 ocupan viviendas permanentes. Sólo el 3,3% de la población se ubica en viviendas semipermanentes. Gráficamente la relación del número de personas de acuerdo a su edad y la ubicación en los diferentes tipos de vivienda es del siguiente tenor:

CHILE- Número de personas por tipo de vivienda según edad			
Edad	Permanente	Semipermanente	Otros
0-14	3.679.697	157.607	9.349
15-29	3.409.099	117.630	9.939
30-44	3.368.965	118.471	9.779
45-59	2.172.834	58.030	5.172
60-74	1.196.757	31.357	2.317
75 y más	442.422	10.031	670
Total	14.269.774	493.126	37.226

Fuente: INE. CENSO 2002

Según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN 2003, el 79,8% de los adultos mayores reside en casa propia pagada, situación que es transversal en todos los sectores socioeconómicos. Sólo el 6% de los adultos mayores está en la situación de casa propia pagándose y el 4,2% arrienda su vivienda actual.

El 49% de los adultos mayores son propietarios de la vivienda donde residen, y de estos el 89% son jefes de hogar, lo que reafirma la relación de propiedad con el rol relevante en el hogar. Asimismo, en el 82,3% de los hogares en el que reside algún adulto mayor, es éste el que cumple el rol de jefe de hogar.

CHILE- Porcentaje de Población Adulta Mayor según tramo de Ingreso						
Tipo de Vivienda	0-50.000	50.001-100.000	100.001-200.000	200.001-400.000	400.001 y más	Total A.M. %
Departamento en edificio	2,5	4,3	7,5	12,5	23,2	6,9
Casa o Cité	91,9	92,6	90,1	85,5	75,6	89,9
Casa o Condominio	0,4	0,6	0,3	1,8	0,8	0,6
Pieza en Casa o Departamento	0,1	0,1	0	0		0,1
Pieza en casa antigua o conventillo	0,1	0	0,4	0	0,1	0,1
Media agua o mejora	3,3	1,6	1,3	0,2	0,2	1,7
Rancho, ruca o Choza	0	0	0			0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ministerio de vivienda y urbanismo. Publicación "Evaluación de la experiencia de Vivienda Social especial para Adultos Mayores, Lecciones y Desafíos"

En cuanto al tipo específico de vivienda en el que reside la población Adulta Mayor, un 7% habita en departamentos, y un 90% en casas permanentes; un 0,7% en casas o departamentos, y un 2,5 en vivienda semipermanente.

Según segmento de ingreso, la población con mayor nivel de ingresos tiende a habitar en departamentos, en cambio a menor nivel de ingresos, aumenta la residencia en casas.

CHILE- Porcentaje de la Población Adulta Mayor propietario de la vivienda, según rol y tramo etario			
Conformación de la vivienda y rol	60-74 años	75 años y más	Total
Jefe de hogar uninuclear	53,7	16,6	70,3
Jefe de hogar multinuclear	21,9	5,5	27,4
No jefe de hogar multinuclear	0,4	0,2	0,7
No jefe de hogar uninuclear	0,8	0,8	1,6
Total	76,9	23,1	100,0

Fuente: Ministerio de vivienda y urbanismo. Publicación "Evaluación de la experiencia de Vivienda Social especial para Adultos Mayores, Lecciones y Desafío"

CHILE- Porcentaje de la Población Adulta Mayor no propietario de la vivienda, según rol y tramo etario			
Conformación de la vivienda y rol	60-74 años	75 años y más	Total
Jefe de Hogar Uninuclear	30,6	9,0	39,6
Jefe de hogar Multinuclear	9,4	2,2	11,6
No jefe de hogar Multinuclear	10,0	6,9	16,8
No jefe de hogar Uninuclear	16,7	15,2	32,0
Total	66,6	33,4	100,0

Fuente: Ministerio de vivienda y urbanismo. Publicación "Evaluación de la experiencia de Vivienda Social especial para Adultos Mayores, Lecciones y Desafíos"

Como se puede apreciar, de los adultos mayores propietarios de la vivienda que habitan, el 76,9% se encuentra en el segmento entre 60 y 74 años y el 23,1% se ubica entre 75 años y más. De los no propietarios, el 66,6% tiene entre 60 y 74 años y el 33,4% 75 años y más.

Es importante destacar el rol que cumple el adulto mayor dentro del hogar, (jefe o no jefe) y la conformación del hogar (uninuclear, multinuclear). El adulto mayor

que no es jefe de un hogar multinuclear, y que a su vez no es propietario, se clasifica como adulto mayor allegado. De este modo, vemos que el 32% de los adultos mayores que no son propietarios viven en esta condición.

El 97,7% de los adultos mayores que son propietarios, son a su vez los jefes de hogar. Entre los que no son propietarios de la vivienda donde residen, la proporción de jefes de hogar desciende al 51,2%. De esta forma se ratifica nuevamente la relación entre propiedad de la vivienda y el rol que se cumple en el hogar. Es preciso señalar que se ha considerado al adulto mayor jefe de hogar y al cónyuge en una misma categoría.

2.6. Formas de convivencia

Respecto del estado civil, según los datos de la Encuesta CASEN 2003, el 52,3% de los adultos mayores se encuentra casado, un 26,8% es viudo/a y un 9,1% soltero/a. Al examinar los datos por sexo, la viudez es muy superior en las mujeres adultas mayores alcanzando el 38,1% frente al 12,4% correspondiente a los varones.

En cuanto al hogar en que reside la población en general, el 2,4% reside en hogar unipersonal. Esta situación se incrementa en la población de 60 años y más en donde el 10,6% vive en este tipo de hogar.

Dentro de la población adulta mayor la proporción de mujeres que viven solas es superior a la registrada en los hombres (12,4% y 8,2% respectivamente).

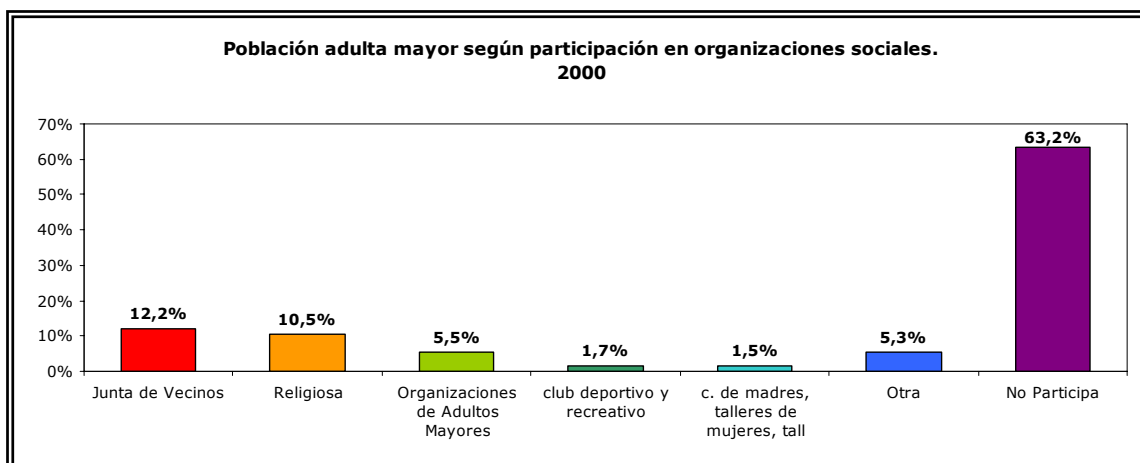
Por otra parte la jefatura de hogar femenina es muy superior en las mujeres adultas mayores comparado con la situación observada en las mujeres de 30 a 59 años y menores de 29 años.

En efecto, en 2003, el 38,2% de los jefes de hogar mayores de 60 años son mujeres, cifra que desciende en la población de 30 a 59 años a 22,0% y en menores de 29 años alcanza a 21,3%.

La proporción en que una mujer adulta mayor es jefa de hogar es muy superior en las mujeres de 76 años y más alcanzando en 2003 al 48,5% de esta población en dicho grupo etario. Esta cifra desciende a 38,1% en los jefes de hogar de 66 a 75 años y a 31,5% en los jefes de hogar de 60 a 65 años.

2.7. Participación y uso del tiempo

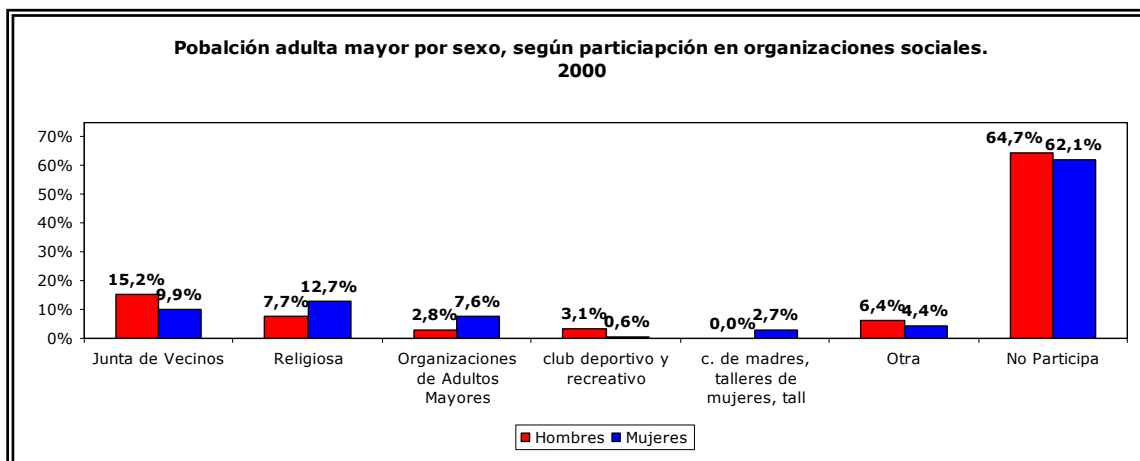
De acuerdo a la información de la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) 2000, cerca del 40% de la población adulta mayor participa en alguna organización social. Queda claro que son dos tipos de organizaciones sociales las que acaparan el interés por participar de los adultos mayores: las organizaciones comunitarias: 12,2% y, por la otra, organizaciones religiosas: 10,5%.



Fuente: MIDEPLAN. CASEN 2000

Organizaciones sociales por adultos mayores según sexo

La desagregación de estos porcentajes por sexo permite constatar que la participación masculina de la población adulta mayor en el tipo comunitario de organización es mayoritaria: 15,2% frente al 9,9% de participación femenina. A la inversa, las mujeres mayores participan en una proporción superior que los hombres mayores en el tipo de organización religiosa: 12,7% y 7,7%, respectivamente.



Fuente: MIDEPLAN. CASEN 2000

El Gobierno entre los años 2000 y 2004 ha promovido la participación ciudadana basándose en cinco ejes orientadores: buen trato; transparencia de la gestión pública; igualdad de oportunidades para la participación; respeto a la autonomía y diversidad de las organizaciones de la sociedad civil; y orientación al ciudadano, priorizando la participación de los destinatarios finales de las políticas, programas y servicios. Con el objeto de impulsar esta dimensión fundamental del Sistema Democrático y avanzar en dicha tarea, fue dictado el Instructivo Presidencial sobre Participación Ciudadana (07.12.00); documento que instruye a todas las reparticiones públicas respecto al sentido y criterios sobre los cuales el Ejecutivo debe fomentar la participación generando espacios, entregando información y estableciendo mecanismos para acoger las preocupaciones, necesidades y propuestas provenientes de la ciudadanía.

Entre los logros conseguidos, (los que no especifican al adulto mayor) destaca la creación de 1.230 espacios de participación en cerca del 48% de las reparticiones regionales.

El seguimiento de estas acciones se realiza a través de trece redes regionales de participación ciudadana y del Sistema de Registro y Monitoreo de la Participación Ciudadana en políticas públicas desde la sociedad civil (SIRMON).

También cabe destacar, a modo de ejemplo, la constitución de 13 redes regionales de participación y una de nivel central, y de 12 planes regionales de participación ciudadana. Asimismo se llevó a cabo un proceso de asistencia técnica y rediseño de 20 políticas y programas públicos, se implementó por primera vez un observatorio para medir la participación de usuarios en los servicios públicos y se creó un Portal Ciudadano, entre otros logros.

Todo lo cual requeriría de un especial esfuerzo de seguimiento y sistematización a fin de conocer la participación de adultos mayores en estas iniciativas.

2.7.1. Participación de los adultos mayores

Los segmentos etarios más envejecidos evidencian un mayor porcentaje de participación en organizaciones sociales: 35,1% frente al 31,0% del tramo comprendido entre los 30 y los 59 años de edad y al 27,7% de participación del segmento menor de 29 años. La Encuesta CASEN también permitió evidenciar que la participación de la mujer mayor (32,0%) supera en cinco puntos porcentuales a la de los hombres mayores.

Los últimos catastros de clubes y organizaciones de adultos mayores realizados por SENAMA demuestran el aumento del número de organizaciones como de participantes. En el año 2003 el número total de Clubes ascendía a 3.435 con una participación de 7.668 personas y en 2005 fue de 9.089.

CHILE - Redes Comunales de Adultos Mayores				
	1998	2001	2003	2005
Adultos Mayores Asociados	108.728	195.049	218.594	245.290
Clubes	3.435	6.094	7.668	9.089
Uniones Comunales	30	144	206	254

Fuente: SENAMA

Se aprecia un incremento importante en la asociatividad de los adultos mayores en 2005 con respecto a los catastros anteriores realizados en 2003, 2001 y 1998. Los adultos mayores asociados aumentan de 108.728 en 1998 a 245.290 en 2005. El número de clubes en tanto sube de 3.435 en 1998 a 9.089 en 2005 y las uniones comunales de 30 en 1998, crecen a 254 en 2005.

CHILE - Asociatividad de los Adultos Mayores por Región, por sexo				
	III Región	VIII Región	IX Región	XII Región
Mujeres Asociadas	85%	68%	63%	75%
Hombres Asociados	15%	32%	37%	25%

Fuente: SENAMA

En las regiones en las que se pudo obtener un registro diferenciado por sexo, las mujeres presentan una asociatividad significativamente mayor a la de los hombres, ellas muestran una gran sociabilidad, que revela su mayoritaria participación cívica y ciudadana.

Dentro del campo de las organizaciones, de las cuales no se tiene información sistematizada, cabe también destacar las organizaciones de consumidores y el Consejo Económico Social comunal, los centros de padres y apoderados, las cooperativas, las ONGs y los programas para el adulto mayor en municipalidades.

En este contexto, el INP ha desarrollado desde hace más de una década una estrecha relación con las distintas organizaciones de pensionados vinculadas al antiguo Sistema de Pensiones que esta institución administra, las que aúnan a más de 250.000 personas a través de 947 organizaciones a nivel nacional acreditadas en el INP de las cuales 55 están presentes en todo el país.

Asimismo, desarrolla un trabajo cercano y sistemático con los Comités de Usuarios de pensionados a nivel nacional y regional.

2.8. La experiencia de envejecer

Es importante mencionar que si se toma como uno de los referentes de estado de ánimo, la auto percepción de la salud, la Encuesta Casen 2003 permitió reconocer en la población mayor de 65 años que ante la pregunta "declara que su salud en general es buena o muy buena" el que menos de un 40% se declarara en esta condición. En contraste, en los menores de 20 años, esta cifra se acerca al 80% y entre las personas de entre 50 y 59 años bordea el 50%.

Por otra parte, ante la pregunta "declara un problema de salud, enfermedad o accidente en los últimos treinta días" el 11,7% de la población declaró haber tenido un problema de salud, enfermedad o accidente en los treinta días.

En la población adulta mayor esta proporción llega al 20,4% y en la población de 76 años y más alcanza a un 25,4%, llegando en este tramo en las mujeres al 26,2%. Ante la situación declarada un 77% consultó. De éstos casi el 70% lo hizo en un centro de salud público o en un centro de urgencia público.

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores

3.1.1. Derechos constitucionales

La Constitución Política de la República de Chile no contiene ninguna declaración referida explícitamente a la población adulta mayor, a diferencia de otras Cartas Fundamentales de Latinoamérica. La razón es que nuestra Constitución está redactada en términos genéricos, no refiriéndose en especial a ningún grupo vulnerable, es así como en su artículo 1º se dispone:

“Las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos”.

Por su parte, el Capítulo III de la Constitución, Artículo 19, consagra los derechos y deberes constitucionales.

En el ámbito de los Derechos Constitucionales, se contempla el Derecho a la Salud y a la Seguridad Social, de la siguiente forma:

Artículo 19 núm. 9: “La Constitución asegura a todas las personas el derecho a la protección de la salud.

El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”.

Artículo 19 núm. 18: “La Constitución asegura a todas las personas el derecho a la seguridad social.

Las leyes que regulen el ejercicio de este derecho serán de quórum calificado.

La acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas. La ley podrá establecer cotizaciones obligatorias.

El Estado supervigilará el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social”.

3.1.2. Leyes específicas²⁰

Ley Nº 18.833 "Estatuto de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar"

Las Cajas de Compensación de Asignación Familiar son entidades de previsión social, constituidas como corporaciones de derecho privado, sin fines de lucro, cuyo objeto es la administración de prestaciones de seguridad social. La Ley 18.833 habilita a los pensionados de cualquier sistema previsional, con excepción de los pensionados de la Caja de Previsión de la Defensa Nacional y de la Dirección de Previsión de Carabineros de Chile, a afiliarse individualmente (los trabajadores activos deben hacerlo a través de sus Instituciones) a cualquier caja de compensación y a obtener los beneficios que éstas otorgan.

La Ley Nº 19.539 de 1997, introduce una importante modificación a la normativa, al señalar en su artículo 16, que los pensionados podrán incorporarse voluntaria e individualmente a una Caja de Compensación, accediendo de este modo a los beneficios de Crédito Social, Prestaciones Adicionales y Prestaciones Complementarias.

Para contribuir al financiamiento de las prestaciones, la ley señala que el pensionado deberá hacer un aporte de hasta el 2% de su pensión mensual. No obstante lo anterior, dicha cotización actualmente corresponde al 1% de su pensión mensual en todas las cajas de compensación.

Pensiones de Jubilación

Ley Nº 10.383: Pensión de Vejez.

Ley Nº 10.383: Pensión de Vejez anticipada por realización de trabajos pesados.

Ley Nº 10.383: Pensiones de **Invalidez**.

Artículo 27º de la **Ley Nº 15.386**; DL 869: **Pensión** de Vejez Asistencia.

Artículo 27º de la **Ley Nº 15.386:** Pensión de **Invalidez** Asistencial.

Beneficios de sobrevivencia

Artículo 41º de la **Ley Nº 10.383:** **Pensión** de Viudez.

Ley Nº 10.383: Pensión de **Orfandad**.

Artículo 27º de la **Ley Nº 15.386:** Pensión de Viudez Asistencial.

Artículo 27º de la **Ley Nº 15.386:** Pensión de **Orfandad** Asistencial.

²⁰ La información incluida en este apartado no cubre la totalidad de los beneficios existentes. Su contenido ha de ser, por tanto, entendido como una visión preliminar, que deberá ser complementada en fases posteriores.

Otros beneficios

D.F.L. N° 243, de 1953: **Indemnización** por años de servicio. Las disposiciones de seguridad social mencionadas hasta aquí corresponden a regímenes en extinción.

DFL N° 90, 11 ENERO 1979: Asignación **por** muerte

Ley 19.578: Bono de Invierno, se otorga todos los **años**, en el año 2005, se otorgó a los pensionados de más de 65 años, que reciban una pensión inferior a \$ 78.214.- El monto del Bono es de \$ 31.298.-

Ley N° 19.539: Señala reajustes especiales a **pensión** de viudez; aumenta monto de las pensiones mínimas.

Ley N° 19.715 (31 de enero de 2001): Favorece a los profesionales de la educación que tengan todos los requisitos para jubilar **en** cualquier régimen previsional.

Ley N° 20.102 (28 de abril de 2006): Concede un reajuste extraordinario de un 10% a las Pensiones más bajas y establece el derecho a recibir en forma automática la pensión asistencial, en caso de cumplir con los requisitos exigidos por el D.L. N° 869.

Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP):

DL 3500; señala las normas del régimen previsional de capitalización individual.

Salud

Ley 18.469, Regula el Derecho Constitucional de la Salud.

AUGE **Ley N° 19.966;** establece un sistema de garantías explícitas en salud, para un listado de enfermedades, dentro de las que se encuentran algunas recurrentes en adultos mayores como el caso de cataratas. Además, dentro de estas enfermedades, se establece también, la provisión de órtesis y prótesis de caderas, entre otras.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)

Ley N° 19.828 de creación del Servicio **Nacional** del Adulto Mayor. Señala en su artículo 1°:

“Las disposiciones de la presente ley tienen por objeto establecer un Servicio Nacional del Adulto Mayor, que velará por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono y la indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le reconocen”.

En términos estrictos, podemos afirmar que la esta ley, del año 2002, es la primera que aborda el tema de los derechos de los adultos mayores en el país, por lo que se constituye como la única norma que explícitamente se refiere al grupo vulnerable adulto mayor, no existiendo hasta ahora otras normativas que lo contemplen.

3.1.3. Leyes sectoriales

En el marco de la **Ley General de Urbanismo y Construcción** durante el año 2005 se realizaron modificaciones a la Ordenanza General de Urbanismo y Construcción del Ministerio de Vivienda y Urbanismo, con el propósito de crear condiciones que favorezcan el desplazamiento de personas con algunas limitaciones físicas, dentro de las que se incluye el adulto mayor.

Se incorpora una norma respecto al concepto de accesibilidad universal: Nuevo decreto Supremo N° 193 del 14 de noviembre de 2005, publicado en el Diario Oficial con fecha 13 de enero de 2006, en el artículo 4.1.7 numeral 4, relacionado con el largo de las rampas y el numeral 10, con los ascensores.

Por último, cabe señalar que mediante **Decreto N° 201 del Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU)** del año 1998, y sus modificaciones (Decreto N° 32 del año 2002) se fijó plazo para cumplir requisitos sobre facilidades para personas con discapacidad en edificios públicos. El MINVU dispone de un catastro de edificios de uso público y de edificios colectivos a nivel nacional para la aplicación de los D.S. 201/1998 y 32/2002 V. y U., sobre la accesibilidad de personas con discapacidad, que puede ser consultado en la página web de este ministerio.

El MINVU desarrolló en años anteriores el Programa de Vivienda para el Adulto Mayor D.S. 62 (V y U 1964, Título VI art. 27 y 28), el que consiste en que "Se podrá destinar 2% del programa anual de viviendas SERVIU a postulantes mayores de 60 años y más". Así también contempla que SERVIU podrá construir viviendas con características especiales. No se exige ahorro en dinero. Se obtiene una Vivienda en arrendamiento o comodato por 2 años renovables.

Sin embargo la política habitacional actual, en términos generales no incluye la ejecución de proyectos habitaciones directamente por SERVIU, de los que se disponía el 2% señalado en el punto anterior. El beneficio otorgado a través de los distintos programas de vivienda consiste en un subsidio (aporte económico) para la adquisición de viviendas. Existen subsidios diferenciados según variable socioeconómica. Entre los criterios de asignación de puntaje para la obtención del subsidio, los programas incluyen la variable adulto mayor (discriminación positiva)²¹.

Por otra parte cabe destacar que el MINVU y los SERVIU entregan atención preferencial a los adultos mayores en sus espacios de atención de usuarios OIRS: los adultos mayores son atendidos en módulos de atención preferencial y en ausencia de estos se los hace pasar directamente sin regirse por el numerador de turno de atención.

²¹ Para mayor información se puede consultar la página www.minvu.cl.

3.1.4. Convenios Internacionales

Si bien no revisten la categoría de tratados, por lo que no requieren de la ratificación del Senado, los siguientes planes, objetivos y declaraciones constituyen importantes instrumentos con los que SENAMA se encuentra trabajando, en el desarrollo de sus políticas:

1982: Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena Plan de Acción Internacional

1991: Principios de las Naciones Unidas para las Personas de Edad

1992: La Asamblea General de Naciones Unidas adopta ocho objetivos globales sobre el envejecimiento para el año 2001

1992: Asamblea General: Proclamación sobre el Envejecimiento

1999: Año Internacional de las Personas de Edad de las Naciones Unidas

2002: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, convocada por Naciones Unidas, realizada en abril, Madrid, España

2003: Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile

Convenios de Seguridad Social:

Son Instrumentos de carácter internacional, suscritos por dos Estados, que tienen por finalidad atender las necesidades de Seguridad Social que enfrentan los trabajadores migrantes que han prestado servicios en uno o ambos Estados Partes del Convenio.

Este tipo de instrumentos, posee gran utilidad para aquellos adultos mayores que se encuentran en la edad legal para jubilar y han realizado actividades laborales formales en algún Estado con el que Chile mantiene vigente un convenio.

Los principales beneficios contemplados por estos instrumentos internacionales, son los siguientes:

- Reconocen la figura del trabajador desplazado, evitando la doble cotización.
- Reconocen el derecho a percibir la pensión fuera del país otorgante, sin disminución, suspensión o extinción de ella.
- Permiten totalizar los períodos de seguro.
- Permiten mantener la calidad de pensionado para adquirir derechos previsionales en el otro Estado.
- Reconocen el derecho a obtener pensión en cada Estado, conforme a su legislación interna.
- Reconocen el derecho a sumar períodos de seguro para acceder a pensión.
- Reconocen el derecho a realizarse exámenes médicos en el país de residencia, para solicitar pensión de invalidez en el otro Estado.
- Reconocen el derecho a presentar solicitudes en el país residente para impetrar beneficios previsionales en el otro Estado contratante.
- Otorgan protección de salud para los pensionados del otro Estado, que residen en Chile, en iguales condiciones que los pensionados chilenos.

CHILE- Convenios de Seguridad Social Vigentes			
País	Fecha de vigencia	País	Fecha de vigencia
Alemania	01/12/1993	Holanda	01/06/1997
Argentina	31-06-1972	Luxemburgo	01/07/1999
Australia	01/07/2004	Perú	01/10/2006
Austria	01/12/1999	Noruega	01/06/1998
Bélgica	01/11/1999	Portugal	01/06/2000
Brasil	01/09/1995	Québec	01/11/1999
Canadá	01/06/1998	República Checa	01/03/2004
Dinamarca	01/09/1995	Suecia	01/01/1996
España	13/03/1998	Suiza	01/03/1998
EEUU.	01/12/2001	Uruguay	01/09/2000
Francia	01/09/2001		

CHILE- Instrumentos normativos a favor de los adultos mayores (*)				
Ámbito	Convenios internacionales	Previsiones constitucionales	Leyes nacionales específicas y sus reglamentos	Leyes nacionales sectoriales y sus reglamentos
Seguridad económica		La constitución chilena está redactada en términos genéricos, sin particularizar los derechos de los adultos mayores. Establece en su Art. 1 que las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dedica el Capítulo III a los derechos y deberes constitucionales.		Ley N° 10.383: Pensión de Vejez. Pensión de Vejez anticipada por realización de trabajos pesados. Ley N° 15.386; DL 869: Pensión de Vejez Asistencial. Ley N° 18.833. Estatuto de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar.
Servicios Sociales			Ley N° 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.	
Salud				Ley 18.469. Regula el Derecho Constitucional de la Salud. Ley N° 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.

Vivienda				
Participación				
Violencia, discriminación y maltrato				

(*) Este cuadro ofrece una visión preliminar y parcial, que será complementada en fases posteriores para incluir información referida a todos los sectores

3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en Chile

3.2.1. Sistema Previsional

Una de las reformas más relevantes realizadas por Chile en los últimos 30 años fue el cambio desde un sistema de reparto hacia el sistema de pensiones basado en la capitalización individual de los ahorros previsionales y la administración privada de estos recursos.

El sistema de reparto está hoy administrado por el Instituto de Normalización Previsional, INP; y el sistema de capitalización individual es administrado por las instituciones privadas denominadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

Instituto de Normalización Previsional

El Instituto de Normalización Previsional (INP), es la entidad pública de previsión, de carácter autónomo, con personalidad jurídica y patrimonio propio, de duración indefinida, que administra y gestiona los antiguos regímenes previsionales en extinción, de las ex cajas de previsión social y otros beneficios previsionales y asistenciales.

Administradoras de Fondos de Pensiones

El actual sistema general de pensiones se basa en la capitalización individual obligatoria del ahorro previsional de los afiliados. Esto significa que cada trabajador afiliado efectúa mensualmente una cotización del 10% de su remuneración, el que es acumulado en una Cuenta de Capitalización Individual que aumenta de acuerdo a los aportes que realiza el trabajador y a la rentabilidad obtenida con la inversión de sus fondos. El dinero acumulado en la cuenta es de propiedad de cada trabajador afiliado y opera como patrimonio independiente de la AFP. El régimen es voluntario para los trabajadores independientes.

El sistema de pensiones y los adultos mayores

En 2003, el 64,8% de los adultos mayores que declararon recibir ingresos por pensiones afirmó que la institución que paga su pensión es el Instituto de Normalización Previsional (INP), un 15,7% indicó que la institución que paga su pensión es una AFP, un 8,6% una Compañía de Seguros y un 6,5% una Caja de las Fuerzas Armadas.

Respecto al año 2000 se observa un incremento de las AFP como instituciones pagadoras, al igual que las Compañías de Seguros y un descenso del INP como entidad pagadora de las pensiones.

En 2003, según información del Instituto de Normalización Previsional (INP) se pagaron 165.150 pensiones asistenciales de vejez o ancianidad. Los resultados de la Encuesta CASEN 2003 muestran que el 54,3% de los beneficiarios adultos mayores de esta pensión pertenecen al primer quintil de ingreso y el 24,1% al

segundo quintil de ingreso. En consecuencia, el 78,4% de los beneficiarios de estas pensiones pertenecen al 40% de los hogares de menores ingresos del país.

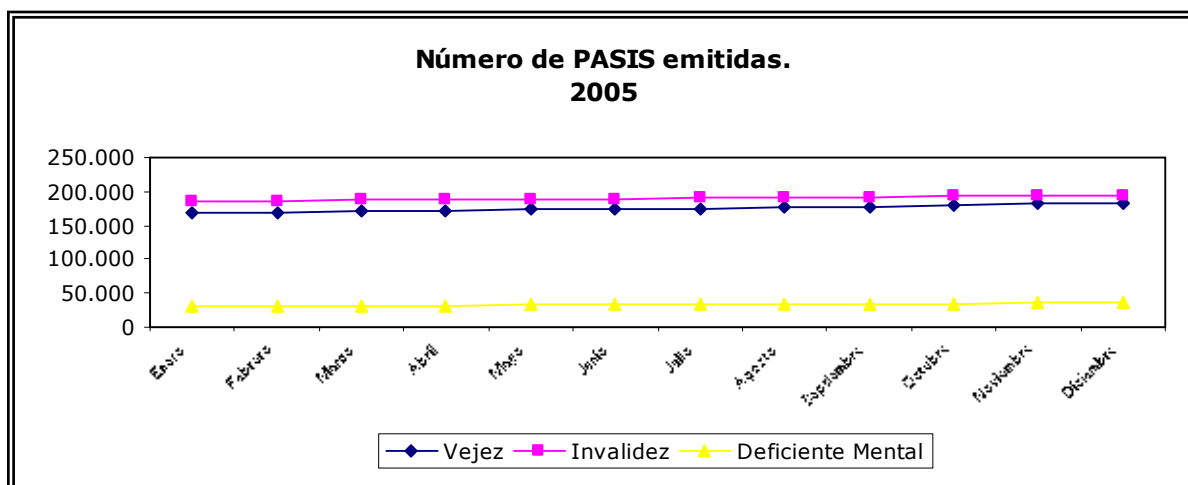
Pensiones asistenciales

La pensión asistencial es una pensión mensual que se otorga a las personas carentes de recursos, que no han podido obtener un beneficio por un régimen previsional. Se financia con aportes enteramente fiscales.

El programa de pensiones asistenciales, conocido como PASIS, no exige requisitos de años de ahorro previo y tiene por fin otorgar pensiones a las personas que no posean ingresos de cualquier tipo o que éstos sean inferiores a 50% de la pensión mínima y, además, se encuentren en alguna de las siguientes situaciones:

- mayores de 65 años,
- inválidas mayores de 18 años, y
- deficientes mentales.

La entrega de estos beneficios se prioriza seleccionando los beneficiarios según los antecedentes proporcionados en la ficha CAS-21 y se entregan mientras el beneficiario se mantenga en las condiciones que dieron origen al otorgamiento del beneficio.



Fuente: SUSESO

Reformas previstas

Por encargo de la Presidencia de la República, durante el primer semestre del año 2006 funcionó un Consejo Asesor para la Reforma Previsional, cuyo informe ha sido entregado a la Presidenta.

En lo principal, dicho informe sostiene que se debe implementar una serie de reformas, que permitan integrar el actual sistema contributivo de pensiones, con un pilar solidario de financiamiento público, que asegure el derecho a una pensión; que se integra con la que se genere vía contributiva y los eventuales recursos que provengan de un pilar complementario, constituido por aportes voluntarios efectuados durante la vida activa del afiliado.

Las reforma al sistema previsional, se encamina a asegurar a todos lo adultos mayores el beneficio de una pensión, por la vía de integrar los regímenes existentes: pensiones contributivas, pensión mínima garantizada y pensión asistencial, expresada en la configuración de tres pilares; pilar solidario, pilar contributivo y pilar complementario.

En el mes de diciembre de 2006, la Presidenta de la República, envió al Congreso Nacional el Proyecto de Ley que perfecciona el Sistema Previsional. En dicho proyecto, se señala que el objetivo central que se busca concretar, es permitir que las personas obtengan ingresos más seguros durante la vejez, para que de esta forma puedan vivir dignamente.

Los principales contenidos del Proyecto de Ley, radican en los siguientes aspectos:

Sistema de Pensiones Solidarias

Se plantea en el Proyecto de Ley, efectuar una reestructuración del actual Sistema Civil de Pensiones, a través de la creación de un Sistema de Pensiones Solidarias, que permita asegurar un grado razonable de protección y autonomía económica para los pensionados

Los mecanismos de este Sistema serán la Pensión Básica Solidaria (PBS) y el Aporte Previsional Solidario (APS).

Nueva Institucionalidad Pública para el Sistema de Previsión Social

El Proyecto de Ley establece el diseño de una nueva institucionalidad, consistente en la creación de un sistema previsional estructurado sobre la base de un sistema contributivo obligatorio, uno voluntario y uno solidario, así como también, en la integración de la política previsional con la de protección social.

Equidad de género y afiliados jóvenes

El Proyecto de Ley, expresa que existen grandes diferencias en la situación de hombres y mujeres en cuanto a la cobertura de pensiones; brecha salarial; división del trabajo reproductivo y doméstico, entre otros aspectos.

Señala además que los resultados de estas inequidades, generan una brecha de ingresos entre géneros en la etapa activa y un resultado previsional particularmente negativo para las mujeres en materias de pensiones. Los principales mecanismos propuestos para impulsar la equidad de género dicen relación con: Bonificación por hijo para las mujeres; Separación del seguro de invalidez y sobrevivencia entre hombres y mujeres; Compensación económica en materia previsional en caso de divorcio o nulidad; Cotización voluntaria; Pensión de sobrevivencia de la mujer al cónyuge hombre no inválido y, Uniformar la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia.

Respecto de los Afiliados Jóvenes, se plantea la creación de un Subsidio a las cotizaciones de los Trabajadores entre 18 y 35 años.

Obligación a cotizar de los trabajadores Independientes

El Proyecto Normativo, contempla un conjunto de medidas destinadas a aumentar la cobertura previsional de los trabajadores independientes.

Adicionalmente, el Ministerio de Planificación Nacional, MIDEPLAN, coordina un proyecto que permita llegar a establecer al año 2010 un programa integral de protección social para al tercera edad.

3.2.2. Entidades responsables y ámbitos prioritarios de actuación a favor de los adultos mayores

El Programa Chile Solidario, del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), contempla una serie de programas que se dirigen hacia la configuración de una red de protección social para la población vulnerable, y dentro de ella, con un énfasis especial, para la población de adultos mayores, quienes son contemplados como sujetos de derecho, que no solo acceden a estos servicios, sino que además son parte integral, activa y funcional de la sociedad.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA, creado por la Ley N° 19.828, de septiembre de 2002, es la institución encargada de la temática de la vejez y el envejecimiento en Chile. Este Servicio se creó como un servicio público, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, sometido a la supervigilancia del Presidente de la República a través del Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor, que velará por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le reconocen, es 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. En especial, le corresponderán las siguientes funciones:

- Estudiar y proponer al Presidente de la República las políticas, planes y programas que deban efectuarse para diagnosticar y contribuir a la solución de los problemas del adulto mayor, velar por su cumplimiento y evaluar su ejecución.
- Proponer, impulsar, coordinar, hacer seguimientos y evaluar programas específicos para el adulto mayor que se realicen a través de la Administración del Estado.
- Incentivar la participación del sector privado en la atención de aquellas necesidades y solución de los problemas derivados del proceso de envejecimiento.
- Fomentar la integración del adulto mayor en el seno de su familia y de la comunidad y promover la inserción social de los adultos mayores de forma que se mantengan activos en beneficio propio y en el de la comunidad.
- Estimular la coordinación del sector privado con el sector público en todas aquellas acciones que digan relación con mejorar la calidad de vida del adulto mayor.
- Prestar asistencia técnica y supervisar a organismos privados con o sin fines de lucro que brinden acogida y atención integral al adulto mayor que facilite su inserción a la sociedad.

- Desarrollar y mantener un sistema voluntario de información de carácter público relativo a los servicios que se presten al adulto mayor.

En este marco, SENAMA ha definido un instrumento para la coordinación intersectorial, la elaboración de un plan de trabajo y el seguimiento de políticas públicas para el adulto mayor.

El **Plan Nacional Conjunto**, definido como la principal herramienta del Gobierno para asegurar la gestión coordinada del sector público orientada a los adultos mayores del país, a partir de la actual gestión inicia una revisión y readecuación del Plan, haciendo coincidir las directrices institucionales dentro del marco del Programa de Gobierno para el periodo 2006 - 2010.

Para el presente Plan se ha estimado necesario incorporar orientaciones estratégicas, que aparte de considerar los principios, valores y objetivos de la Política Nacional para el Adulto Mayor, den cuenta de los compromisos internacionales contraídos por Chile y ratificados con la firma y adhesión a los mismos, entre los que se cuentan: los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de Edad, aprobados por la Asamblea General en 1991; El plan de Acción sobre el Envejecimiento del año 2002; los Compromisos de la Declaración del Milenio en el año 2000 y la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento del año 2003.

Áreas prioritarias de actuación para el período 2006-2010

El objetivo para este período es traducir en acciones concretas la Política Nacional para el Adulto Mayor a través de la interacción, coordinación y cooperación intersectorial orientadas a mejorar la calidad de vida, procurar una vejez activa y fomentar la participación integral de este grupo etario en nuestra sociedad.

Para la consecución del objetivo se formulan las siguientes líneas generales de intervención:

- Generar conocimiento sobre el envejecimiento poblacional y las condiciones de vida en la vejez.
- Promover propuestas legislativas a favor de los derechos y la atención de los adultos mayores.
- Incorporar en el diseño de políticas y programas sectoriales la variable envejecimiento y vejez.
- Desarrollo de planes y programas en el marco de las orientaciones estratégicas definidas para el periodo 2006 - 2010.
- Desarrollo de mecanismos adecuados para la protección de las personas mayores que utilizan los servicios públicos.
- Capacitar al recurso humano de manera permanente en envejecimiento y vejez.

Estas líneas generales son presentadas y consensuadas con los servicios participantes en el Comité Técnico Intersectorial en la jornada del Plan Nacional Conjunto que se realizó el 9 de junio y para el diseño de la intervención se diseñan tres áreas estratégicas con un diseño de matriz, para que los servicios planifiquen su participación e intervención para un periodo de cuatro años, estas son:

Área Seguridad Económica, Participación y Educación

Objetivo General: Proteger los derechos humanos de las personas adultas mayores y crear de las condiciones de seguridad económica, de participación social y educación continua que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas y su plena inclusión en la sociedad.

Área de Fomento de la Salud Integral

Objetivo General: Fomentar el acceso de las personas adultas mayores a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez, la preservación de su funcionalidad y autonomía, y para las personas de edad en instituciones de larga estadía una atención y cuidados eficaces

Área Entorno Favorable, Cultura y Recreación.

Objetivo General: Generar entornos físicos, sociales y culturales que realce sus capacidades y posibiliten el ejercicio de derechos y deberes en la vejez

3.2.3. Acciones específicas

Fondo Nacional para el Adulto Mayor

El Fondo Nacional del Adulto Mayor es un programa desarrollado por el SENAMA, desde la División de Coordinación Intersectorial y Regional, en coordinación con los Comités Regionales del Adulto Mayor (a nivel regional) y con las Gobernaciones (a nivel provincial).

El programa es un Fondo Concursable al que pueden postular agrupaciones de adultos mayores con personalidad jurídica vigente y que entrega un incentivo directo a éstas con el objetivo de desarrollar sus capacidades de autogestión, autonomía e independencia.

Se comienza a ejecutar el año 2003 por un período de tres años a través de dos líneas de trabajo: Iniciativas autogestionadas por adultos mayores e Iniciativas gestionadas por ejecutores intermedios.

Hasta el año 2005 se ejecutaron sólo las Iniciativas Autogestionadas por Adultos Mayores. A partir del año 2006 la ejecución incluye las Iniciativas Gestionadas por Ejecutores Intermedios.

El Fondo Nacional es un programa permanente y de ámbito nacional. Los destinatarios son los adultos mayores organizados con personalidad jurídica vigente y ejecutores intermediarios.

Durante el presente año, las Iniciativas Autogestionadas cuentan con un presupuesto de \$1.358.000.000. Las Iniciativas Gestionadas por Ejecutores Intermedios, tiene un presupuesto este año para desarrollar el piloto en tres regiones del país de \$ 100.000.000.-

Indicadores de resultado

En el período 2003-2005, de un total de 8.286 proyectos presentados al concurso del Fondo, se adjudicó 3.261 lo que equivale a decir que en promedio se ha satisfecho un 39,3% de la demanda generada por los clubes de adultos mayores. En este período, la mayor demanda de proyectos en el país se concentra en la categoría de habilitación y/o equipamiento de sedes (39%). Aparecen en el segundo lugar aquellos proyectos que consideran en sus objetivos las manualidades, trabajo corporal, talleres recreativos (31%).

En este período, la región que presenta más proyectos al Fondo es la Metropolitana, sin embargo es la región en la que porcentualmente se adjudican menos proyectos.

La cobertura de beneficiarios, indica que se ha atendido entre el año 2004 y 2005 de plena ejecución del Fondo a un total aproximado de 97.472 adultos mayores, lo que corresponde a un 85,1% de la meta de cobertura de beneficiarios programada.

La cobertura proyectada para el período 2004-2006 (171.718 personas) representa a un 10% de la población total de AM del país y a un 63% de la población potencial de AM organizados, dado que se proyecta que los adultos mayores organizados al 2006 alcanzarán una cifra de 272.000 personas.

En cuanto a las metas de atención en el caso de los proyectos adjudicados a clubes, SENAMA proyecta beneficiar a 3.000 clubes para el período 2004-2005. La cobertura lograda excede la meta y corresponde a un 101,6%.

La cobertura de clubes proyectada para el período 2004-2006 (3.000) representa a un 36,8% de la población total de Clubes del país catastrados en el año 2005 del país y a un 38% de los clubes que presentaron proyectos al Fondo.

Voluntariado de Adultos Mayores

Convenio de colaboración entre el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) y FOSIS, cuyo objetivo es integrar a los Adultos Mayores, fortalecer su funcionalidad comunitaria y social, y el diálogo intergeneracional mediante el aprovechamiento de su experiencia socio-laboral. El programa consiste en la prestación de apoyo escolar por parte de adultos mayores, en especial profesores jubilados, a niños y niñas vulnerables pertenecientes al programa puente de Chile Solidario.

Resultados:

En su primer año de ejecución, el proyecto se implementó en las comunas de Maipú (11 voluntarios que atendieron a 16 niños) y Puente Alto (5 voluntarios los que trabajaron con 6 niños). Contó con un presupuesto de \$3.450.000 (tres millones cuatrocientos cincuenta mil pesos).

Posteriormente en el año 2005 el voluntariado se implementó en las comunas de Viña del Mar-Valparaíso, Rancagua, Curicó, Hualpén, La Florida y Puente Alto. Participaron un total de 62 voluntarios adultos mayores entre 60 y 81 años de edad y 104 niños y niñas de educación básica, principalmente alumnos entre 4º y 6º año. Contó con un presupuesto de \$12.000.000 (doce millones de pesos).

Se proyecta que para los siguientes años, este programa se amplíe a otras comunas, de hecho ya se ha aplicado en Coquimbo y La Serena.

Se realizaron *focus group* con los adultos responsables, los niños y los voluntarios. Además se trabajó con documentos, como los informes mensuales de actividades de los voluntarios, y se complementó la información con un cuestionario aplicado a los profesores jefes de los alumnos participantes. Los resultados de la aplicación de estos instrumentos muestran lo siguiente:

Desde un punto de vista cuantitativo, el 60% de los alumnos mejoró su atención en clases, un 66% mejoró su relación con el profesor y un 57% mejoró su rendimiento escolar en general.

Este programa también tuvo sus efectos en los padres y apoderados de los niños participantes, es así como el 51% de ellos mejoró su relación con el profesor jefe y el 46% de ellos, aumentó su compromiso con el proceso educativo de su pupilo.

Desde un punto de vista cualitativo, las estructuras de significación declaradas por apoderados, alumnos y voluntarios, muestran que los adultos mayores lograron un reconocimiento a su labor por parte del establecimiento educacional, la familia y sobre todo de los niños; además de la satisfacción personal de sentirse útiles, queridos y sobre todo funcionales al desarrollo de los niños.

Programa de Intervenciones Innovadoras para el Adulto Mayor (PIIAM)

Este es un programa financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo y por el Gobierno de Chile, que tiene por objetivo innovar y mejorar la entrega de servicios públicos para los adultos mayores y la capacidad de la demanda organizada de éstos. Este programa contribuiría a que los adultos mayores accedan de manera equitativa y no discriminatoria a los servicios de salud, educación, cultura, y otros provistos por entidades del sector público de Chile, promoviendo una participación mayor, más calificada y responsable de sus organizaciones sociales.

Sus componentes, se orientan a fortalecer institucionalmente a SENAMA; mejorar la coordinación intersectorial y regional de la oferta pública de servicios para el adulto mayor; promocionar y desarrollar el valor social y la ciudadanía activa del adulto mayor y desarrollar modelos innovadores de atención local para el adulto mayor.

El PIIAM había logrado generar, para diciembre de 2005, los siguientes avances, ordenados según los componentes y subcomponentes definidos para el programa; y operacionalizados según una batería de indicadores de avance construidos en referencia a estos componentes:

CHILE- Avances en la implementación del PIIAM (Período Julio-Diciembre 2005)			
COMPONENTE	SUBCOMPONENTE	INDICADOR	ESTADO
Fortalecer la Institucionalidad del SENAMA	1.1- Fortalecer la Estructura y Sistema Central	SENAMA ha diseñado su organigrama y puesto en marcha la adecuación organizacional	Se ha diseñado el organigrama y aprobado los manuales solicitados. El medio de verificación se encuentra en trámite.
Promover y Desarrollar el Valor Social y Ciudadanía Activa del Adulto Mayor	3.1- Fortalecer las Uniones Comunales de Adultos Mayores	Al menos 30 Cabildos realizados.	Se realizaron 74 cabildos en todo el país. Se cuenta con informe final al 30 de diciembre.
	3.3- Desarrollar la Comunicación Social del Valor del Adulto Mayor	Se ha aprobado el Plan de Medios que apoya la estrategia comunicacional del SENAMA.	Se ejecutó el Plan de Medios del año 2005 y se ejecutó una asesoría comunicacional en dos hitos. El medio de verificación se encuentra en trámite.
Desarrollar Modelos Innovadores de Atención Local para El Adulto Mayor	4.1- Innovar en la Atención Local al Adulto Mayor. 4.1.B- Experiencias Pilotos de Mejoramiento de Atención Comunal para los AM (precedente para la generación del modelo de "Buenas Prácticas" de Innovación).	20 Planes de Trabajo formulados por el municipio, pertinentes y aprobados por el SENAMA.	Se han formulado 19 planes de trabajo de los municipios, los que están siendo analizados por el SENAMA para su aprobación. Aprobación pendiente.
	4.1.D- Empoderamiento del Adulto Mayor	Se realizarán al menos 18 Talleres Participativos con adultos mayores en los municipios donde ocurren las experiencias pilotos.	Se realizaron 19 talleres participativos, los que sirvieron de base para la realización de los diagnósticos comunales. El medio de verificación se encuentra en elaboración.

Fuente: Programa PIIAM, SENAMA

Ayudas técnicas a Establecimientos de Larga Estadía

SENAMA ha implementado, a través de un convenio con el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), un programa de entrega de ayudas técnicas a Establecimientos de Larga Estadía sin fines de lucro. Durante el año 2003, primer año de ejecución, se benefició a un total de 66 hogares; en el año 2004 la cobertura fue de 91 establecimientos y durante el 2005 los hogares beneficiados fueron 112 a lo largo de todo el país.

CHILE-Ayudas Técnicas a Establecimientos de Larga estadía (unidades)			
Tipo de ayuda	2003	2004	2005
Bastones	80	100	170
Andadores	120	100	217
Muletas	70	0	66
Sillas de rueda	390	250	406
Cojines antiescaras	0	250	428
Colchones antiescaras	0	350	350

Fuente: Centro de documentación SENAMA

CHILE-Total de Ayudas técnicas			
	2003	2004	2005
Total de Ayudas Técnicas (unidades)	660	1.050	1.637
Total Aporte (millones de pesos)	36	116	128

Fuente: Centro de documentación SENAMA

Ha existido un incremento significativo en las transferencias de ayudas técnicas por parte de SENAMA y FONADIS hacia los Establecimientos de larga Estadía, de esta forma, de 2003 a 2005, se aumentó de 600 a 1.637 unidades, y en términos monetarios, de 36 a 128 millones de pesos.

Campaña por el Buen Trato al Adulto Mayor

Impulsada por el Hogar de Cristo, SENAMA e INP. La campaña se orienta a comunicar una imagen de adulto mayor digno, autovalente y que es capaz de realizar aportes a la sociedad; el objetivo que se busca, es motivar el buen trato hacia los adultos mayores que se encuentran en condiciones precarias. La campaña cuenta con la participación de actores, músicos y personajes mayores reconocidos, lo que contribuye además a generar una imagen positiva de la vejez y favorece el reconocimiento de los valores que otorga la experiencia y la edad.

Fono Atención

SENAMA ha habilitado un teléfono en cada región, para que los vecinos y la comunidad en general puedan dar cuenta de casos de adultos mayores que viven solos y en vulnerabilidad o condiciones de maltrato. El proceso de denuncia continúa con la derivación a la municipalidad correspondiente, para que visiten, diagnostiquen y atiendan cada uno de los casos, con seguimiento por parte de SENAMA. Este trabajo ha sido concordado con la Asociación Chilena de Municipalidades y cuenta con el apoyo del Programa de Atención Integral de Chile Solidario.

Escuelas de dirigentes

Una manera de trabajar en el fortalecimiento de las uniones comunales y organizaciones de adultos mayores, es a través del desarrollo de programas de capacitación que apunten al fortalecimiento de los roles de los dirigentes y de su organización. Ello permite que los dirigentes tengan mayor información, apliquen

metodologías y técnicas en el trabajo en sus organizaciones, en función de promover la participación activa, el empoderamiento y las destrezas tanto en la generación de propuestas como en la conducción de las mismas, todas ellas plasmadas en los planes de trabajo comunales de sus respectivas organizaciones.

Es en este marco, que para el año 2006 y 2007 se planteó el funcionamiento de Escuelas permanentes para Dirigentes de clubes y Uniones Comunales del Adulto Mayor.

El objetivo primordial de estas escuelas, es mejorar las capacidades de gestión y organización de los adultos mayores, a través de actividades de capacitación, orientado a dirigentes de uniones comunales y clubes de adultos mayores.

CHILE- Escuelas de Dirigentes Adultos Mayores		
Región	Nombre de la Escuela	Número de Participantes
I región	"Escuela de capacitación del Adulto Mayor para aprender a vivir en integración "(Provincia de Iquique)	100
	Escuela de formación de emprendimiento adulto mayor, EFEDAM"	115
II región	"Adultos Mayores informados, adultos mayores organizados"	120
III región	Escuela experimental del Dirigente Adulto Mayor	100
IV región	Sembradores del presente y del futuro para nuevas generaciones	300
V región	Aprender para enseñar	190
VI región	Nunca es tarde para aprender	250
VII región	Nunca es tarde para aprender	100
VIII región	La Universidad de los Años	168
IX región	Escuela de líderes de adultos mayores	200
X región	Adultos Mayores en acción	210
XI región	Uniendo la Carretera	120 (estimado)
XII región	Universidad de la vida	150
R.M.	Sembrando esperanzas	315
Total de Participantes		2.158

Fuente: SENAMA

En estas escuelas participaron, durante el año 2005, 2.158 dirigentes adultos mayores.

Comités técnicos Regionales

Es una instancia operativa y técnica de todas aquellas acciones encomendadas por el Comité Regional para el Adulto mayor, establecidas por el SENAMA, tendientes a la implementación de la Política Nacional del Adulto Mayor y el Plan Nacional Conjunto.

Está integrado por representantes de los distintos servicios públicos que implementan acciones, planes y programas hacia el adulto mayor en la región, y por profesionales de las Secretarías Regionales Ministeriales pertenecientes al Comité Regional.

Entre sus objetivos centrales, se encuentran los siguientes:

- Orientar acciones considerando la necesidad de identificar las políticas multisectoriales y la conveniencia de definir orientaciones transversales para el tratamiento de la temática del adulto mayor, con el propósito de generar alianzas con diferentes servicios públicos.
- Realizar un cruce de materias relacionadas con el adulto mayor, considerando como base la estrategia de desarrollo regional, la Política Nacional del Adulto mayor, el Plan Nacional conjunto y el Informe de los Cabildos en la región.
- Asesorar al Comité Regional para el Adulto Mayor, en todo lo relativo a las acciones, planes y programas regionales, establecidas previamente por el Servicio Nacional del Adulto mayor.

Programa Vínculo

El programa Vínculo (MIDEPLAN-SENAMA) o programa integral para el Adulto Mayor, se enmarca dentro de la red de protección social que está instalando el programa Chile Solidario de MIDEPLAN, y constituye el primer paso hacia la consolidación de una política social definida, donde el Estado apoye a los adultos mayores que viven solos y en situación de indigencia o pobreza.

El objetivo general del programa se orienta a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de hogares unipersonales que viven en condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad, de manera que superen dicha condición. El programa piloto se encuentra en su fase final de despliegue, habiéndose implementado en 25 comunas y 9 regiones del país, logrando una cobertura de 2.450 adultos mayores.

Los objetivos operacionales se dirigen a implementar un programa de Apoyo Psicosocial, tendiente a mejorar las condiciones de calidad de vida de los adultos mayores que participan del Sistema de Protección Chile Solidario; garantizar conforme a lo establecido en la Ley Chile Solidario los subsidios destinados a los adultos mayores, así como todas las prestaciones sociales que forman parte del sistema de protección social para este segmento de la población; y finalmente potenciar la vinculación de los adultos mayores participantes del Programa con su entorno inmediato (barrio-comuna), mediante el fortalecimiento de las redes existentes en el territorio local.

Red de encargados municipales

Dentro de la lógica de descentralización del Estado, está la institución del municipio, entendido como un agente de desarrollo local, capaz de procurar, tanto el bienestar general de su comunidad, como de su desarrollo participativo, cívico y político. Con el crecimiento poblacional de los adultos mayores y las demandas de estos, prácticamente todos los municipios del país están desarrollando acciones hacia este grupo humano.

En el desarrollo del tema a nivel local, surge de manera preponderante la figura del encargado municipal del programa adulto mayor, quien implementa las políticas nacionales y comunales dirigidas a este grupo etario, además de tener relación directa con las uniones comunales de adultos mayores y los clubes.

CHILE, Estado de situación de la red de encargados municipales		
Región	Red de encargados Municipales	Objetivo
I	Sin red de encargados municipales	
II	Red permanente, reuniones mensuales	Objetivo: Mes del Adulto Mayor y Vivir la Vida
III	Red permanente de encargados, representantes de Gobernaciones Provinciales, las reuniones son provinciales y regionales.	Objetivo: Supervisión de proyectos FNAM
IV	Red permanente de trabajo, encargados municipales, gobernaciones y representantes de servicios, reuniones provinciales mensuales	
V	Red permanente de trabajo con los encargados municipales y Provinciales, reuniones provinciales mensuales	Objetivo: Supervisión de proyectos.
VI	Red permanente, reuniones regionales mensuales	Objetivo: Vivir la vida, Seminario Nacional de Encargados Municipales convocado por SENAMA.
VII	Red permanente, reuniones provinciales mensuales	Objetivo: Supervisión de proyectos, informar sobre Evento Encuentro Nacional de la Actividad Física.
VIII	Red permanente con los encargados municipales, se reúnen una vez al mes, son reuniones provinciales	
IX	Trabajo permanente con la red, las reuniones son provinciales	Objetivo: Mes del Adulto Mayor y Vivir la Vida
X	Mesa técnica de encargados municipales en cada una de las provincias	
XI	No cuenta con red de encargados municipales	
XII	Existe un trabajo de apoyo con la municipalidad de Punta Arenas	
R.M.	Red de encargados municipales permanente, se reúnen todos los meses	

Fuente: SENAMA

Programa de Turismo para el Adulto Mayor

El Servicio Nacional de Turismo (Sernatur) y SENAMA, han implementado una serie de programas orientados a conseguir espacios donde los Adultos Mayores encuentren la posibilidad de acceder a servicios turísticos, donde cuenten con la posibilidad real de conocer el país, acceder a espacios de recreación y esparcimiento, en los cuáles accedan a los beneficios físicos, psíquicos y sociales que aporta el turismo.

En cuanto a los programas que se han llevado a cabo, destaca, por su amplia cobertura, el Programa de Vacaciones para la tercera edad, que cuenta con traslado (en avión, bus o tren) y estadía (hoteles, hostales o cabañas, de categoría tres o cuatro estrellas) según el destino elegido.

El periodo de estadía en todos los destinos del programa es de 8 días y 7 noches (salvo el caso del paquete turístico Santiago – Viña del Mar, en bus, cuya estadía es de 6 días y 5 noches). Contempla régimen de pensión completa (desayuno,

almuerzo y cena); la realización de actividades recreativas, deportivas y culturales en el lugar, además de atención médica y paramédica para cada viajero al interior del establecimiento de alojamiento (1 hora diaria por establecimiento), y un *City Tour* en cada uno de los destinos del Programa, a esto se debe agregar la existencia de un Seguro contra accidentes.

También destaca el Programa de Turismo para el Adulto Mayor, que está compuesto por tres acciones específicas:

Talleres de Capacitación Turística para el Adulto Mayor, que tienen por finalidad otorgar conocimientos y destrezas en el ámbito turístico a grupos de adultos mayores de todo el país, con el objeto de que éstos generen actividades turísticas para su beneficio y el de sus pares, y puedan de ese modo aprovechar los múltiples beneficios que el turismo puede aportar. Existen dos modalidades de talleres de capacitación:

- Talleres de capacitación turística básica, que están abiertos a cualquier adulto mayor dispuesto a participar.
- Talleres de capacitación turística avanzada, destinados a líderes de agrupaciones de adultos mayores ya capacitados en el nivel básico.

Encuentro Nacional de Turismo Para el Adulto Mayor, con el que se busca:

- Incentivar el deseo de viajar y conocer el país.
- Encuentro entre adultos mayores interesados en conocer y disfrutar los beneficios que genera el turismo.
- Intercambio de experiencias entre adultos mayores que han realizado actividades turísticas.
- Encuentro y la capacitación de monitores turísticos.

Cartilla de Ofertas para El Adulto Mayor, disponible en la página web de Sernatur, que tiene como objetivo facilitar el acceso del adulto mayor al turismo, propiciando que empresas turísticas generen ofertas especiales para ellos entre los meses de abril y diciembre de cada año (temporada turística media y baja), para de este modo lograr una atención preferencial para las personas mayores y favorecer una mayor utilización de la infraestructura turística en dichos meses.

Instituto de Normalización Previsional.

El Instituto de Normalización Previsional, además del pago de pensiones, entrega prestaciones complementarias definidas en programas y beneficios que buscan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores pensionados, favoreciendo su integración social y un envejecimiento exitoso.

En su preocupación permanente por contribuir al quehacer gubernamental desde el ámbito de la Seguridad Social, desarrolla acciones con el objeto de favorecer la integración de sus pensionados y usuarios adultos mayores y personas con discapacidad de nuestro país, de los cuales cerca del 80% de ellos se encuentran vinculados al Instituto.

El año 1997 se creó una unidad especial denominada División de Servicios Sociales, dirigida a coordinar y desarrollar programas y acciones orientadas para estos fines, en el entendido que tanto los adultos mayores como las personas con discapacidad

se encontraban, por diversas condicionantes, en situación de vulnerabilidad. Posteriormente, en el año 2002, esta unidad pasa a ser la División de Programas y Beneficios Sociales, la que hasta hoy tiene a su cargo la tareas de implementar diversas estrategias de intervención mediante el desarrollo de programas y acciones focalizadas hacia los pensionados y usuarios adultos mayores del INP a lo largo del país.

Hoy, la gestión del INP busca privilegiar el trabajo en complementariedad con el ámbito público y privado, desarrollando acciones que fomenten la participación e integración social de los pensionados adultos mayores.

En la actualidad, las líneas de trabajo son las siguientes:

1) **Programas nacionales de desarrollo personal y cognitivo**

Mediante una estandarización de metodologías a partir de la fijación de líneas de acción comunes a todas las regiones del país y desarrollo de material educativo especialmente dirigido para adultos mayores, se ha logrado una ampliación consecutiva de la cobertura de los programas y acciones que se implementan, participando en ellos más de 200.000 personas durante el año 2005. Entre estos programas se cuentan:

Programa "Del lápiz a las teclas"

Este programa se compone de cuatro talleres:

- *Lectoescritura*: busca entregar elementos básicos de lectoescritura a los adultos mayores pensionados, analfabetos puros o por desuso, con el objetivo de ayudarlos a insertarse mejor en la sociedad, conociendo mejor sus derechos y deberes como ciudadanos.
- *Reactivando la Palabra*: tiene como objetivo reactivar y reforzar la capacidad de la palabra tanto oral como escrita, la comprensión lectora y la creatividad de los adultos mayores.
- *Internet*: Es un curso de alta demanda que permite a los pensionados obtener destrezas en el uso del computador, para navegar en Internet y usar el correo electrónico.
- *Word*: en este curso se entregan elementos básicos para el uso de este procesador de textos. Es un curso especialmente diseñado para la tercera edad y está orientado especialmente a quienes gustan de escribir y a quienes desean profundizar aún más en el uso de herramientas tecnológicas.

Programa "Expresión y desarrollo personal":

Este programa nace el presente año 2005 y se compone de diferentes talleres:

- *Bailes de salón*: es una actividad que convoca a muchos adultos mayores y que colabora a su socialización a partir de la interacción en torno a música que ha marcado la época que los mismos adultos mayores han definido como propia.
- *Pintura*: taller que contribuye directamente al desarrollo personal de los participantes mediante el despliegue de las potencialidades artísticas en el ámbito de la pintura, además de ser un importante generador de procesos creativos.

- *Rompiendo Mitos*: constituye una experiencia innovadora dentro de la línea de talleres, donde se abordan tres temáticas fundamentales para los adultos mayores: la memoria, la sexualidad y el duelo. En base a éstos, se busca cuestionar los mitos asociados a la vejez, desde la perspectiva de los propios adultos mayores.
- *Comunicación efectiva*: El principal objetivo del taller es que los adultos mayores logren comprender y valorar la importancia de la comunicación como instrumento primordial de los procesos de socialización, así como las formas de comunicación verbal y no verbal en las relaciones humanas, y que ello contribuya a un mejor desempeño de los adultos mayores en los lugares donde habitualmente se desenvuelven.
- *Alimentación Saludable*: este taller difundir los conceptos básicos de alimentación saludable para que los adultos mayores lo incorporen en su estilo de vida logrando disminuir los factores de riesgo de enfermedades metabólicas como la Diabetes, hipercolesterolemia e hipertensión arterial.

Programa "Gente Activa":

Es un programa orientado a la promoción de la salud que facilita el acceso a la realización de actividad física mediante el desarrollo de actividades deportivo - recreativas en las dependencias del INP y de organizaciones colaboradoras, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de la población beneficiaria y favoreciendo el mantenimiento y/o recuperación de su autonomía.

Las actividades son especialmente diseñadas para adultos mayores, y buscan mejorar la capacidad aeróbica, fuerza muscular de brazos y piernas, movilidad articular y coordinación. Son dirigidos por un profesor de educación física o un monitor y tienen una duración mínima de 3 meses con una frecuencia mínima de 2 veces a la semana. Algunas disciplinas son: Gimnasia para el Adulto Mayor, Gimnasia Entretenida, Tai Chi, Yoga, Baile entretenido, entre otras. Se desarrolla en todas las regiones del país.

Estos talleres se realizan gracias al financiamiento entregado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Programa de actividades orientadas a la recreación, cultura y ocio:

Se orienta al desarrollo de actividades para fomentar el buen uso del tiempo libre, entre las que se destacan actividades de promoción turística, espectáculos y talleres. Estas acciones están destinadas a generar instancias que permitan mostrar los talentos y desarrollar la creatividad de los pensionados. Se destacan, entre ellas, el festival de la voz y el concurso nacional de pintura para adultos mayores pensionados del INP.

Asimismo se desarrollan eventos culturales tales como ciclos de cine, teatro, música, etc. Cabe también señalar que son parte integrante de este quehacer los talleres que recogen las particularidades e intereses regionales y locales, entre los que se cuentan talleres de manualidades, carpintería, cocina y otras expresiones artísticas.

2) Participación e integración

a) Casas de Encuentro:

Desde el año 1999 se han implementando casas del INP donde los adultos mayores pueden encontrar un espacio propio donde pueden realizar sus actividades propiciando con ello su integración social. Actualmente se cuenta con 29 Casas de Encuentro para adultos mayores pensionados, las que se reparten a lo largo del territorio nacional.

Estas Casas del INP constituyen un instrumento público para estimular y motivar la integración social de los adultos mayores ya que en ellas se desarrollan los programas existentes a nivel nacional.

b) Trabajo con organizaciones:

Se busca generar iniciativas que fomenten y fortalezcan la organización de adultos mayores, como una forma facilitar su acceso en igualdad de oportunidades a la oferta existente y con ello propender a un envejecimiento activo, participativo y exitoso. Para el logro de esto, se desarrollan encuentros regionales de organizaciones de dirigentes de pensionados, en los que se les capacita en base al manual "Fortaleciendo la organización", creado por el INP especialmente para estos fines. Además, se actúa como canal de comunicación entre las organizaciones de adultos mayores pensionados del INP, atendiendo a las 940 organizaciones regionales acreditadas y a las 55 de carácter nacional, otorgándoles atención personalizada, capacitación, entrega de información y apoyo a la gestión.

c) Discapacidad:

El INP se vincula con aproximadamente 350.000 personas que reciben pensiones de régimen y asistenciales cuyo origen es invalidez (discapacidad), entregándoles atención personalizada a ellos o sus representantes, en los distintos lugares de atención con que cuenta el INP: 64 sucursales, 101 plazas bancarias, 74 centros de atención y cientos de centros de pagos rurales a lo largo del país.

Desde el año 1999 la División Programas y Beneficios Sociales desarrolla acciones dirigidas a este grupo, especialmente como intermediador en la gestión de ayudas técnicas y en la preocupación por la mejora en la atención de público. Para contribuir al desarrollo de oportunidades y mejora en la calidad de vida de los pensionados y usuarios del INP que presentan algún grado de discapacidad se desarrolla un programa de acceso ayudas técnicas, el cual mediante un convenio de colaboración con el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), actúa como intermediario en la entrega en comodato de ayudas técnicas (sillas de ruedas, bastones, lentes intraoculares, audífonos, etc.) a personas con discapacidad, las cuales son financiadas por el Fondo Nacional de la Discapacidad.

En este mismo campo de acción, se realizan distintos programas de capacitación a funcionarios que atienden público en temas específicos de discapacidad.

Prevención y difusión

Como complemento a las líneas de trabajo ya descritas, y de forma de entregar una oferta que apunte a una mejora integral de la calidad de vida de nuestros pensionados, desde el INP se desarrollan campañas y operativos de salud orientados a entregar capacitación, información y controles médicos a los

pensionados en el ámbito de la salud, entre las cuales se destacan "Por un corazón saludable", destinado al control de la presión arterial; "Alimentación saludable", orientada al fomento de estilos de vida saludables, "Buen trato", que el 2006 estuvo dirigida a los cuidadores de adultos mayores en situación de dependencia; y operativos oftalmológicos y de prevención de cáncer prostático. Se considera también en esta línea, la colaboración prestada al Ministerio de Salud para la Campaña de Vacunación antigripal, mediante la cual se vacunan la gran mayoría de nuestros pensionados. Estas campañas han logrado llegar directamente a más de 140.000 pensionados.

Aumento de ingresos por ahorros

La ejecución de prestaciones complementarias de la seguridad social responde a una concepción moderna de la misma, lo que implica, en una visión global, la protección de la persona en función de la promoción de la igualdad de oportunidades y la integración social, considerando para ello también prestaciones en el ámbito económico. En este sentido, a fin de dar cumplimiento a los objetivos que contienen estos conceptos, se han generado una serie de alianzas públicas y privadas que nos acercan a ellos desde una mirada de colaboración permanente, buscando la eficiencia y eficacia del trabajo de los servicios públicos comprometidos en las distintas acciones.

En especial tratándose de beneficios, estos se asocian a mejorar la accesibilidad a precios y condiciones preferentes de bienes y servicios que sean prioritarios para nuestros adultos mayores.

Estos bienes y servicios dicen relación con distintos ámbitos de interés y necesidades, como lo es el acceso a bienes y eventos culturales, viajes, apoyo médico y farmacológico, vestuario, recreación, etc., y se traducen en un aumento indirecto de los recursos económicos de los adultos mayores, ya que generan un descuento que se ve traducido en los ingresos que finalmente disponen los adultos mayores.

Cajas De Compensación de Asignación Familiar

En la actualidad, las Cajas en su conjunto poseen 2.737.000 trabajadores afiliados, de los cuales, 885.000 son pensionados. La pensión promedio de los adultos mayores pensionados afiliados, es de US\$ 204.

Principales prestaciones que reciben los afiliados pensionados:

Crédito Social. Préstamos en dinero para cubrir necesidades del adulto mayor de su grupo familiar. Los plazos por los que se otorga este crédito son de hasta 60 meses. A la fecha existen más de 55.000 colocaciones de crédito, por un monto total de 24.540 millones de pesos.

Beneficios no retornables. Estos beneficios consisten fundamentalmente en prestaciones que no deben ser pagadas por el pensionado afiliado o el pensionado cancela una parte menor del costo total de la prestación, siendo los más importantes, entre otros: bonificaciones para lentes y audífonos; uso de centros campestres; atención médica y dental; prestaciones por natalidad, matrimonio, muerte y estudios; y, convenios de descuentos. Destacan en este sentido los programas de salud, con 142.105 atenciones, e inversiones por 571.869 millones

de pesos, y el acceso por parte de los afiliados a las cajas a 163 centros médicos y clínicas dentales.

Turismo. La acción en este sentido contempla más de 100.000 personas al año (trabajadores y pensionados afiliados y sus familiares) participando en actividades de turismo dentro del país. Destacan además, las más de 3.000 personas que, a través de las CCAF pueden realizar actividades de turismo hacia el extranjero. Debido a que cuentan con mayor tiempo libre, gran parte de los beneficiarios de estas prestaciones son precisamente adultos mayores.

Actividades recreacionales y buen uso del tiempo libre. Las Cajas de Compensación realizan anualmente actividades culturales, deportivas y recreativas a las que asisten, en total, más de 800.000 personas, gran parte de ellas pensionados afiliados. Las Cajas de Compensación, cuentan en la actualidad, con cerca de 100 centros culturales, recreacionales o deportivos propios, en los que ofrecen este tipo de prestaciones, destacando las siguientes actividades:

- Cursos: idiomas, cocina, computación, repostería, baile y manualidades, entre otros.
- Piscinas: hidrogimnasia, cursos de natación, etc.
- Gimnasios y centros deportivos: programas especiales para adultos mayores.
- Eventos: shows musicales, obras de teatro y otros.
- Charlas: sobre temas de interés.

Asesoría y financiamiento microempresa. Estas acciones están encaminadas a asesorar al afiliado pensionado que desea emprender algún negocio para mejorar su situación socio económica en la evaluación y estudio del proyecto, además de prestarle asesoría legal y técnica durante la puesta en marcha. También aquí está presente la posibilidad de otorgar un crédito para la puesta en marcha.

3.3. Actuaciones en el ámbito de la salud.

Programas de Formación

La necesidad de generar recursos humanos para el adulto mayor ha aumentado considerablemente en los últimos años, ello debido al envejecimiento de la población del país y al consecuente incremento de la demanda por servicios especializados. Como respuesta a ello, algunas universidades han comenzado a formar a expertos en temas geriátricos y gerontológicos. La Universidad Católica de Chile (UC) cuenta con una serie de programas orientados a capacitar a este tipo de especialistas.

La Universidad Católica cuenta con uno de los tres únicos centros de geriatría y gerontología de América designados como colaboradores de la OMS, los otros dos se encuentran en Brasil y Estados Unidos. El centro tiene como objetivos primordiales el entrenamiento de profesionales en Medicina Geriátrica y también en Gerontología Social; promover la excelencia en Geriatría desarrollando convenios con otros países latinoamericanos que entrenen en esta disciplina a profesionales postgraduados; desarrollar proyectos y evaluaciones en la comunidad sobre salud para las personas mayores y producir material educativo en español y/o traducir literatura internacional sobre el cuidado de las personas mayores.

Además, las Universidades de Concepción, Católica del Norte y de Chile, cuentan con una serie de cursos, diplomados y títulos orientados a la capacitación y especialización de recursos humanos en geriatría y gerontología, los que se resumen en el siguiente cuadro.

CHILE- Logros en Recursos Humanos para la atención del Adulto Mayor
Postítulos, especializaciones y cursos
Postítulo en enfermería del Adulto Mayor (UC)
Subespecialidad en Geriatría para Médicos (UC)
Especialidades Médica en Geriatría (Universidad de Chile)
Magíster en Enfermería con especialidad en autocuidado y envejecimiento Saludable (Universidad de Concepción)
Postítulo en Enfermería Gerontogeriatría (UC)
Postítulo de Especialización en Enfermería Geriátrica (Universidad de Chile)
Postítulo en Gerontología. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Chile
Gerontología general para profesionales. Centro de Educación a distancia TELEDUC (UC)
Diplomado en gestión para la calidad de vida del adulto mayor. Para profesionales. Centro de Educación a distancia. Universidad Católica del Norte
Diploma Atención Gerontológico para profesionales (UC)
Curso de cuidados de enfermería de adulto y adulto mayor (UC)
Diplomado en Geriatría y Gerontología para profesionales del área de la salud o Ciencias Sociales. Universidad de Concepción
Diplomado en Gerontología. Escuela de Ciencias Sociales. Universidad de Chile
Generación de conocimiento, información e institucionalidad
Centro de Geriatría y gerontología (UC)
Programa del Adulto Mayor (UC)
Manual de geriatría y gerontología 2000 y 2002 (UC)

4. RED DE RECURSOS

4.1. Red de recursos sociosanitarios²²

La red de recursos sociosanitarios de Chile está constituida por 8 hospitales públicos y 635 residencias privadas con ánimo de lucro. Los datos sobre la utilización de los establecimientos hospitalarios públicos muestran la eficiencia de estos servicios. El índice de ocupación hospitalaria refleja una utilización de alrededor del 90% en todos los establecimientos, excepto en el centro geriátrico Paz de la Tarde, donde el índice marca 71,6%; esto indica que los establecimientos no están saturados, pero tampoco subutilizados.

CHILE- Indicadores Hospitalarios por Servicio Clínico Geriátrico										
Servicio de Salud	Establecimiento	Dotación al 31 de Diciembre de 2004	Prom. de Camas Dispon.	Días Cama Ocupados	Días Cama Disponible	Días de Estada	Egresos	Índice de ocupación	Prom. Días de Estada	Índice de Rotación
Viña - Quillota	Centro Geriátrico Paz de la Tarde	80	80	20.963	29.280	17.684	374	71,6	47,3	4,7
Metropolitano Oriente	Instituto Nacional de Geriátrica	80	80	26.788	29.327	30.151	964	91,3	31,3	12,1
Ñuble	Quirihue	26	24	7.087	8.596	5.696	9	82,4	632,9	0,3
Concepción	Santa Juana	17	17	5.393	6.222	5.346	3	86,7	1.782,0	0,2
Talcahuano	Lirquén	12	8	2.695	2.940	0	0	91,7	0,0	0,0
Araucanía Norte	Traiguén	29	7	2.475	2.639	2.677	7	93,8	382,4	0,2
Valdivia	La Unión	30	30	9.921	10.980	9.461	9	90,4	1.051,2	0,3
Llanquihue	Hogar de Ancianos Paul Harris	23	23	8.137	8.358	11.891	11	97,4	1.081,0	0,5
Magallanes	Punta Arenas	50	50	17.244	18.300	15.905	23	94,2	691,5	0,5

4.2. Redes de apoyo social

Las redes de apoyo significan las instancias donde se estructuran y toman sentido los roles sociales, y son la base de aquellos vínculos que generan sensación de pertenencia, la existencia de estas redes en las edades avanzadas permiten la integración de las personas y evitan el aislamiento. Los bienes y servicios que entregan las redes de apoyo social a los adultos mayores están orientados a generar estos mecanismos de integración, sociabilidad y bienestar para este grupo etario.

La participación social y la oferta pública que la promueve, buscan que los adultos mayores puedan sentirse acogidos, respetados y valorados en su dignidad personal, que adquieran nuevas habilidades y capacidades, o bien potencien las que han

²² Esta información será complementada en el futuro, puesto que se debe incluir la red asistencial de salud primaria a lo largo del país, donde los Adultos Mayores se atienden mayoritariamente.

desarrollado a lo largo de su vida, planteándose la participación social y el aumento de las redes sociales de sus pares como un medio para superar la soledad y el aislamiento social (Comité Nacional para el Adulto Mayor, 2000, citado en CEPAL: "Redes de apoyo comunitario a las personas mayores").

Las principales entidades del sector social (Fundaciones, asociaciones, ONGs) que prestan servicios de este tipo a los adultos mayores en Chile son las siguientes:

- Hogar de Cristo (fundación sin fines de lucro).
- Fundación Las Rosas (fundación sin fines de lucro).
- Fundación PRODEMU (ayuda AM Mujer).
- Fundación AYU.
- Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor.

Además, existe una red chilena de programas para el adulto mayor, la que está constituida por 14 entidades, (dos universitarias, tres religiosas, dos de adultos mayores, un centro de formación profesional y seis ONG), que cumplen, en conjunto, el rol de proveer apoyo social al adulto mayor de forma intersectorial.

Además de esta oferta pública, existen instancias de asociatividad local, donde los adultos mayores se organizan en función de compartir el tiempo, integrarse a sus comunidades y organizar sus demandas.



PARAGUAY

Informe sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Instituto de Bienestar Social
Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad



**INSTITUTO DE
PREVISIÓN SOCIAL**

La información básica para la elaboración de este Informe sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en Paraguay proviene de las respuestas que la Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad del Instituto de Bienestar Social (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) y el Instituto de Previsión Social han proporcionado al cuestionario diseñado al efecto por la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social en colaboración con las instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de los adultos mayores en los países del Cono Sur, en el marco del Proyecto "Adultos Mayores, Dependencia y Servicios Sociales".

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1. Población de Adultos mayores según el Censo de 2002

Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2002, la población paraguaya es de 5.163.198 personas. La distribución es casi igualitaria entre hombres y mujeres (50,4% y 49,6%, respectivamente). Hay una leve predominancia de la población residente en áreas urbanas (56,7%), y la densidad de población es de 12,7 habitantes por km².

La alta fecundidad (2,9 hijos por mujer²³; con una tasa de natalidad de 27 nacimientos por mil habitantes), la baja mortalidad (5,3 por mil), y un saldo migratorio negativo pero moderado (-1,6 por mil), determinan una alta tasa de crecimiento, que ha hecho que en el último medio siglo el país haya cuadruplicado su población. De mantenerse las tasas de crecimientos de la década 1992-2002 (2,2% anual), la población se volvería a duplicar en unos 30 años.

Según el II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002 se contabilizaron 89.169 personas pertenecientes a pueblos indígenas, con un ligero predominio masculino.

Paraguay tiene una población joven (el 37% es menor de 15 años), y cuenta con unos índices de envejecimiento bajos. El número de personas mayores de 60 años residentes en el país ha sido cifrada por el censo de 2002 en 368.233 (un 7,1% de la población total). La proporción que suponen las personas mayores de 65 años sobre el conjunto de la población no llega a superar el 6%, y los mayores de 85 son sólo el 0,5%.

PARAGUAY- Población de Adultos Mayores según el censo de 2002 (miles de personas y porcentajes)						
	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
Total	368.233	172.354	195.879	7,1	46,8	53,2
60-64	114.843	56.778	58.065	2,2	49,4	50,6
65-69	80.528	38.292	42.236	1,6	47,6	52,4
70-74	70.708	33.286	37.422	1,4	47,1	52,9
75-79	47.931	21.703	26.228	0,9	45,3	54,7
80-85	29.287	12.433	16.854	0,6	42,5	57,5
85 y más	24.936	9.862	15.074	0,5	39,5	60,5

Fuente: DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. Resultados Finales

En la población mayor de 60 años hay una preponderancia femenina que se va intensificando con la edad. Mientras que en el conjunto de la población, teniendo en cuenta todos los grupos de edad, la proporción global de mujeres es del 49,6%, entre los mayores de 60 años esa proporción se eleva hasta el 53,2%, y sigue aumentando conforme lo hace la edad, pues las mujeres representan el 55,3 por cien de los mayores de 70 años, y el 58,9% de los mayores de 80.

La esperanza de vida al nacer, calculada para el quinquenio 2000-2005, es de 70,8 años (68,6 para los varones y 73,1 para las mujeres).

²³ Según la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2004.

La distribución según área de residencia de los adultos mayores es muy similar a la de la población total de Paraguay. Según el censo de 2000, el 56,9% de las personas mayores de 60 años residían en áreas urbanas. Conforme avanza la edad, se observa una ligera tendencia al incremento de la proporción de residentes en áreas urbanas, que es del 57,4% entre los mayores de 70 años y del 57,8% entre los mayores de 80.

1.2. Evolución de la población mayor en el período 1975-2050

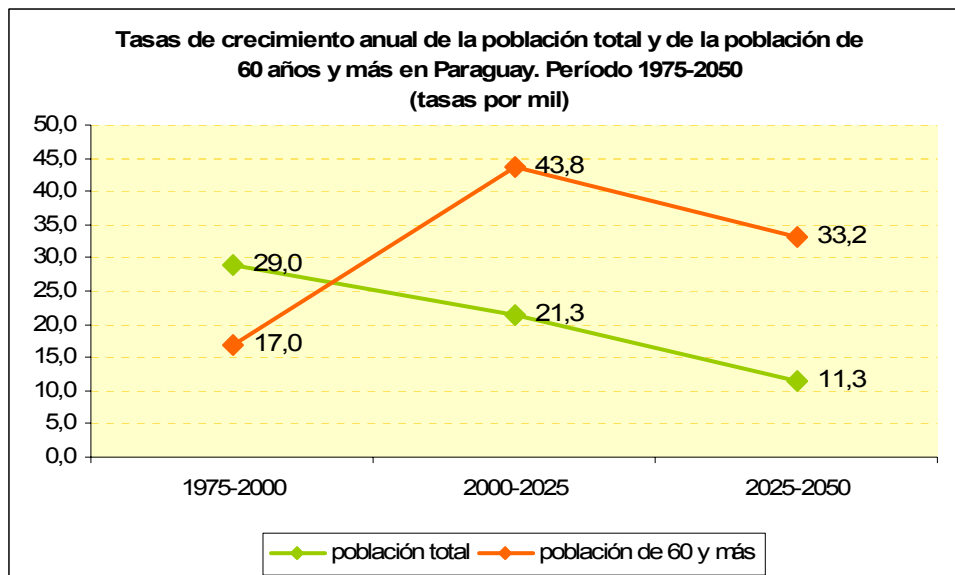
De acuerdo con los datos recogidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía en el número 73 de su boletín demográfico (2004), sobre estimaciones de población para América Latina y el Caribe, en el año 1975 la población de 60 años y más en Paraguay era de unas 191.000 personas, y representaba el 7,2% de la población total. Debido a las altas tasas de fecundidad que ha habido en Paraguay en el último cuarto del siglo XX, las estimaciones de la CEPAL señalan que en el año 2000 la población mayor, aunque superaba ya las 292.000 personas, habría reducido su proporción respecto al total hasta un porcentaje del 5,3%. Sin embargo, esa baja proporción ha de ser corregida al alza, pues la población total tomada como referencia está sobreestimada, como han demostrado los datos del censo de 2002. Las previsiones apuntan a que el porcentaje de personas adultas mayores se incrementará de forma significativa en los próximos años, hasta representar el 9,3% de la población paraguaya en 2025 y el 16,1% en el año 2050.

PARAGUAY- Población total y Adultos Mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (miles de personas, a mitad del año)				
	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	2.659	5.496	9.355	12.422
Hombres	1.327	2.772	4.716	6.230
Mujeres	1.332	2.725	4.639	6.192
Hombres %	49,9	50,4	50,4	50,2
Mujeres %	50,1	49,6	49,6	49,8
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	191	292	874	2.006
Hombres	82	128	416	942
Mujeres	109	164	460	1.064
Proporción s/ la población total %	7,2	5,3	9,3	16,1
Hombres %	42,9	43,8	47,6	47,0
Mujeres %	57,1	56,2	52,6	53,0

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

Durante el período comprendido entre 1975 y 2000, el conjunto de la población paraguaya mantuvo un crecimiento mayor que el de la población de 60 años y más, con tasas anuales de crecimiento del 29 por mil y del 17 por mil, respectivamente. Las previsiones señalan que esta situación cambiará a lo largo de las próximas décadas y las tendencias se invertirán de tal manera que entre el año 2000 y el 2025 la población mayor crecerá el doble que la población total, con tasas estimadas de crecimiento anual medio del 21,3 por mil para el total de la población

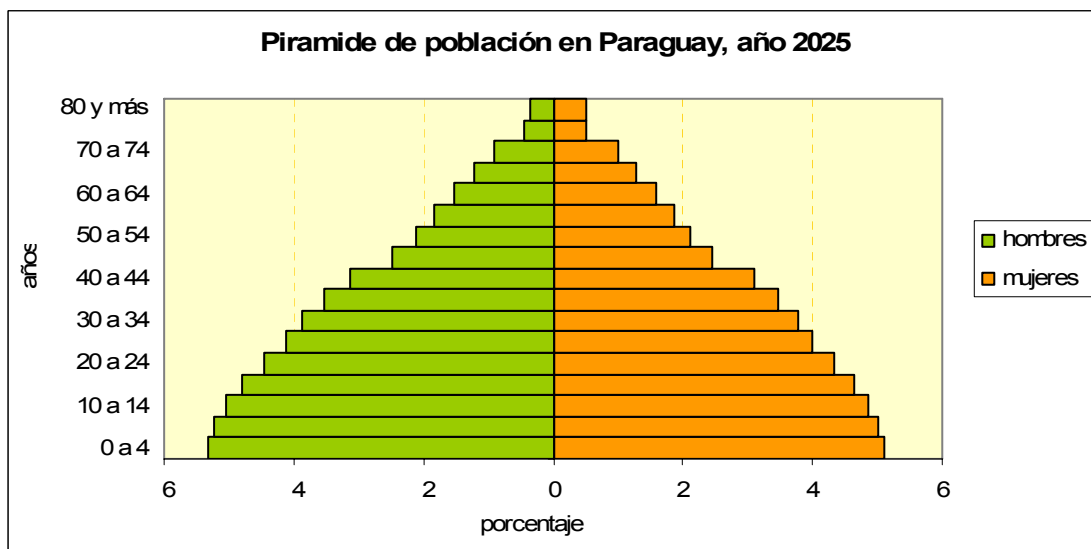
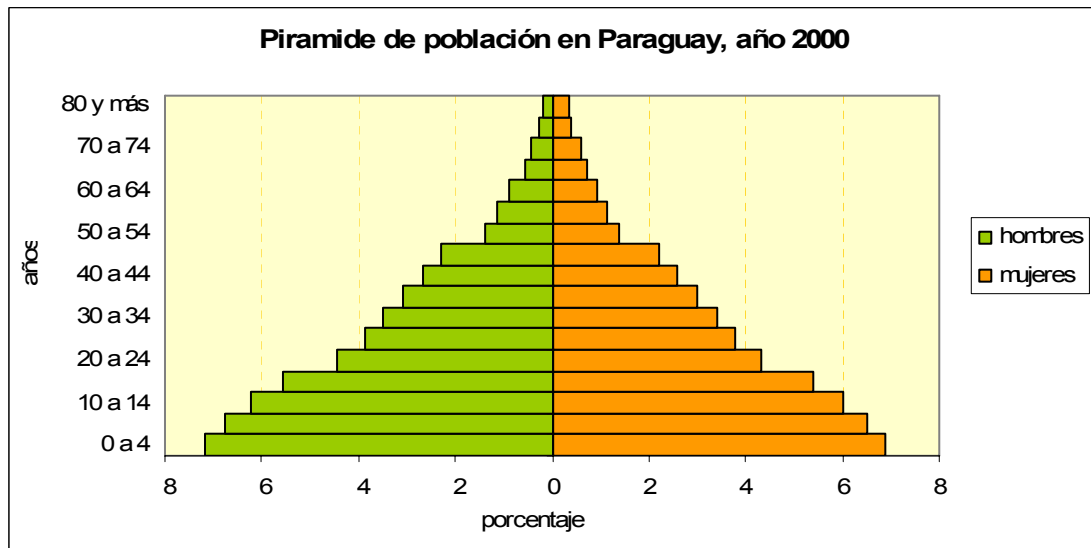
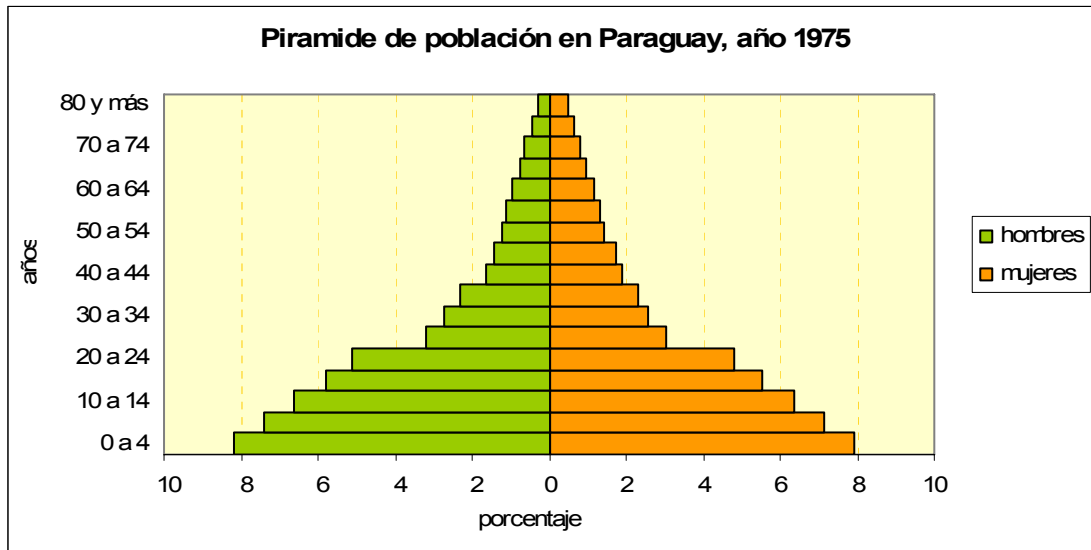
y del 43,8 por mil para la población de 60 años y más. La población de adultos mayores seguirá aumentando a un ritmo mucho más rápido que el de la población total en el período comprendido entre 2025 y 2050, con una previsión de tasas anuales medias de crecimiento del 11,3 por mil para el conjunto de la población frente al 33,2 por mil en el caso de la población mayor.

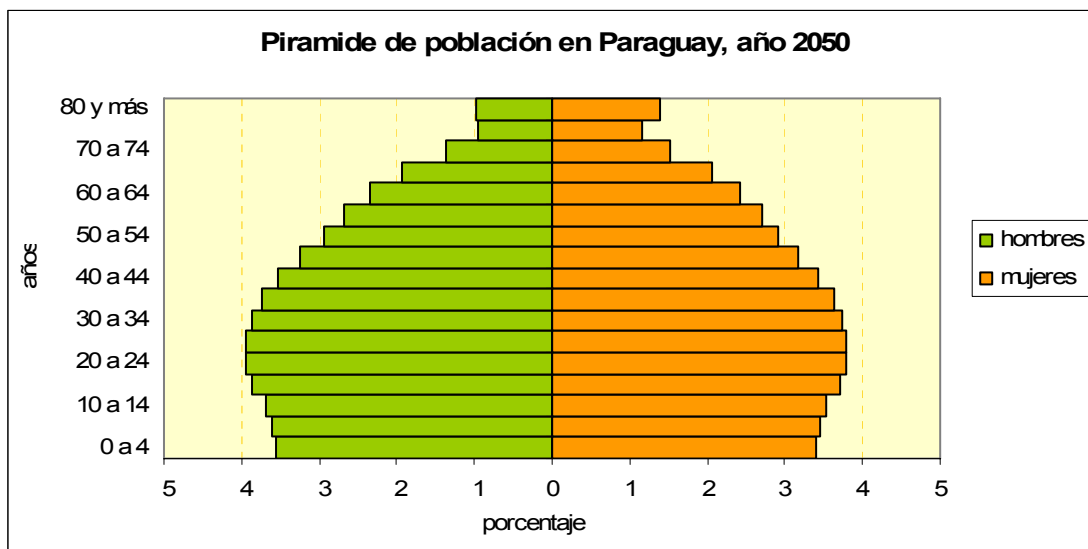


Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 72, América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050.* CELADE, 2003.

Las pirámides de población de la población paraguaya correspondientes a los años 1975, 2000, 2025 y 2050 reflejan la transición de una población joven que lentamente va envejeciendo. La imagen que ofrece la pirámide correspondiente al año 1975 es la de una población muy joven. El número de efectivos en cada grupo de edad es inferior al que le precede (la diferencia es particularmente notoria si se compara el grupo de personas de entre 25 y 30 años con el de entre 20 y 24, lo que refleja, sin duda, una importancia emigración de personas jóvenes), y la población de 60 años y más supone un volumen muy pequeño respecto del total.

Si bien las pirámides de los años 2000 y 2025 siguen manteniendo una base amplia, se puede observar cómo las cohortes de edad por encima de los 24 años empiezan a aumentar en volumen, y poco a poco la base de la pirámide va moderando su crecimiento. La perspectiva futura de la estructura demográfica en Paraguay nos deja, a mitad del siglo XXI, una pirámide poblacional madura, que empieza a decrecer por la base y a perfilar una imagen de carácter rectangular. La edad media de la población paraguaya, que era de algo menos de 18 años en 1975 y rondaba los 20 años en 2000, se espera que se haya elevado hasta los 26 años en el año 2025, y superará los 33 años en 2050.

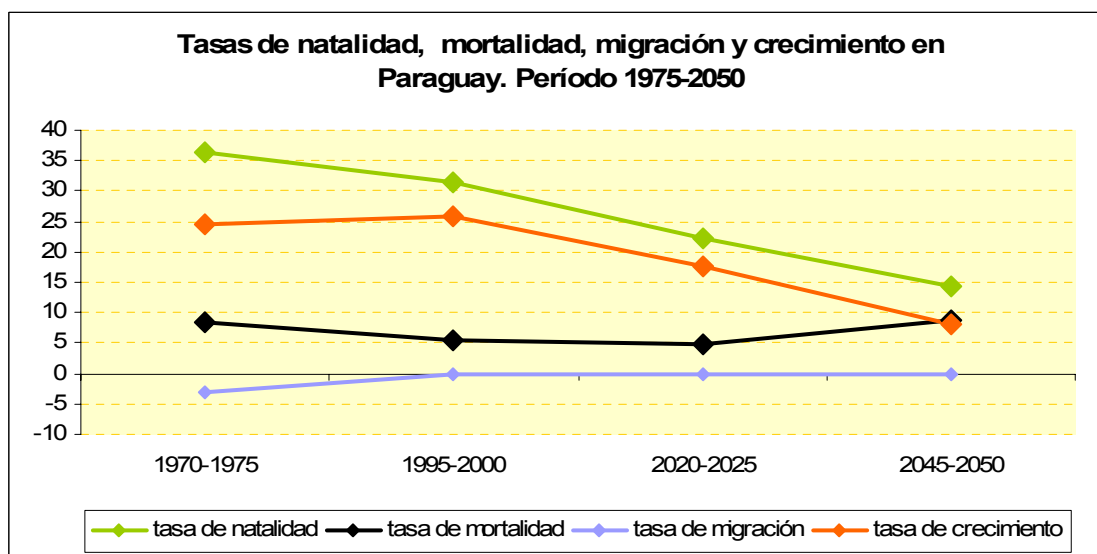




Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

Paraguay ha mantenido durante largo tiempo una tasa de fecundidad bastante alta. En el quinquenio 1970-1975 el número de hijos por mujer se situaba en 5,65, y para el período 1995-2000 era de 4,17. Se estima que para los quinquenios 2020-2025 y 2045-2050 la tasa se haya reducido a 2,77 y 1,9 hijos por mujer, respectivamente.

La mortalidad mantiene una tendencia descendente. La tasa bruta de mortalidad anual estimada para el quinquenio 1970-1975 se situó en 8,54 fallecimientos por cada mil habitantes. En el quinquenio 1995-2000 esta cifra era de 5,43 fallecimientos por cada mil. Se prevé que la tasa siga disminuyendo y alcance la cifra de 4,82 muertes por cada mil habitantes en el 2020-2025 para volver a aumentar en casi dos puntos a mitad de siglo.

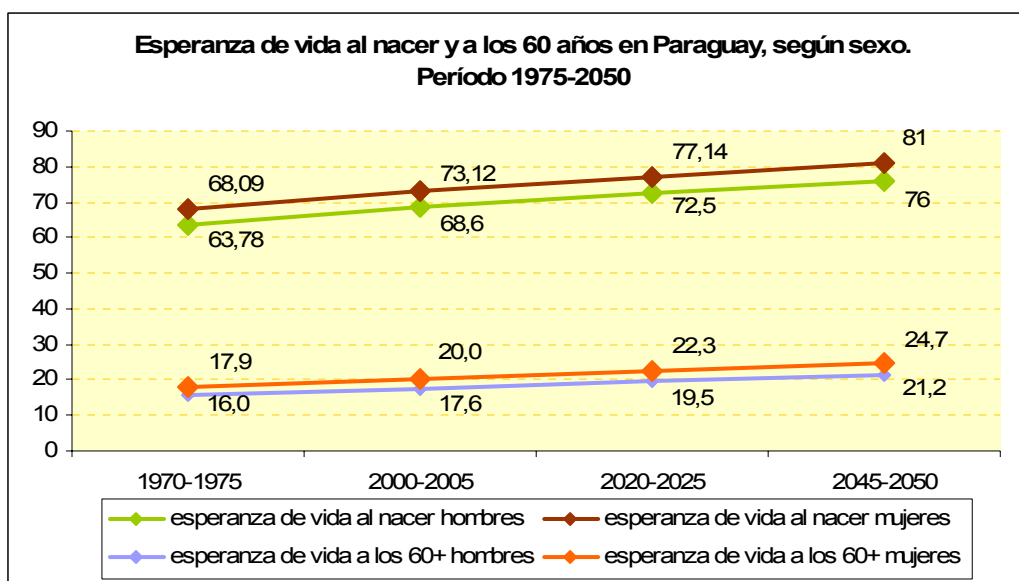


Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

Paraguay ha visto aumentar su esperanza de vida al nacer. En el quinquenio 1970-1975 la expectativa vital era de 65,9 años para pasar en el período 2000-2005 a los 70,8 años. La esperanza de vida proyectada al filo del primer cuarto de siglo (2020-2025) se estima en 74,8 años, y se podrían alcanzar los 78,4 en el quinquenio 2045-2050.

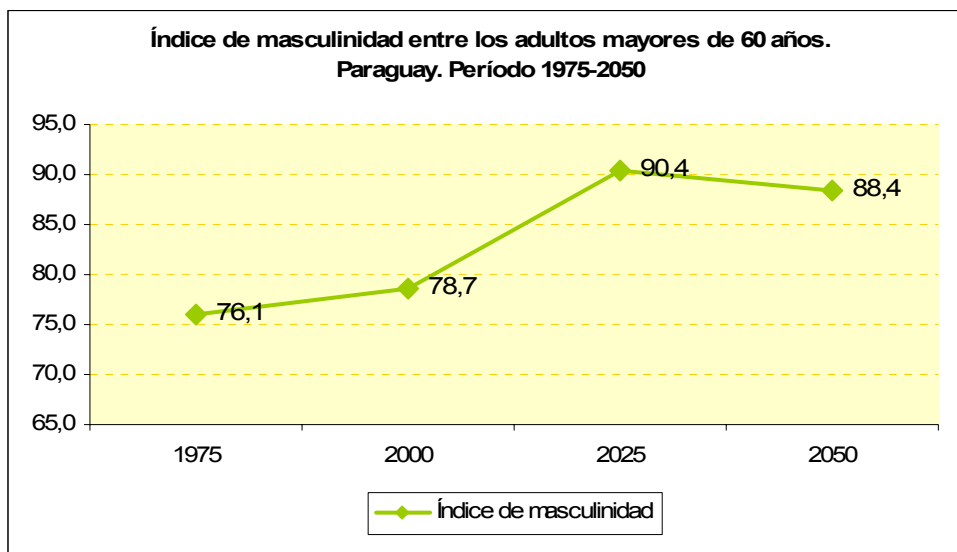
Al igual que en los demás países de la región, las mujeres sobreviven alrededor de cinco años más que los hombres. En el quinquenio 1970-1975 la esperanza de vida se situaba en 63,8 años en los varones frente a los 68,1 que alcanzaban las mujeres, mientras en el primer lustro del siglo XXI esta cifra era ya de 68,6 años en los varones y de 73,1 años para las mujeres. La esperanza de vida proyectada mantiene estas diferencias entre hombres y mujeres, de forma que para el quinquenio 2020-2025 la expectativa vital de varones y mujeres estará en 72,5 y 77,1 años, respectivamente.

Por lo que respecta al número de años que le restarían por vivir a una persona al cumplir los 60, es importante señalar no solo la mayor longevidad de las mujeres, sino también el número de años que se ganarán. En 1975 la expectativa vital al cumplir 60 años era de 16 años adicionales para los varones y 18 para las mujeres, mientras que para el quinquenio 2045-2050 las cifras estimadas para varones y mujeres son 21,2 y 24,7 años respectivamente.



Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025. CELADE, 2004.

La mayor tasa de supervivencia de las mujeres determina su mayor peso en el grupo de las personas mayores. Así se refleja en el índice de masculinidad cuyo gráfico presentamos a continuación.



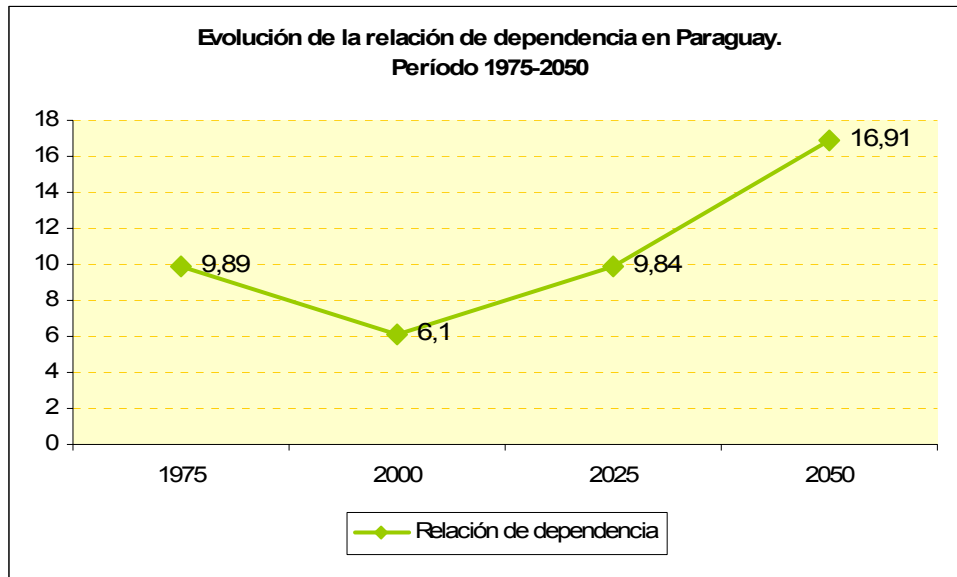
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 72, América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050.* CELADE, 2003.

Aunque el aumento en la esperanza de vida de los adultos mayores tiende a generar un envejecimiento interno, de forma que las personas de 75 años y más aumentan su volumen y peso dentro del grupo de los adultos mayores y por supuesto en la población total, las estimaciones y proyecciones de población disponibles para Paraguay no muestran con claridad ese fenómeno, debido a que las altas tasas de natalidad mantenidas a lo largo de todo el pasado siglo aseguran una afluencia continua y creciente de personas al grupo de adultos mayores.

PARAGUAY - Población de 75 años y más en el período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
Total	50	65	169	561
% respecto a la población de 60 y más años	26,18	22,26	19,34	27,97
% respecto a la población total	1,9	1,2	1,8	4,5

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050.* CELADE 2004.

El paulatino envejecimiento de la población paraguaya repercute en el aumento de la relación de dependencia (porcentaje de mayores respecto de la población potencialmente activa). Aunque las estimaciones se encuentran por debajo de las cifras que mantienen otros países del Cono Sur, la tendencia proyectada de esta variable en la primera mitad del siglo XXI es de carácter ascendente, como puede observarse en el siguiente gráfico.



Relación de dependencia= (Población de 65 años y más / población de 15-64 años) x 100
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL
Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025. CELADE, 2004.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN PARAGUAY

2.1. Salud

Dada la falta de una política específica de salud destinada a los adultos mayores, éstos cuentan con los mismos servicios que la sociedad en general.

El porcentaje total de la población paraguaya que cuenta con cobertura de salud asegurada es del 19% (destacando las severas limitaciones de los asegurados fuera del Instituto de Previsión Social, IPS). El resto utiliza los servicios de la sanidad pública en general, compuesta mayoritariamente por los servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y en menor medida por Hospital de Clínicas dependiente de la Universidad Nacional de Asunción, el Hospital Municipal dependiente de la Municipalidad de Asunción y la Sanidad Militar y Policial, o servicios privados.

Como limitante para profundizar en el estudio sobre el tema, no se cuenta con una clasificación homogénea de las cifras en el sector salud, sea este público o privado. En el sector público, se ha logrado un mayor grado de homogeneización del gasto por objeto mediante la utilización del clasificador de gastos, que no existe en el privado. Finalmente, no se cuenta con datos del sector privado sin fines de lucro, ni de la cooperación externa.

El gasto total en salud como proporción del PIB²⁴ fue de aproximadamente un 7,4 % en promedio para el período 1997-2001. El gasto privado en este mismo período ha representado, en promedio, el 60% del gasto total del sector. Por su parte, el gasto per cápita ha sido de USD 105, en promedio, para el período considerado, siendo el gasto per cápita público de USD 43 y el privado de USD 62.

El gasto de las administraciones públicas ha oscilado entre el 2,5% y el 3,4% del PIB, siendo el gasto del IPS el de mayor crecimiento y de mayor peso relativo en este sector.

El rubro medicamentos tiene un peso importante en el gasto de bolsillo de los hogares estimado entre el 34 % y 57 % del total del período descrito, lo cual estaría explicado por los altos niveles de automedicación. Le sigue en importancia el gasto en servicios médicos y hospitalarios, además del gasto en imágenes y laboratorio.

En una aplicación de este informe a los adultos mayores se puede determinar que, a excepción de los asegurados en el IPS y un mínimo porcentaje en el aseguramiento privado, más del 83 % de los adultos mayores no tienen ningún tipo de seguro médico.

²⁴ Los datos sobre gasto en salud y cobertura sanitaria han sido tomados del Instituto de Previsión Social y de la publicación *Cuentas de Salud de Paraguay*, del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y la OPS (octubre 2003).

Cobertura de salud en Paraguay

Seguro público:

- **Instituto de Previsión Social, IPS.** Obligatorio para trabajadores del sector privado en situación de dependencia, Titulares del Magisterio Estatal, Personal del servicio doméstico y Veteranos de la Guerra del Chaco (no contributivos). Su cobertura alcanza al 10,9 % de la población. Incluye consultas, internaciones, cirugías, partos, medicamentos de una lista básica, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- **Sanidad Militar y Policial.** Solo para sus integrantes y familiares. Da cobertura al 1,1 % de la población.
- **Seguros mixtos:** Pequeños emprendimientos municipales de cobertura simple. Sin significación porcentual en la cobertura de la población total.

Seguro privado: La extensión depende de las cotizaciones. Mayoritariamente de cobertura simple, excluyendo medicamentos, accidentes, enfermedades crónicas o preexistentes, complejidad, tratamientos prolongados con severas restricciones al igual que terapia intensiva. Plazos de exclusión inicial. Su cobertura alcanza al 6,9% de la población.

La Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 2000/01 revela que 46% de los adultos mayores se han enfermado o accidentado en el período de referencia considerado. La cifra es mayor a la observada en 1997/98, que fue de 42,5%.

De los que han estado enfermos o accidentados, sólo el 62,4% han consultado para atender sus dolencias, dato que demuestra la necesidad de realizar esfuerzos para acercar mejores y más oportunos servicios de salud a la población mayor.

Desafortunadamente la información disponible sobre consultas médicas y hospitalizaciones de los adultos mayores ha recibido muy poca atención por parte de los niveles técnicos y políticos de la salud pública, lo que no permite disponer de estadísticas ciertas sobre los perfiles de morbilidad en los adultos mayores.

Las pérdidas afectivas propias de la vejez se traducen generalmente en estados de ansiedad y depresión, en especial entre las mujeres; ello, sumado al hecho que las mujeres adultas mayores representarán una proporción cada vez mayor del total de la población en los próximos años, exige crear espacios que presten especial atención a ellas y a las viudas en particular.

Las principales causas de mortalidad son las enfermedades del corazón, los tumores malignos, las enfermedades cerebrovasculares, la diabetes, la influenza y la neumonía.

2.2. Situación económica y pobreza

La cobertura de los sistemas de jubilaciones y pensiones en Paraguay es baja. A nivel nacional, el 14% de las personas de 60 y más años de edad es beneficiaria de la seguridad social. En las áreas urbanas, el 20% de los adultos mayores gozan de ese beneficio, frente a sólo el 6,8% en las áreas rurales.

Según los resultados finales del Censo Nacional de Población y viviendas del año 2002 hay en el país 33.956 jubilados (de los cuales 26.649 son mayores de 60 años) y 10.204 pensionados (de los cuales 8.708 son mayores de 60 años, por lo cual el total de adultos mayores que perciben jubilación o pensión es de 35.357 significando el 0,69% del total de la población del país y el 9,6% del total de adultos mayores del país. No hay uniformidad en las cuantías de jubilaciones y pensiones; ni siquiera se toma como referencia al salario mínimo establecido por ley para los trabajadores activos.

La cobertura de la seguridad social, además de ser en general baja, prácticamente excluye a los adultos mayores en condiciones de pobreza. A nivel nacional, la proporción de la población adulta no pobre beneficiaria de los sistemas de jubilación o pensión es 6 veces superior a la cobertura de la población pobre. Por otro lado si bien en el área rural la población adulta presenta menor cobertura, las diferencias entre pobres y no pobres son más acentuadas.

PARAGUAY - Porcentaje de adultos mayores que perciben ingresos por jubilación o pensión por sexo y condición de pobreza, según área de residencia						
	Total		Hombres		Mujeres	
	Pobres	No pobres	Pobres	No pobres	Pobres	No pobres
Área urbana	5,7	23,5	4,3	27,9	7,0	20,2
Área rural	1,1	9,1	1,9	8,7	0,2	9,6
Total	3,7	17,7	3,2	19,4	4,2	16,3

Fuente: Encuesta permanente de hogares 2003.

A pesar de la baja cobertura prestacional, la incidencia de la pobreza entre las personas de 60 años y más en Paraguay es más baja que la observada en las personas de 10 a 59 años, tanto en áreas urbanas como rurales, como ocurre en la mayor parte de los países latinoamericanos para los que se cuenta con información comparable²⁵. La menor incidencia de la pobreza entre los adultos mayores podría deberse, entre otros factores, al resultado de una acumulación de los recursos a lo largo de su vida productiva o, simplemente, a un efecto de selectividad por ingresos, ya que las personas más pobres están sujetas a tasas de mortalidad más elevadas.

Un hecho notable de los últimos tiempos, con el incremento de la emigración hacia otros países, es que las remesas de los nacionales que trabajan en el exterior se haya constituido en una de las tres primeras fuentes de ingresos de divisas para el país; si bien la motivación fundamental es la ayuda a los hijos que quedan en el país, los adultos mayores también se ven favorecidos por esta situación.

2.3. Actividad laboral

Ante la baja cobertura de los sistemas de jubilaciones y pensiones, la mayoría de los adultos mayores deben seguir en actividad, hasta que sus fuerzas lo permitan. La actividad predominante en el grupo que trabaja es la agricultura, que absorbe a casi seis de cada diez trabajadores de 60 y más años (Encuesta Integrada de Hogares 2000/01). La actividad comercial junto con la explotación de restaurantes y hoteles es la segunda en orden de importancia (23,5%), los servicios comunales,

²⁵ De acuerdo con CELADE (*Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores*. Boletín informativo. Edición Especial con ocasión de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid 2002), las únicas excepciones a esta tendencia son Costa Rica, El Salvador y Honduras.

personales y sociales ocupan al 10% de los adultos mayores y las industrias manufactureras a casi 10% de los mismos.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares 2003, más del 40% de los adultos mayores paraguayos está inserto en el mercado de trabajo. Las tasas son más elevadas en los hombres (59,4%) que en las mujeres (28,1%), y son también sensiblemente más altas en las áreas rurales que en las urbanas, sobre todo en el caso de los varones. Ese alto nivel de participación económica del adulto mayor no corresponde necesariamente a una elección voluntaria, sino que más bien es el resultado de su escasez de opciones para enfrentar sus necesidades económicas, que pueden ser elevadas, especialmente debido a los altos costos de la atención en salud. Además, con mucha frecuencia es una inserción precaria.

PARAGUAY - Tasas de actividad por sexo, área de residencia y grupos de edad						
	Total		Área urbana		Área rural	
	35-59	60 y más	35-59	60 y más	35-59	60 y más
Hombres	91,0	59,4	88,3	50,2	94,4	70,8
Mujeres	60,8	28,1	62,2	25,7	58,5	32,0

Fuente: Encuesta permanente de hogares 2003.

La gran mayoría de la población adulta mayor que trabaja lo hace por cuenta propia (62,8%), siendo la cifra significativamente superior a la proporción de personas de 30 a 59 años de edad con la misma categoría de ocupación. En las zonas rurales la proporción de adultos mayores que trabajan por cuenta propia supera ampliamente el 80%, y tanto en éstas como en las urbanas, la proporción de mujeres que trabajan en forma independiente es significativamente superior a la de hombres cuentapropistas.

PARAGUAY - Porcentaje de trabajadores por cuenta propia por sexo y grupos de edades, según área de residencia						
	Total		Hombres		Mujeres	
	35-59	60 y más	35-59	60 y más	35-59	60 y más
Área urbana	35,9	62,8	33,2	55,8	39,3	73,4
Área rural	64,7	83,1	62,5	81,5	68,6	87,0
Total	48,0	72,9	46,5	69,5	50,2	79,2

Fuente: Encuesta permanente de hogares 2003.

2.4. Educación

El bienestar de población, y el de los adultos mayores en particular, depende en gran medida de su nivel de educación formal, pues tiene una estrecha relación con la actividad que desarrollan y los ingresos que generan, así como las actitudes y valores que se adquieren gracias a ese mejor nivel.

La información sobre la situación educativa de la población adulta mayor en Paraguay, proveniente del Censo 2002, revela que una gran proporción de adultos mayores es analfabeta (26,4%) y que la población femenina está en desventaja educativa en comparación con la población masculina.

2.5. Vivienda

En el área de vivienda no existen diferencias significativas entre la población general y los adultos mayores.

El tipo de vivienda particular que utiliza mayoritariamente la población paraguaya es la clasificada como casa-rancho, que en la actualidad representa el 94,8 % del total. El predominio de esta tipología denota que la ocupación del territorio se ha dado en forma predominantemente horizontal y no vertical.

Sobre un total de 1.098.005 viviendas censadas en 2002, 679.148 cuentan con paredes de ladrillos, 356.520 con paredes de madera, 16.521 de bloques de cemento y el resto de adobe, tronco de palma o estaqueo. Se reportan solo 1.660 viviendas con paredes de cartón, hule o madera de embalaje y 441 que no tienen pared. En cuanto a la pavimentación, 813.941 viviendas cuentan con piso de ladrillos, baldosas, mosaico, cemento o madera, mientras que 247.131 se reportan como piso de tierra. Atendiendo a la techumbre, 618.414 viviendas cuentan con techo de tejas, 347.369 con techo de hormigón, loza, chapas de zinc y fibrocemento; 117.739 con techo de paja y 4.642 de materiales precarios como troncos, cartón, hule, madera de embalaje.

La dotación de los servicios básicos considerados fundamentales para la habitabilidad de las viviendas presenta aún importantes carencias, aunque la evolución en las últimas décadas ha sido positiva. De acuerdo con el censo de 2002, en los últimos veinte años prácticamente se han duplicado las viviendas que poseen luz eléctrica, agua por cañería, baño conectado a pozo ciego o red cloacal y recolección de basura. Actualmente el servicio de mayor cobertura es la provisión de energía eléctrica, del que disponen el 89,1% de las viviendas habitadas. Más de la mitad de las viviendas particulares ocupadas cuentan con agua por cañería, el 63% posee desagüe cloacal o pozo ciego y sólo una de cada tres tiene un sistema de recolección de basura, sea público o privado.

PARAGUAY – Viviendas particulares por área urbana-rural, según servicios básicos						
	Total país		Urbana		Rural	
	número	%	número	%	número	%
Total viviendas	1.098.005	100,0	643.920	100,0	454.085	100,0
Luz eléctrica	978.766	89,1	625.602	97,2	353.164	77,8
Agua corriente	578.639	52,7	476.500	74,0	102.139	22,5
Baño conectado a la red	103.565	9,4	103.565	16,1	0	0,0
Baño con pozo ciego	588.003	53,6	450.981	70,0	137.022	30,2
Recolección de basura	369.231	33,6	358.012	55,6	11.219	2,5

Fuente: DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. Resultados Finales

La forma de tenencia predominante es la propiedad, (79,2% del total). Se aprecian diferencias importantes en las modalidades de tenencia de las viviendas por áreas de residencia urbana-rural, particularmente en lo que respecta a los tipos "alquilada" y, en menor medida, "otra forma" que comprende las categorías "cedida" y "ocupada de hecho".

Las viviendas alquiladas representan una modalidad casi exclusivamente urbana, mientras que en el área rural las viviendas cedidas u ocupadas de hecho (modalidad de tenencia que podría asociarse a situaciones de precarización de las condiciones de vida) constituyen la forma de tenencia más importante después de la propiedad.

PARAGUAY – Régimen de tenencia de las viviendas (en porcentajes)			
	Total país	Área Urbana	Área Rural
Propia	79,2	74,8	85,4
Alquilada	10,2	16,1	1,9
Otra forma	10,6	9,2	12,7

Fuente: DGEEC. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. Resultados Finales

2.6. Formas de convivencia

La población paraguaya vive cada vez más en hogares nucleares, aunque los hogares extendidos, que hasta hace pocos años eran mayoritarios, siguen teniendo una presencia importante. Según el último Censo, el 51,8% de la población vive en hogares nucleares, el 40,3 % en hogares extendidos y sólo el 6% permanece en hogares compuestos. Los hogares unipersonales, aunque se han incrementado en los últimos años, suponen todavía una muy pequeña parte del total²⁶.

Entre los hogares nucleares, el tipo mayoritario es el completo (matrimonio con uno o más hijos): el 45,3% de la población vive en hogares nucleares completos, y solo el 6,5% en los incompletos. En cuanto a áreas de residencia, en la rural, más tradicional, el 55,3% de la población vive en hogares nucleares, en comparación a un 49,1% en la urbana.

Aproximadamente uno de cuatro hogares paraguayos cuenta con la presencia de al menos un adulto mayor entre sus miembros. La cohabitación de los adultos mayores con miembros de otras generaciones es una forma muy común de solidaridad intergeneracional, que reduce los gastos de vivienda por persona, arroja economías de escala en la compra y preparación de alimentos y facilita el apoyo directo a los parientes con necesidades especiales. La proporción de hogares que cuenta entre sus miembros con al menos un adulto mayor es un poco más alta en el área rural que en área urbana.

La proporción de hogares encabezados por adultos mayores es del 19,4%, existiendo marcadas diferencias según sexo del jefe del hogar. En todos los casos, la jefatura femenina supera ampliamente a la masculina como resultado de la mortalidad diferencial por sexos, que determina que un importante número de mujeres adultas mayores asuman la jefatura de sus hogares, en muchos casos como consecuencia de un hecho involuntario, como la muerte o inexistencia del cónyuge. En las áreas rurales, proporción de hogares en los que la jefatura es femenina es significadamente mayor que en el área urbana.

De acuerdo a la información del Censo 2002, aproximadamente el 36% de las mujeres adultas mayores son viudas, mientras que poco más del 75% de los hombres mantienen algún tipo de unión conyugal. La predominancia de la viudez entre las mujeres obedece no sólo a su mayor longevidad, sino a las pautas

²⁶ Se entiende por hogar nuclear el que está compuesto enteramente de una sola familia nuclear (matrimonio con o sin hijos, o un progenitor y sus hijos). Hogar extendido es aquel en el que residen parientes no nucleares de la persona de referencia, pudiendo estar presente además su familia nuclear. Pueden constar de un solo núcleo familiar y otras personas emparentadas con él (por ejemplo, un matrimonio con hijos y el padre o la madre de uno de los cónyuges), de dos o más núcleos familiares emparentados entre sí, o, incluso, de dos o más personas emparentadas entre sí, pero ninguna de las cuales forma un núcleo familiar. El hogar compuesto es aquél en el cual residen no parientes de la persona de referencia. El unipersonal, el compuesto por una sola persona.

sociales y culturales prevalecientes en la sociedad, que llevan a los hombres a unirse con mujeres más jóvenes y a mayores oportunidades de establecer una nueva unión después de la viudez o separación.

En la cultura del pueblo paraguayo, el respeto a los parientes mayores aún se conserva mayoritariamente. El proceso de urbanización y la influencia de los medios de comunicación masiva van poco a poco erosionando estas costumbres, que todavía siguen siendo consideradas como normales en las familias.

El hecho de que Paraguay sea un país con poca población y su tradicional aislamiento por razones geográficas ha extendido lazos de parentesco entre la población, produciendo una red interfamiliar que mantiene relaciones extendidas. Es visible en reuniones de aniversarios, patronales o de otra índole como comparten los adultos mayores con miembros de otras generaciones.

El cuidado de los niños por sus abuelas es un hecho común en la sociedad paraguaya, casi vital en las situaciones de trabajo fuera de la casa de las madres.

También es frecuente que los adultos mayores perciban de sus hijos y parientes ayudas económicas o de otra índole.

2.7. Participación

En el país se cuenta con unas 120 organizaciones de adultos mayores, entre las que se encuentran organizaciones comunitarias, de recreación (clubes), religiosas, políticas, etc.

Algunas organizaciones cuentan con cerca de un millar de asociados, pero un porcentaje muy pequeño asiste habitualmente a las reuniones convocadas por sus miembros.

En Paraguay existe un Comité Consultivo y de Enlace de Adultos Mayores, que aglutina a las ONGs, Asociaciones y Fundaciones de Adultos Mayores y/o que trabajan con ellos, como órgano de representación de las personas mayores.

2.8. La experiencia de envejecer

La pobreza y la falta de acceso a la jubilación, la seguridad social y la atención a la salud son las mayores preocupaciones para los adultos mayores del Paraguay.

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores

3.1.1. Derechos constitucionales

El artículo 67 de la Constitución de Paraguay consagra el derecho a la protección integral de los adultos mayores:

Art.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.

Otros artículos relacionados se refieren a la promoción de la calidad de vida de los mayores, la obligación de los hijos de prestar asistencia a sus padres en caso de necesidad y la no discriminación en el trabajo por razón de edad:

Art.6. De la calidad de vida

La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de las discapacidades o de la edad.

Art.53. De los hijos

(...)

Los hijos mayores de edad están obligados a prestar asistencia a sus padres en caso de necesidad.

(...)

Art.88. De la no discriminación.

No se admitirá discriminación alguna entre los trabajadores por motivos étnicos, de sexo, edad, religión, condición social y preferencias políticas o sindicales.

El trabajo de las personas con limitaciones o incapacidades físicas o mentales será especialmente amparado.

La Constitución también recoge previsiones relativas a la seguridad social para los trabajadores dependientes y su familia, y al régimen de jubilaciones de los funcionarios y de los empleados públicos:

Artículo 95 – De la Seguridad Social

El sistema obligatorio e integral de seguridad social para el trabajador dependiente y su familia será establecido por la ley. Se promoverá su extensión a todos los sectores de la población.

Los servicios del sistema de seguridad social podrán ser públicos, privados o mixtos, y en todos los casos estarán supervisados por el Estado.

Los recursos financieros de los seguros sociales no serán desviados de sus fines específicos y estarán disponibles para este objetivo, sin perjuicio de las inversiones lucrativas que puedan acrecentar su patrimonio.

Artículo 103 - Del régimen de jubilaciones (de los funcionarios y de los empleados públicos)

Dentro del sistema nacional de seguridad social, la ley regulará el régimen de jubilaciones de los funcionarios y los empleados públicos, atendiendo a que los organismos autárquicos creados con ese propósito acuerden a los aportantes y jubilados la administración de dichos entes bajo control estatal. Participarán del mismo régimen todos los que, bajo cualquier título, presten servicios al Estado.

3.1.2. Leyes específicas

La **Ley 1.885**, *De las Personas Adultas*, promulgada en abril de 2002, (aún no reglamentada por Decreto del Poder Ejecutivo) regula los derechos de los adultos mayores. A continuación se transcriben sus principales artículos:

Art.1. La presente Ley tiene por finalidad tutelar los derechos e intereses de las personas de la tercera edad, entendiéndose por tales a los mayores de sesenta años.

Art.2. Las disposiciones de esta Ley deberán interpretarse en interés de las personas de la tercera edad que residan en el territorio nacional. La presente Ley es de orden público.

Art.3. 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.

Goza del pleno ejercicio de sus derechos civiles, comerciales y laborales en igualdad de condiciones con los demás sujetos de crédito, sin que la edad constituya impedimento alguno para contraer obligaciones ante terceros.

Art.4. El Estado concurrirá al logro del bienestar social de las personas de la tercera edad, garantizando el ejercicio de sus derechos y velando para que aquellas que se encuentren en situación de vulnerabilidad, carezcan de familia o se encuentren abandonadas, sean ubicadas en lugares públicos o privados y se le ofrezcan programas de servicios sociales intermedios.

Art.5. 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 las siguientes funciones:

a) 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;

b) generar oportunidades crecientes para que los adultos mayores puedan actualizar y reconstruir sus potencialidades, encarar sus circunstancias,

elaborar con anticipación respuestas a los problemas relativos a su exclusión social, participar activamente en beneficio de la comunidad y hacer que sus experiencias contribuyan y sean útiles a la formación de nuevas generaciones;

c) promover la descentralización a través de las gobernaciones y de los municipios de la República, así como las organizaciones de la sociedad civil;

d) elaborar e impulsar programas específicos que beneficien a las personas de la tercera edad en coordinación con los demás Ministerios e instituciones privadas;

e) incentivar la participación del sector privado en la atención a las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento del ser humano, coordinando las acciones con el sector público;

f) fomentar la integración de la persona de la tercera edad en el seno del hogar;

g) prestar asistencia técnica, supervisar y fiscalizar a entidades privadas con o sin fines de lucro que se dediquen a la atención y bienestar de las personas de la tercera edad;

h) crear acciones y programas de prevención de la salud física, psíquica y social del adulto mayor;

i) incentivar la formación de recursos humanos en el área de la atención del adulto mayor;

j) contar con un registro de las instituciones dedicadas a la atención de las personas de la tercera edad; y

k) promover la vinculación con organismos nacionales o internacionales y, en general, con toda institución o persona dedicada a beneficiar a las personas de la tercera edad y celebrar con ellas contratos o convenios para ejecutar proyectos o acciones de interés común.

Art. 8. Es obligación de los miembros de la familia asistir y proteger a las personas de la tercera edad que sean parientes de la misma en la forma establecida en el libro I, Título III, Capítulo XII, del Código Civil.

Art.11. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, los gobiernos departamentales y municipalidades del país deberán promover la eliminación de las barreras arquitectónicas, para que las personas ancianas, especialmente las que sufren discapacidades físicas, puedan movilizarse sin dificultad. Asimismo, arbitrarán los medios para la habilitación de transportes públicos con instalaciones especiales, a los mismos efectos.

3.1.3. Leyes sectoriales

La **Ley 213/93. Código del Trabajo** consagra el derecho al trabajo de los adultos mayores y declara nulas las cláusulas en los contratos que supongan una discriminación salarial por razones de edad:

*Art. 16. (...) Mediante una política económica adecuada procurará igualmente mantener un justo equilibrio de la oferta y demanda de mano de obra, dar empleo apropiado a los trabajadores desocupados o no ocupados plenamente por causas ajenas a su voluntad, a los minusválidos físicos y psíquicos, **ancianos** y veteranos de la guerra.*

Art. 47. Serán condiciones nulas y no obligarán a los contratantes, aunque se expresen en el contrato:

(...)

*c) Las que establezcan **por consideraciones de edad**, sexo o nacionalidad un salario menor que el pagado a otro trabajador en la misma empresa por trabajo de igual eficacia, en la misma clase de trabajo o igual jornada.*

La Ley 1.626/00, de la Función Pública, en su artículo 14, limita el derecho al ingreso en la función pública de las personas de más de 45 años de edad.

3.1.4. Convenios Internacionales

Paraguay no ha ratificado ningún tratado internacional que verse específicamente sobre los derechos de los adultos mayores, pero sí otras normas generales que benefician a los adultos mayores como parte de la población general. Así, en el campo de los derechos humanos:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976.

Paraguay ha suscrito diversos Convenios y Acuerdos Internacionales de Seguridad Social, multilaterales y bilaterales, que contemplan la acumulación de períodos de servicio, traslados temporarios de trabajadores, pago de jubilaciones y pensiones en el exterior sin quita ni retenciones y gestiones de oficio (solicitud de jubilaciones independientes):

- Convenio Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y sus reglamentos administrativos.
- Convenio de Seguridad Social entre la República del Paraguay y el Reino de España.
- Convenio sobre Seguridad Social entre la República del Paraguay y el Reino de los Países Bajos (Holanda).

Se encuentra en estudio, sin que a la fecha de cierre de este informe esté aún suscrito, el Convenio sobre Seguridad Social entre la República del Paraguay y el Reino de Bélgica. Además, se están desarrollando las negociaciones tendientes a la suscripción de un Convenio Bilateral de Seguridad Social entre la República de Chile y Paraguay.

PARAGUAY - Instrumentos normativos a favor de los adultos mayores				
Ámbito	Convenios internacionales	Previsiones constitucionales	Leyes nacionales específicas y sus reglamentos	Leyes nacionales sectoriales y sus reglamentos
Seguridad económica	Acuerdo Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur y sus reglamentos de aplicación. Diversos convenios bilaterales, sobre Seguridad Social.	Art.6. promoción de la calidad de vida mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes como la edad. Art.53. obligación de los hijos mayores de asistir a sus padres en caso de necesidad. Art. 88. No discriminación entre trabajadores por motivos de edad. Amparo del trabajo de las personas con limitaciones. Art. 95. Sistema obligatorio e integral de seguridad social para el trabajador dependiente y su familia. Promoción de su extensión al resto de la población, Art. 103. Régimen de jubilaciones de los funcionarios y de los empleados públicos.	Ley 1.885 "De las personas adultas". 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 213/93 "Código del Trabajo". Ley 1.626/00, de la Función Pública (Cap. XV. Seguridad Social de los funcionarios públicos).
Servicios Sociales		Art. 57. Promoción del bienestar de los adultos mayores mediante servicios sociales que se ocupen de sus necesidades de alimentación, salud, vivienda, cultura y ocio.	Ley 1.885 "De las personas adultas".	
Salud			Ley 1.885 "De las personas adultas".	
Vivienda			Ley 1.885 "De las personas adultas".	
Participación			Ley 1.885 "De las personas adultas".	
Violencia, discriminación y maltrato			Ley 1.885 "De las personas adultas".	

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico regional sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales. Agosto 2006

3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en Paraguay

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través del Instituto de Bienestar Social (Departamento de Adultos Mayores y Discapacidad) cuenta con un Plan de Acción a favor de las Personas Adultas Mayores (aprobado por Resolución 550 del

MSPBS para el quinquenio 1998-2002), que se fundamenta en las siguientes premisas *Envejecer en Casa y Participar*, y cuyas líneas de acción son:

En favor del sector de los adultos mayores en General:

- Solidaridad con las personas de edad sin recursos económicos suficientes.
- Sensibilización, tanto de la sociedad en su conjunto como de determinados sectores, sobre los aspectos que conciernen al envejecimiento y a la vejez.
- Entorno accesible.
- Actualización permanente de datos e información.

En favor de los adultos mayores capaces de vida autónoma o independiente:

- Desarrollo de la Participación Social.
- Promoción de la educación y la cultura.
- Organización del Ocio y Tiempo libre.
- Promoción de la Salud.

En favor de los adultos mayores dependientes:

- Atención Domiciliaria.
- Servicios de Asistencia Sanitaria y Servicios Sociales Intermedios.
- Atención Institucionalizada en Hogares (Servicios Sociales Especializados) y Hospitales.
- Servicios Sociales Generales o Comunitarios (Apoyo a las familias).

3.2.1. Ámbitos prioritarios de actuación a favor de los adultos mayores

Seguridad Económica

El IPS, a través de sus Normas Legales vigentes, brinda seguridad económica a los adultos mayores afiliados a su Caja, quienes con el cumplimiento de los requisitos legales exigidos, se acogen a los beneficios de la pensión y/o jubilación.

Actualmente hay 25.220 personas jubiladas y pensionadas que acceden a 35.213 beneficios del IPS. 5.067 de estas personas tienen más de 60 años. De las 20.153 personas restantes no se puede determinar su edad por carecer de información en la base de datos.

Otras Cajas de Jubilaciones y Pensiones y sus beneficiarios jubilados o pensionados son las siguientes:

Caja Fiscal.....	35.672	Jubilados y pensionados.
Caja Médica.....	43	"
Caja Bancarios.....	2.822	"
Caja ANDE	892	"
Caja Municipal	946	"
Caja Parlamentaria	s.d.	
Caja Itaipú Binacional	s.d.	
Caja Mutual Cooperativistas.....	s.d.	

Tampoco en este caso se ha podido determinar las edades de los jubilados y pensionados.

Existe un **programa de pensiones de naturaleza no contributiva para los veteranos de la Guerra del Chaco**, cuya cobertura está focalizada en las personas debidamente registradas. Contempla una pensión económica a través de la Caja Fiscal y del Instituto de Previsión Social, conforme lo contempla la Ley N° 431/73, que fuera reglamentada por Decreto N° 4.661/74, y servicios de salud que son prestados a través del IPS. El monto por beneficiario titular fue fijado por Decreto Presidencial en 1.300.000 guaraníes mensuales.

El Instituto de Previsión Social no cuenta con un registro contable sobre el efecto monetario que representa la totalidad de los montos abonados en concepto de pensiones a los veteranos; como tampoco tiene una cuantificación de las prestaciones médicas efectuadas, a los lisiados y veteranos de la Guerra del Chaco, y a los familiares descendientes de estos.

El pago de las pensiones a los veteranos y lisiados de la Guerra del Chaco, constituye un privilegio concedido a los beneméritos de la Guerra, atendiendo a que con un mínimo de aporte cotizado en la Caja Previsional, accedieron al cobro de una asignación mensual. Este mínimo requerido no es el mismo que el solicitado para el otorgamiento de los beneficios a largo plazo a los demás aportantes, que no corresponden a este grupo identificado previamente.

También existen pensiones graciables del Congreso Nacional, que están recibiendo actualmente 681 personas, mayoritariamente adultos mayores. Este beneficio se financia con aportes del Tesoro, y no hay uniformidad en los montos asignados individualmente.

El tratamiento fiscal de los adultos mayores es el mismo que el de la población en general, a excepción de los Mutilados, Lisiados y demás Veteranos de la Guerra del Chaco, a los que la Ley 1.350/88, en su Art. 20, exonera a los, del pago de los impuestos y de las tasas fiscales, judiciales y municipales, así como de otros gravámenes, aplicados por los actos o conceptos que se mencionan:

Inciso e) Papel sellado y estampillas para trámites judiciales, administrativos y bancarios que realizaren en asuntos propios, sin limitación de monto; y del estampillado en los recibos otorgados por los mismos hasta la suma de Gs. 1.500.000.

Inciso f) Patentes fiscales y municipales a los que se dediquen a actividades profesionales, comerciales, industriales, artesanías y cualquier otra actividad lícita, hasta la suma de 1.500.000 por año de activo tomado del balance del último ejercicio. Si el activo es superior a esta suma, las patentes serán abonadas sobre el excedente de su monto.

Inciso k) Impuesto a la herencia, legados y donaciones de bienes, por valor de hasta Gs. 3.000.000. Esta exoneración se extiende igualmente en beneficio de la viuda e hijos menores.

La Ley 1.885/02 en su artículo tercero especifica el acceso al crédito a los adultos mayores en igualdad de condiciones que la población en general. Este derecho en la realidad se encuentra restringido en las entidades bancarias y financieras privadas.

En la actualidad, se encuentran en estudio varios proyectos de modificaciones de la Carta Orgánica del Instituto de Previsión Social. Uno de ellos es un Anteproyecto de Ley de modificación del artículo 60º de la Ley N° 375/56, por el que implantaría un nuevo sistema de liquidación de beneficios a largo plazo, a través de la determinación del *haber jubilatorio indexado*, para cuyo cálculo se tendrán en cuenta los valores de la variación del índice del precio del consumidor y del salario mínimo, tomándose los aportes cotizados por el trabajador durante 20 años con sus respectivas revalorizaciones.

Otro Anteproyecto en estudio modificaría el artículo 25º de la Ley N° 430/73, se refiere al pago de Continuidad en el Beneficio, consistente en aportes mensuales calculados en base a un promedio salarial, cotizado recientemente por el trabajador solicitante, a los efectos de continuar aportando a la Caja Previsional, con posterioridad a su salida del trabajo, y con la finalidad de completar los años de cotización requeridos para acceder al cobro de un beneficio a largo plazo.

Servicios sociales

El IPS, por medio de sus asistentes sociales, presta servicios de orientación para la tramitación de documentos; y a la vez, disipando dudas si se presentare algún inconveniente en el campo de la prestación médica. Se cuentan con Proyectos de Prestaciones Sociales como el denominado "Ciudadano de Oro".

Salud

La Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad cuenta con un Programa de Promoción de la Salud del adulto mayor, cuyo objetivo es promover la salud y prevenir enfermedades. En el marco de este programa se lleva a cabo un proyecto sobre Envejecimiento Saludable y un ciclo de Charlas sobre Autocuidado de la Salud.

Actualmente se están elaborando fascículos de autocuidado que serán publicados mensualmente, en un medio de prensa escrita. La publicación tendrá relación con una serie de charlas que se harán a nivel nacional en coincidencia temática con la publicación.

El IPS brinda cursos de informaciones sobre diversas enfermedades que aparecen con mayor frecuencia en la vejez, en los que principalmente orienta sobre las medidas de prevención de las mismas.

Participación

Los adultos mayores tienen los mismos derechos que el resto de la población en cuanto a régimen asociativo, en virtud del Art. 42 de la Constitución Nacional, que establece que "Toda persona es libre de asociarse o agremiarse con fines lícitos, así como nadie está obligado a pertenecer a determinada asociación".

Los jubilados y pensionados tienen representantes en los Consejos Directivos de las Cajas de Jubilaciones y Pensiones.

3.2.2. Acciones específicas

A continuación se presentan los programas específicos dirigidos hacia los adultos mayores en Paraguay.

Cursos de Preparación a la Jubilación

Este programa, promovido por la Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad del Instituto de Bienestar Social, tiene por objetivo propiciar que la jubilación sea percibida como el inicio de una fase de vida llena de posibilidades de realización personal y social. Se viene realizando cada año desde 1999 y su ámbito de actuación es nacional. Sus destinatarios son funcionarios de instituciones públicas próximos a jubilarse. Entre 1999 y 2003 han recibido capacitación 600 personas.

Organización del Ocio y el Tiempo Libre

El objetivo de este programa, ejecutado por la Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad del Instituto de Bienestar Social, es organizar encuentros que fomenten la alegría de vivir y la solidaridad entre los adultos mayores. El programa se inició en enero de 2001, y se desarrolla en localidades cercanas a Asunción. Sus destinatarios son los integrantes de centros de día y hogares de ancianos dependientes del IBS.

Específicamente, se organizan campamentos para adultos mayores con el objetivo de potenciar entre ellos una mejor actitud hacia la vida, disfrutando de la naturaleza e intensificando la actividad mental y la convivencia.

Reciprocidad de trato entre Cajas Previsionales

Se está elaborando un Anteproyecto de Ley de Reciprocidad de Trato entre Cajas, a efectos de proveer determinados beneficios previsionales a los trabajadores, sean adultos mayores o no. Serán responsables de su ejecución todas las Cajas que administran los aportes de los trabajadores afiliados, sean de naturaleza pública, privada o mixta.

El objetivo es la concesión de beneficios a largo plazo a los afiliados de distintos Cajas Previsionales, a través del reconocimiento y totalización de los años de aportes cotizados en cada Caja, y al pago por prorrateo en cada entidad donde el afiliado aportó, conforme a la legislación pertinente de cada una, y a los años de cotizados en ella.

La Ley de Reciprocidad de Trato entre Cajas tendrá vigencia inmediata una vez que sea aprobada en el Congreso Nacional como Ley de la República. Su ámbito de aplicación será nacional, afectando a las Cajas existentes en todo el país que proveen beneficios pensionales y jubilatorios a sus afiliados. Los destinatarios son los afiliados de las distintas Cajas existentes a la fecha, sean adultos mayores o no.

La propuesta de Anteproyecto ha sido evaluada satisfactoriamente por una Comisión Coordinadora Interinstitucional, representantes del Equipo Económico Nacional. Este proyecto beneficiará a un gran número de adultos mayores que a la fecha no cuentan con un ingreso mensual proveniente del cobro del beneficio jubilatorio, causado por la falta de una legislación que contemple las diferentes actividades laborales desarrolladas por el trabajador en su etapa productiva, atendiendo a que no todo el tiempo el trabajador pudo haber sido aportante de una

sola Caja. En ella se tiene en cuenta la migración de los trabajadores de una Caja a otra, ejerciendo distintas funciones y a la vez, se garantizará el cobro de un emolumento mensual en la etapa senil, cuando el hombre no posee las fuerzas necesarias para ejercer una labor remunerativa, que le permita una vida digna.

3.2.3. Actuaciones en el ámbito de la salud.

El Instituto de Previsión Social realiza constantemente charlas educativas y formativas con el objeto de brindar orientaciones a los asegurados en general en materia de Salud Pública, y sistemas de prevención de enfermedades.

A la fecha, el IPS cuenta con un proyecto de programa de salud a ser desarrollado en cuanto termine la construcción de un espacio público denominado *Parque Salud*, donde estará inserto el Centro *Club del Ciudadano de Oro*, cuyas instalaciones están destinadas para la realización de deportes, con áreas de cubiertas para dar albergue a la población que desean participar en charlas de capacitación con orientaciones médicas y actividades de recreación. En este sitio se desea dar prioridad a los adultos mayores, con la creación de este espacio especialmente pensado para su bienestar.

Además, la Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad del Instituto de Bienestar Social desarrolla el Programa Nacional sobre Envejecimiento Saludable. Iniciado en mayo de 2000 y con ámbito de actuación nacional, tiene por objetivo promover el envejecimiento saludable de los adultos mayores.

Servicios de salud

El IPS brinda atención médica, quirúrgica y dental, con una cobertura amplia (provisión de medicamentos, prótesis, consultas médicas, realización de estudios auxiliares de diagnóstico) a todos los adultos mayores aportantes del Seguro Social y a los familiares de estos (esposa/o, hijos menores y mayores incapacitados, padres). El requisito de acceso es el de pertenecer a la Caja Previsional a través del aporte o encontrarse en goce de jubilación otorgada por el IPS.

Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia

El Instituto de Previsión Social ofrece prestaciones de ayudas técnicas y ortopedia a los aportantes de la Caja Previsional, dentro del régimen general con un mínimo de 3 años de aportes o a quienes se encuentran en goce de una jubilación concedida por el Instituto.

Fuera de los beneficios del IPS no hay programas o planes públicos establecidos para los adultos mayores a excepción de los que llevan a cabo algunas instituciones estatales (Dirección de Beneficencia Nacional, DIBEN; Secretaría Ejecutiva de Acción Social de la Presidencia de la República e Instituto Nacional de Protección a las Personas Excepcionales, INPRO), que proveen caso por caso ayudas técnicas y ortopedia, teniendo como base las personas carenciadas económicamente.

3.2.4. Programas considerados como experiencias de buenas prácticas

La Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad del Instituto de Bienestar Social, en colaboración con el Ministerio de Educación y Cultura, desarrolla el Programa de Promoción de la Educación y la Cultura, un programa de concienciación dirigido a la comunidad educativa con el objetivo de lograr que los jóvenes valoren, aprecien, comprendan y acepten a las personas mayores y al mismo tiempo, vayan preparándose para esta etapa de la vida.

El programa se lanzó en junio de 1999, y sus destinatarios son los futuros monitores de la Comunidad Educativa. En virtud de este programa se ha capacitado a 80 monitores y se han distribuido 3.000 cartillas en colegios.

Jornada de Concienciación sobre la Situación de las personas adultas mayores en el Paraguay Organizado por la Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Comité Consultivo y de Enlace de Adultos Mayores: en el mes de septiembre, octubre y noviembre del año 2005 se llevaron a cabo las jornadas en dos ciudades del interior y 1 jornada en Asunción., en todas ellas se realizaron atenciones odontológicas, médicas, entregas de medicamentos, detección de diabetes, toma de presión, vacunación, consultas sobre aspectos jurídicos a representantes de la defensoría del pueblo, renovación de cédulas, cedulación a indocumentados, atención de primeros auxilios:

Estas actividades se realizaron con los siguientes objetivos:

- Favorecer el conocimiento de la situación de las personas adultas mayores en Paraguay.
- Impulsar la participación y colaboración interinstitucional, pública y privada para la atención de las personas adultas mayores

4. RED DE RECURSOS

4.1. Red de recursos sociosanitarios

En Paraguay hay un total de 35 hogares de larga estadía para adultos mayores, que cuentan con un total de 1.260 plazas. La mayoría de ellos son centros privados con ánimo de lucro. Existen también 22 centros comunitarios de atención diurna, algunos de los cuales ofrecen Servicios de Ayuda a Domicilio a personas adultas mayores con discapacidad física, y dos comedores comunitarios.

En el año 2003, la Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad del Instituto de Bienestar Social, con el apoyo de la OPS, publicó el "Manual de orientación Centro Comunitario". Básicamente la publicación detalla conceptos, objetivos y destinatarios sobre los Centros Comunitarios de adultos mayores. Detalla un modelo de organización y funcionamiento, estrategias y sugerencias a ser implementadas.

En el año 2005, la Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad del Instituto de Bienestar Social, con el apoyo de la OPS, publicó la Estrategia de Rehabilitación basada en la comunidad.

Actualmente se aboca a la realización de un proyecto de atención ambulatoria de salud dirigida a personas adultas mayores con discapacidad física de un barrio de la periferia de Asunción.

PARAGUAY – Red de recursos sociales para los adultos mayores			
	Públicos	Privados con ánimo de lucro	Privados sin ánimo de lucro
Residencias	4 centros, con 300 plazas. Dos dependen del MSPBS, uno del Ministerio de Defensa Nacional (Cuartel de la Victoria, para los Veteranos de la Guerra del Chaco) y uno del Ministerio del Interior (San Francisco de Asís)	28 centros, con un total de 840 plazas.	3 centros, con 120 plazas.
Centros de atención diurna	10 centros, con 200 plazas.	2 centros, con un total de 100 plazas.	10 centros. El número de plazas se implementa de acuerdo a las necesidades y posibilidades.
Comedores comunicarios			2 comedores.

4.2. Redes de apoyo social

Asociaciones

En Paraguay existen 120 organizaciones registradas de adultos mayores. No se dispone de datos sobre el porcentaje de adultos mayores que participa y los niveles de organización: asociaciones de primer grado (centros de mayores); asociaciones de segundo grado (federaciones) y asociaciones de tercer grado (confederaciones).

Cooperación Internacional

Ha sido presentado a la RIICOTEC una solicitud de asistencia técnica para llevar a cabo un curso de Reconocimiento y valoración de discapacidades y un Curso sobre Accesibilidad y Discapacidad.



URUGUAY

Informe sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores



MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
*Programa Nacional
del Adulto Mayor*



BPS
Instituto de Seguridad Social

La información básica para la elaboración de este Informe sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en Uruguay proviene de las respuestas que el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, la Representación de Jubilados y Pensionistas en el Banco de Previsión Social y la Asesoría General en Seguridad Social del Banco de Previsión Social han proporcionado al cuestionario diseñado al efecto por la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social en colaboración con las instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de los adultos mayores en los países del Cono Sur, en el marco del Proyecto "Adultos Mayores, Dependencia y Servicios Sociales".

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

1.1. Población de Adultos mayores según el Censo de 2004

Según la primera fase del Censo de 2004, la población total de Uruguay es de 3.241.003 personas. La población uruguaya es predominantemente urbana (el 91,8% reside en áreas urbanas, frente al 8,2% que habita en áreas rurales). La densidad de población es de 18 habitantes por km². La fecundidad es baja (2,1 hijos por mujer, con una tasa de natalidad de 15,1 nacimientos por mil habitantes), la tasa bruta de mortalidad es poco elevada (9,7 por mil), y el saldo migratorio, negativo (-4,2 por mil). La tasa de crecimiento vegetativo (nacimientos menos defunciones) es bastante moderada (5,4 por mil), y la tasa de crecimiento total (crecimiento vegetativo menos el saldo migratorio) muy baja, de sólo un 1,2 por mil anual. La tasa de mortalidad infantil (defunciones de menores de un año en relación con el número de nacidos vivos) es de un 13,9 por mil.

Uruguay tiene los mayores índices de envejecimiento de toda la región de América Latina y El Caribe. El número de personas mayores de 60 años residentes en Uruguay se cifra en 574.438 (un 17,7% de la población total). La proporción que suponen las personas mayores de 65 años sobre el conjunto de la población asciende al 13,3 por ciento, y la de los mayores de 85, al 1,4 por ciento.

URUGUAY- Población de Adultos Mayores según el censo de 2004 (miles de personas y porcentajes)						
	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
Total	574.438	239.174	335.264	17,7	41,6	58,4
60-64	141.457	65.586	75.871	4,4	46,4	53,6
65-69	122.377	54.233	68.144	3,8	44,3	55,7
70-74	118.627	49.919	68.708	3,7	42,1	57,9
75-79	87.848	34.928	52.920	2,7	39,8	60,2
80-85	58.887	21.269	37.618	1,8	36,1	63,9
85 y más	45.242	13.239	32.003	1,4	29,3	70,7

Fuente: INE. Censo Fase I, 2004.

Las mujeres son mayoría en la población adulta mayor de Uruguay. Mientras que en el conjunto de la población, teniendo en cuenta todos los grupos de edad, la proporción global de mujeres es del 51,7%, entre los mayores de 60 años esa proporción se eleva hasta el 58,4%, y sigue aumentando conforme lo hace la edad, pues las mujeres representan el 61,6 por cien de los mayores de 70 años, y el 67% de los mayores de 80.

La esperanza de vida al nacer, calculada a partir de los datos del censo de 2004, es de 75,2 años (71,7 para los varones y 78,9 para las mujeres). A los 60 años, la esperanza de vida adicional se cifra en 23 años para las mujeres y 21 para los hombres.

Los adultos mayores uruguayos se concentran predominantemente, y en mayor proporción que la población global, en las áreas urbanas. Esa concentración en zonas urbanas se incrementa a medida que aumenta la edad y es más significativa en las mujeres. Así, mientras el porcentaje de residentes en áreas urbanas en la población total es del 91,8% (90,4% de los hombres y 93,1% de las mujeres), entre los mayores de 60 años la proporción sube al 92,5% (89,7% de los hombres

y 94,5% de las mujeres), y entre los mayores de 80 años, al 94,5% (92,2% de los hombres y 95,7% de las mujeres).

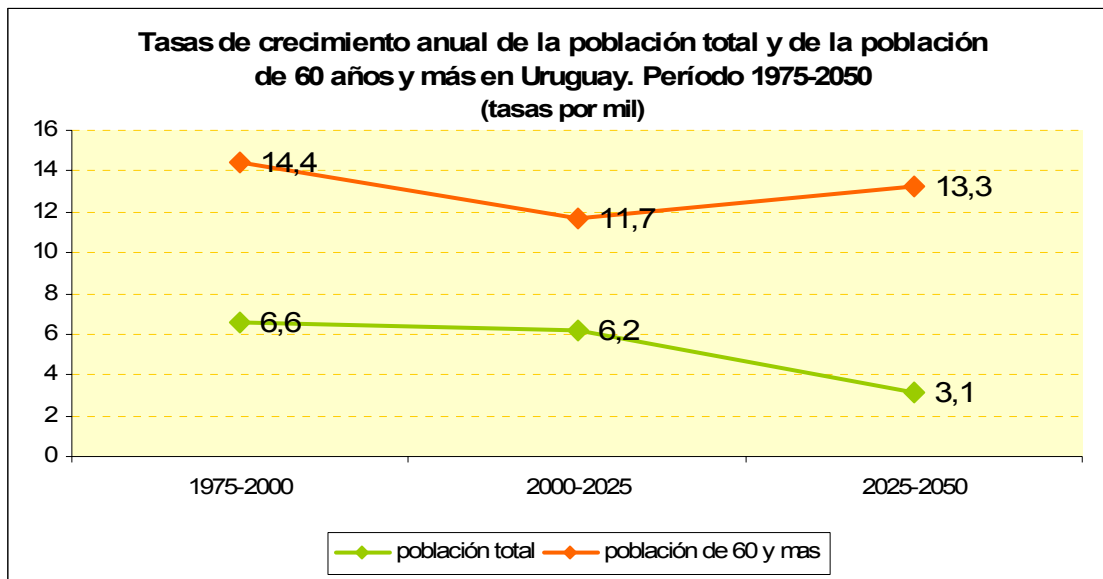
1.2. Evolución de la población mayor en el período 1975-2050

De acuerdo con los datos recogidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía en el número 73 de su boletín demográfico (2004), sobre estimaciones de población para América Latina y el Caribe, en el año 1975 la población uruguaya ascendía a 2,8 millones de habitantes, de los que cerca de 400 mil eran mayores de 60 años, lo que en términos porcentuales significaba el 14,10%. En el año 2000 la población de adultos mayores representaba ya el 17,11% de la población total. Las estimaciones apuntan que el peso de los adultos mayores seguirá creciendo a lo largo de este siglo a tal grado que para el 2050 un cuarto de la población uruguaya tendrá más de 60 años.

URUGUAY- Población total y Adultos Mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (miles de personas, a mitad del año)				
	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	2.829	3.337	3.900	4.219
Hombres	1.401	1.619	1.910	2.076
Mujeres	1.427	1.718	1.990	2.143
Hombres %	49,5	48,5	49,0	49,2
Mujeres %	50,4	51,5	51,0	50,8
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	399	571	767	1071
Hombres	181	239	323	475
Mujeres	220	334	443	595
Proporción s/ la población total %	14,1	17,1	19,7	25,4
Hombres %	45,4	41,9	42,1	44,4
Mujeres %	55,1	58,5	57,8	55,6

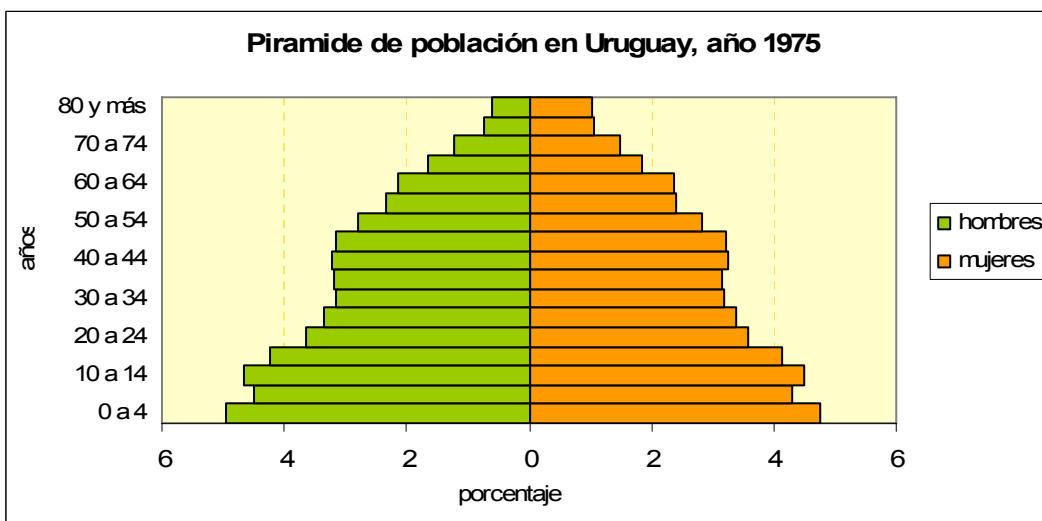
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. CELADE 2004.

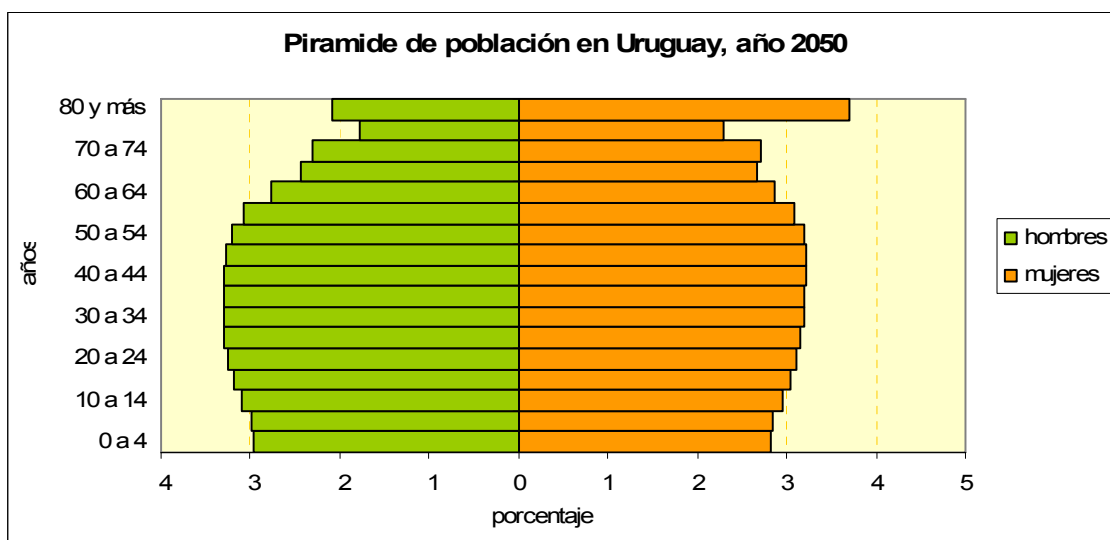
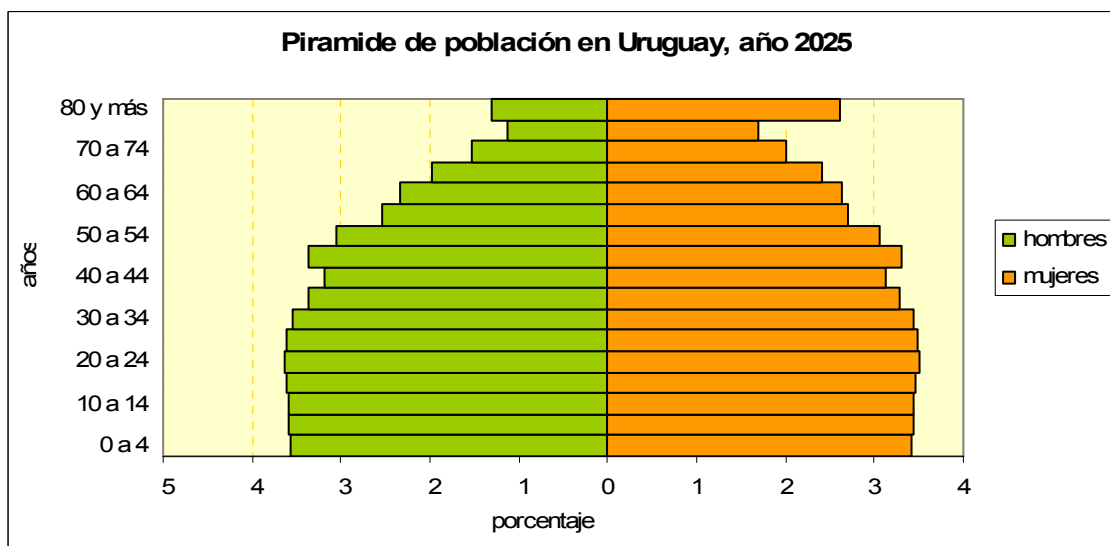
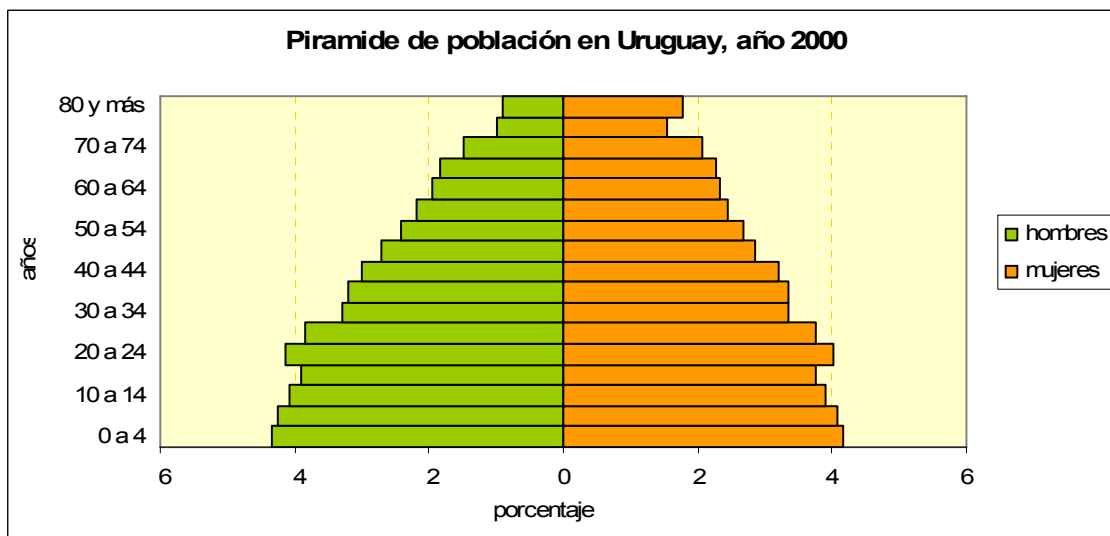
Frente al aumento de la población mayor destaca, por otro lado, el descenso en la tasa de crecimiento de la población total. El gráfico de las tasas anuales de crecimiento de la población total y de la población mayor es similar a un espejo que refleja una imagen invertida. Durante el período 1975-2000 la tasa anual media de crecimiento de los adultos mayores fue del 14,4 por mil, mientras que para el mismo período la población total crecía anualmente en 6,6 personas por cada mil habitantes. Para el primer cuarto del siglo XXI la tasa anual media de crecimiento del conjunto poblacional será muy similar a la del último cuarto del siglo XX (6,2%), mientras que la correspondiente a los adultos mayores, aunque será menor que la del cuarto de siglo precedente, crecerá a un ritmo doble, situándose en valores cercanos al 12 por mil. Las tasas de crecimiento proyectadas para una población y otra en el segundo cuarto del presente siglo apuntan que el crecimiento de los mayores será tres veces mayor que el de la población total.



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

Las pirámides de población en Uruguay correspondientes a los años 1975 y 2000, y las proyectadas para 2025 y 2050, muestran una estructura demográfica cada vez más envejecida. La imagen que reflejan estas pirámides se encuentra estrechamente ligada a la baja fecundidad y a una tasa de migración alta, dos circunstancias que explican una base estrecha, una desproporción en la distribución de varones y mujeres en las cohortes intermedias, especialmente en las pirámides de los años 1975 y 2000, además de un volumen y peso significativo de los adultos mayores a lo largo de todo el período. Las pirámides proyectadas para los años 2025 y 2050 ofrecen claramente un perfil rectangular donde las cohortes de más edad empiezan a tener más volumen que los correspondientes a la base. La edad media de la población uruguaya en el año 1975 era de 30 años, y se estima que a mitad de siglo se haya elevado hasta los 41,8 años.



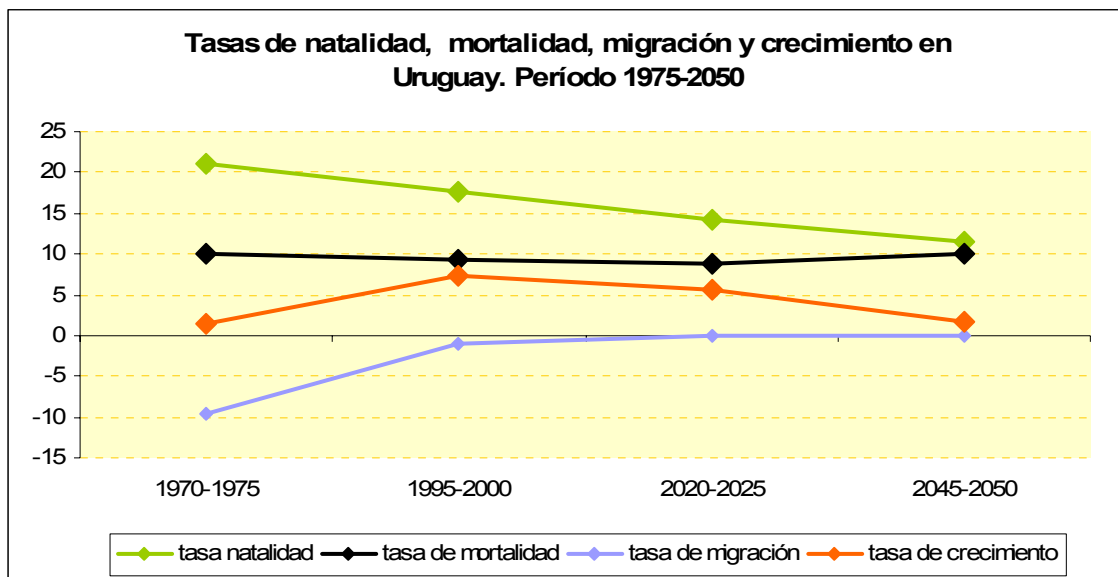


Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

La tasa global de fecundidad en Uruguay se ha caracterizado por unas cifras particularmente bajas a lo largo del siglo pasado. En el quinquenio 1950-1955 el número de hijos por mujer se situaba en 2,73 frente a los 5,91 de América Latina en su conjunto. Para el quinquenio 1970-1975, 20 años después, esta cifra había aumentado ligeramente hasta tres hijos por mujer, sin embargo en el período 1995-2000 este indicador se había reducido nuevamente a 2,4. Se estima que para los quinquenios 2020-2025 y 2045-2050 las tasas de fecundidad en Uruguay sean de 2,05 y 1,85 hijos por mujer respectivamente.

Durante el período 1970-2000, la tasa bruta de mortalidad se ha mantenido sin grandes cambios, con alguna oscilación, en torno a los 10 fallecimientos por cada mil habitantes.

Uruguay ha mantenido a lo largo del tiempo una tasa negativa de migración. En el quinquenio 1970-1975 las salidas de población experimentaron su momento álgido, con 9,65 personas menos por cada mil habitantes y año, una cifra cercana a la tasa de mortalidad, que en ese mismo período se situaba en 9,9 fallecimientos por cada mil personas. Si a estas dos variables unimos la baja fecundidad, podemos entender, que este país iniciara su proceso de envejecimiento mucho antes que el resto de la región.

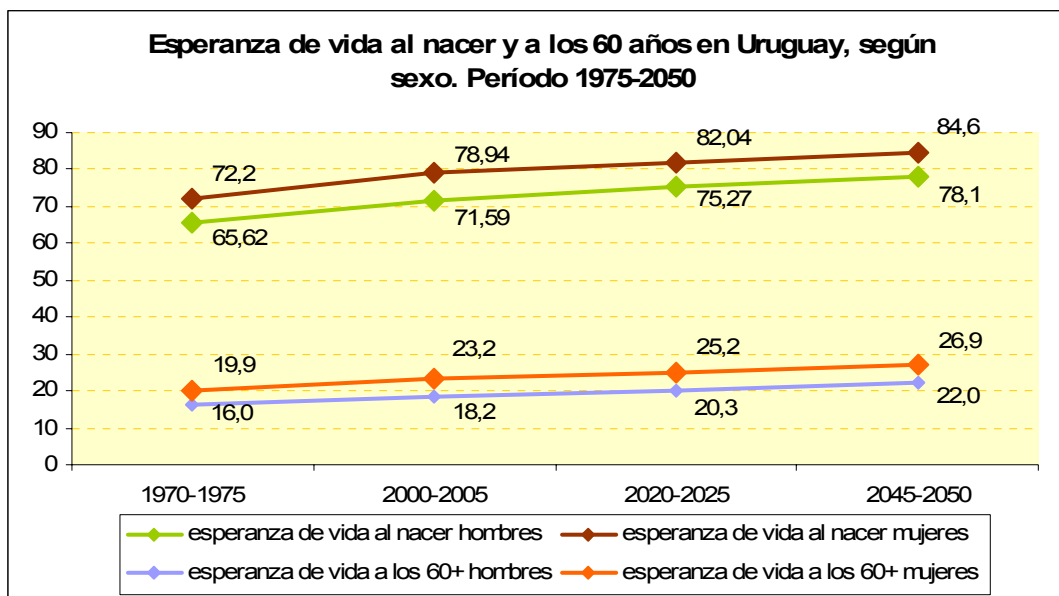


Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

La esperanza de vida al nacer ha pasado de los 68,3 años en el quinquenio 1970-1975 a los 75,2 años en el lustro 1995-2000, esto es, se ha incrementado en 7 años en el último cuarto de siglo. Las proyecciones apuntan que esta cifra puede llegar a los 81,3 años a mitad de siglo. Al caracterizar este indicador por género se observan diferencias a favor de las mujeres, que mantienen una expectativa vital superior respecto a los hombres.

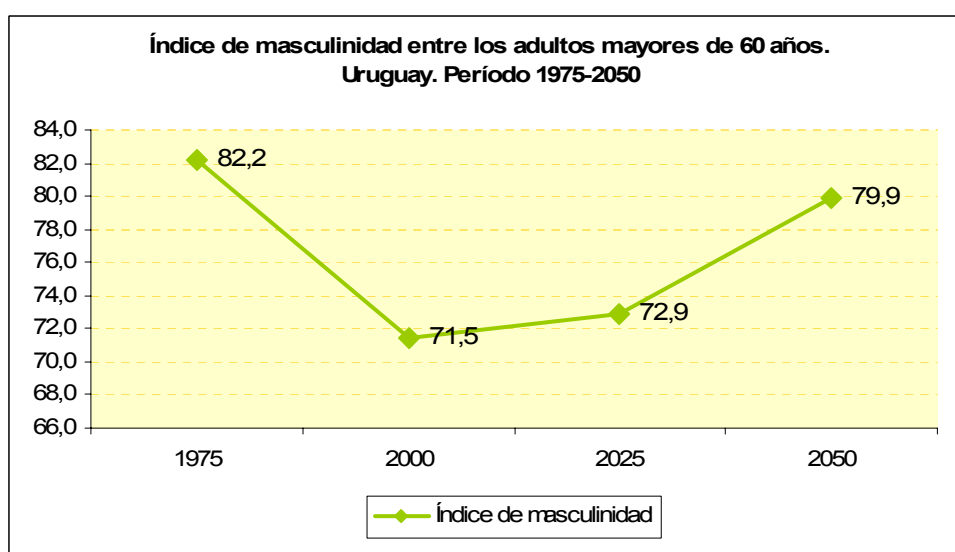
Por lo que se refiere al número de años que le restarían por vivir a una persona al cumplir los 60, para el quinquenio 1970-1975, los varones mantenían una expectativa vital de 16 años adicionales frente a los casi 20 de las mujeres. A mitad del presente siglo, se estima que la esperanza de vida adicional a los 60 años será

de 22 años para los varones y de 26,9 para las mujeres. Se estima que en el quinquenio 2000-2005, el incremento en la esperanza de vida permite, a los 80 años, que las expectativas de vida adicional sean de entre 7 y 9 años más, según el género.



Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025. CELADE, 2004.

La presencia de mujeres en el grupo de edad de 60 años y más convierte a la población adulta mayor uruguaya en una población feminizada. El índice de masculinidad refleja esta circunstancia: mientras en el año 1975 el índice se situaba en 82,2 varones por cada cien mujeres, en 2000 este indicador se redujo a 71,5 varones por cada cien mujeres; se estima que la proporción de varones entre los mayores de 60 años sea del 72,9% en 2025 y casi del 80% en el año 2050.



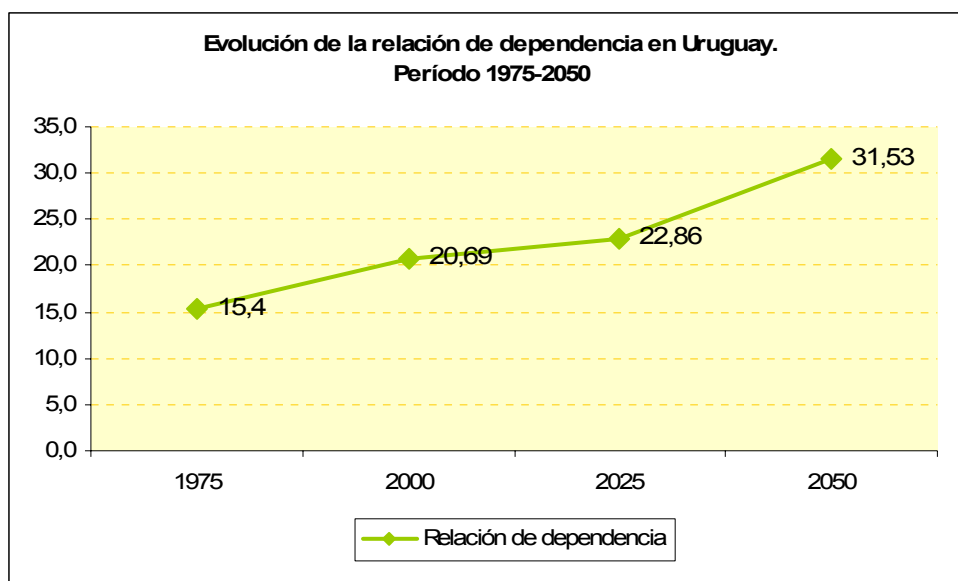
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. Boletín Demográfico No. 72, América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050. CELADE, 2003.

En el año 1975 los mayores de 75 años suponían la cuarta parte de la población adulta mayor de 60 años y el 3,43% de la población total. Este grupo etario ha venido incrementando su volumen y peso tanto entre los adultos mayores como en el conjunto poblacional, de manera que en el año 2000 las personas de 75 años y más constituían el 5,25% de la población total. Las proyecciones apuntan que esta proporción puede alcanzar el 9,77% en el año 2050.

URUGUAY - Población de 75 años y más en el período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
Total	97	174	263	412
% respecto a la población de 60 y más años	24,3	30,5	34,3	38,5
% respecto a la población total	3,4	5,2	6,7	9,8

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

Este aumento de las personas mayores repercute directamente en el índice de dependencia, que presenta una tendencia de carácter ascendente. Mientras en el año 1975 este índice se situaba en 15 adultos mayores por cada cien personas en edad laboral, en 2000 este indicador había aumentado alrededor de 5 puntos ubicándose en 20,7. Se estima que este índice seguirá creciendo y podrá alcanzar en el año 2050 los 31,5 adultos mayores por cada cien personas en edad laboral.



Relación de dependencia= (Población de 65 años y más / población de 15-64 años) x 100
 Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL *Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025*. CELADE, 2004.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN URUGUAY

La información sobre condiciones de vida de los adultos mayores facilitada por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social de Uruguay procede de la *Encuesta sobre Estilos de Vida y Salud de la Población Adulta* (ENEVISA) del año 1999, realizada por el Instituto Nacional de Estadística bajo la forma de un módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, y cuyos resultados fueron publicados en el año 2000 por la CEPAL con el título "Cómo Envejecen los Uruguayos"²⁷. Dicha encuesta se aplicaba a personas de 55 años y más residentes en hogares urbanos en localidades de más de cinco mil habitantes. La población encuestada (1.500 personas) ha sido clasificada en tres grandes grupos de edad. El primero de ellos corresponde a la población de 55 a 64 años, definida como población en transición hacia la vejez, el segundo comprende a la población de 65 a 79 años, y finalmente el grupo de 80 años y más.

La encuesta identifica cuatro escenarios de envejecimiento de la población investigada. Estas tipologías de envejecimiento están determinadas por diferentes estados de salud que reflejan no sólo la percepción o no de enfermedades crónicas sino también aspectos como la autovaloración y la capacidad funcional, es decir, la habilidad que mantienen las personas para desarrollar actividades elementales e instrumentales de la vida diaria. A partir de estas variables se observa que el 4,2% de las personas encuestadas mantienen un "envejecimiento ideal". "Estas personas no perciben enfermedad crónica, hacen una autoevaluación de su estado físico muy buena y llevan un estilo de vida muy positivo", es decir, practican hábitos adecuados de alimentación, no consumen tabaco y/o alcohol, realizan actividad física, cuentan con una elevada autoestima, están socialmente integrados y gozan de una alta sensación de bienestar. Al distinguir por grupo de edad se observan ligeras variaciones en los porcentajes que oscilan entre el 5 y el 3%.

La segunda forma de envejecimiento corresponde al llamado "envejecimiento activo". Este grupo incluye aquellas personas que, "aún percibiendo enfermedad crónica, presentan un estado de salud bueno y factores de riesgo bajo". Los elementos favorables a destacar son similares a los que disfruta el grupo anterior con un grado más bajo en la calificación de cada ítem. El porcentaje en esta categoría alcanza al 3.7% de la población estudiada. En los porcentajes por grupos de edad destaca la cifra del 5,1% que mantiene el grupo de 80 años y más.

El tercer escenario de envejecimiento representa al 88% de la población encuestada y corresponde al "envejecimiento habitual". "Este grupo está conformado por personas que, al margen de que perciban o no enfermedad crónica, presentan factores de riesgo alto o relativos para su salud, y las que teniendo enfermedad y estado de salud regular presentan sin embargo factores de riesgo bajo"²⁸. Por grupos de edad las cifras son las siguientes: 91,2% para el grupo de 55 a 64 años, 88,4% para las personas de 65 a 79 años y de 72,6 para quienes tienen 80 años y más.

²⁷ CEPAL, *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000
<http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/2/LCMVDR185Rev2/Parte%201y2.pdf>
<http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/2/LCMVDR185Rev2/parte%203.pdf>

²⁸ Ibid. P.13

La cuarta forma de envejecimiento, definida como "envejecimiento patológico", comprende al 4.4% de la población encuestada. Este grupo se caracteriza por una baja o nula capacidad funcional y por tanto por una dependencia de terceros importante. En el grupo de personas de 80 años y más, la proporción de quienes experimentan un envejecimiento patológico se sitúa en el 19,3%.

URUGUAY - Formas de envejecimiento de la población encuestada según grupo de edades (en porcentajes)					
Grupo de edades	Total	Formas de envejecimiento			
		Ideal	Activo	Habitual	Patológico
Total	100,0	4,2	3,7	87,7	4,4
55 a 64 años	100,0	4,9	2,6	91,2	1,3
65 a 79 años	100,0	4,0	4,3	88,4	3,3
80 años y más	100,0	3,0	5,1	72,6	19,3

Fuente: *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000. En base a la encuesta ENEVISA (módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, 1999).

2.1. Salud

Según la *Encuesta ENEVISA*, la **cobertura de salud** de los adultos mayores en Uruguay alcanza alrededor del 96,8% de esta población. El 37,5% de la población encuestada está asistida por el sistema público: un 24,6 por el *Ministerio de Salud Pública (MSP)*, que por mandato constitucional garantiza el acceso gratuito a los recursos sanitarios a personas de bajos recursos, y el 12,9% restante por otras instituciones públicas (Hospital Militar, Hospital Policial, Bancos Estatales y Entes Autónomos). Las *Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)* asisten en salud al 59,3% de las personas mayores residentes en Uruguay. Estas instituciones de carácter privado sin fines de lucro, constituyen un sistema de atención de salud prepago, de afiliación individual, familiar o colectiva, con pago de cuota mensual. Un 3,2 por ciento de la población mayor uruguaya no tiene cobertura de salud.

URUGUAY - Población encuestada por tipo de cobertura de salud, según grupo de edades, sexo y área de residencia (en porcentajes)					
	No tiene	IAMC*	MSP**	Otros	Total
Total	3,2	59,3	24,6	12,9	100,0
Distribución por grupos de edad					
55 a 64 años	4,3	59,2	21,7	14,8	100,0
65 a 79 años	2,5	58,6	25,4	13,5	100,0
80 años y más	2,3	62,0	30,9	4,8	100,0
Distribución por sexo					
Hombres	4,2	57,6	20,3	17,9	100,0
Mujeres	2,4	60,5	27,7	9,4	100,0
Distribución por área de residencia					
Montevideo	3,3	73,0	11,7	12,1	100,0
Interior Urbano	3,0	44,3	38,8	13,9	100,0

(*) I.A.M.C.: Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (privadas)

(**) M.S.P.: Ministerio de Salud Pública

Fuente: *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000. En base a la encuesta ENEVISA (módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, 1999).

De acuerdo con la encuesta ENEVISA, en Uruguay, 67 de cada cien personas mayores de 55 años perciben tener una enfermedad crónica. La tasa de percepción de enfermedades crónicas es significativamente mayor entre las mujeres (71,7%) que entre los hombres (61,1%), y se incrementa con la edad.

Las principales causas de morbilidad crónica de la población mayor en Uruguay son las enfermedades del sistema circulatorio, que afectan al 38,2 por ciento de los adultos mayores, las enfermedades reumáticas (26,8%), las enfermedades de aparato digestivo (10,3%), la diabetes (7,6%) y las enfermedades respiratorias (4,2%).

La esperanza de vida libre de discapacidad a los 60 años se ha establecido, a partir de datos de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en aproximadamente 18 años para la mujer y 16 para el hombre.

2.2. Situación económica y pobreza

2.2.1. Jubilaciones y pensiones

La principal institución de seguridad social en Uruguay es el Banco de Previsión Social (BPS), por la cobertura que brinda por medio de sus programas de seguros sociales contributivos y no contributivos, tanto a la población pasiva como a la población activa. Los pasivos del BPS de 60 años y más son 564.701, que representan el 98.3% del total de mayores de 60 años en todo el país, cifrado por la Fase I del Censo de 2004 en 574.438 personas.

El BPS proporciona cobertura al 88% del total de pasivos del país (incluyendo jubilados y pensionistas de distintas edades). Las prestaciones de pasividad o IVS de este instituto son las siguientes:

CONTRIBUTIVAS:

- Jubilación común
- Jubilación por edad avanzada
- Jubilación por incapacidad definitiva para toda tarea
- Subsidio transitorio por incapacidad
- Pensiones de sobrevivencia

NO CONTRIBUTIVAS

- Pensiones por Vejez y por Invalidez
- Prestaciones Sociales

El restante 12% de población pasiva es cubierto por los otros organismos de seguridad social: tres Cajas Paraestatales (Caja de Profesionales Universitarios, Caja Bancaria y Caja Notarial), así como los Servicios de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas y de la Policía, que ofrecen cobertura principalmente a jubilados y pensionistas de esas actividades.

Si se tiene en cuenta la población cubierta por los otros organismos de seguridad social, se puede afirmar que la cobertura de previsión social (jubilaciones y pensiones) contributivas y no contributivas de los adultos mayores, es muy cercana al 100%.

La protección social contributiva representa el 88% en el total de prestaciones por pasividad del BPS, ya que los pasivos con prestaciones no contributivas a la vejez y a la invalidez son el 12% del total de pasivos. En este 12% están contados los pensionistas no contributivos por invalidez que no son adultos mayores.

Los tramos de ingresos se fijan en función de un índice denominado Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC), cuyo mínimo es \$ 1.482 (pesos uruguayos). El 68,06% de los jubilados no supera 5 BPC, es decir, \$7.410.

La jubilación promedio del BPS, a mayo 2006 es de \$ 5.846. El monto mínimo de jubilación común, a la misma fecha, es de \$ 1.542.

URUGUAY - Distribución de Jubilados del BPS según tramos de ingresos en pesos uruguayos. Prestaciones contributivas (Número de jubilados y porcentajes)					
Hasta \$1.482	De \$1.483 a \$2.964	De \$2.965 a \$4.446	De \$4.447 a \$7.410	\$7.411 y más	TOTAL
7.415	61.058	86.973	84.513	112.603	352.563
2,1%	17,3%	24,7%	24,0%	31,0%	100,0%

Fuente: Asesoría Económica y Actuarial del BPS. Mayo 2006

En el caso de los pensionistas de sobrevivencia del BPS, la proporción de los que no superan 5 BPC (\$7.410) de ingresos por esta prestación asciende al 91%. La pensión por sobrevivencia del BPS tiene un valor promedio de \$ 2.534 a mayo de 2006.

URUGUAY - Distribución de Pensionistas por sobrevivencia del BPS según tramos de ingresos en pesos uruguayos. Prestaciones contributivas. (Número de pensionistas y porcentajes).					
Hasta \$1.482	De \$1.483 a \$2.964	De \$2.965 a \$4.446	De \$4.447 a \$7.410	\$7.411 y más	TOTAL
55.256	43.634	15.547	17.226	12.948	144.612
38,2%	30,2%	10,8%	11,9%	9,0%	100,0%

Fuente: Asesoría Económica y Actuarial del BPS. Mayo 2006

Los adultos mayores que no tienen capacidad contributiva, o a los que no les alcanzan los años de trabajo para obtener derecho a jubilarse, pueden acceder a una prestación por el régimen asistencial, la llamada Pensión Vejez, mediando prueba de recursos, a partir de los 70 años de edad, siendo habitante del país o extranjero con más de 15 años de residencia en Uruguay (Art. 43 de la Ley 16.713).

La carencia de recursos para atender las necesidades vitales se determina por topes de ingresos familiares definidos por reglamentación del Directorio del BPS, a partir de una Tabla de Ingresos.

El monto de la prestación mensual es uniforme, fijado en leyes presupuestales en valores absolutos, llegándose al monto actual (\$2.652.40) mediante los procedimientos de ajuste. Este procedimiento que es el mismo de todas las pasividades (artículo 67 de la Constitución y artículo 60 de la ley 16.713) establece el incremento de la prestación según la evolución del Índice Medio de Salarios, en la misma oportunidad en que se incrementen los salarios de los funcionarios públicos.

La cantidad de pensionistas por vejez e invalidez ascendía en junio de 2006 a 68.196 personas, que representan el 12% del total de pasivos del Banco de

Previsión Social. No se dispone del desglose por edad de esta población, en la que están incluidos pensionistas por invalidez que tienen menos de 70 años.

La proporción que suponen las prestaciones no contributivas por vejez e invalidez sobre el total de las erogaciones que realiza el BPS se encuentra en el entorno de un 4% de dicho total.

URUGUAY- Jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social, según sexo (datos a Junio 2006)			
	Total	Hombres	Mujeres
TOTAL	564.701	197.614	367.087
Jubilados	352.056	159.826	192.230
Pensionistas por sobrevivencia	144.449	6.065	138.384
Pensionistas por vejez e invalidez	68.196	31.723	36.473

Las mujeres reciben menores ingresos por pasividades que los hombres. Como ya se dijo la forma más común de acceso es a través de las pensiones por sobrevivencia y en esta prestación el 90% no supera los \$7.500.

En cuanto a los ingresos jubilatorios, la mayoría de las mujeres jubiladas se encuentran en los tramos inferiores, el 80% no supera los \$7.500 de ingresos jubilatorios, mientras que para los hombres jubilados la proporción en esos tramos menores de ingreso es del 68%.

2.2.2. Situaciones de pobreza en los adultos mayores

Según el Instituto Nacional de Estadística uruguayo, en el año 2005 el número de personas de 65 años y más bajo la línea de pobreza ascendía al 9,4% frente al 29,8% que se registraba para el conjunto de la población. Las estimaciones por región muestran pequeñas variaciones: así, el porcentaje de personas de 65 años de edad bajo la línea de pobreza en Montevideo se situaba en el 10,6%, mientras que para el resto del país la cifra era del 8,0% para el mismo año.

Los datos muestran que los adultos mayores no son un estrato de población particularmente expuesto a la pobreza en Uruguay (de hecho, el porcentaje de pobres entre los mayores de 65 años es menor que a cualquier otra edad). La pobreza, en Uruguay, afecta de forma especial a los niños y jóvenes.

URUGUAY - Distribución porcentual de personas pobres por grupos de edad. Año 2005	
TOTAL	29.8
Menos de 6 años	54.5
De 6 a 12 años	51.7
De 13 a 17 años	43.1
De 18 a 64 años	26.2
De 65 y más	9.4

Fuente: INE – Comunicado de prensa. Abril 2006

http://www.ine.gub.uy/biblioteca/pobreza/ECH_2005_Pobreza.pdf

2.3. Actividad laboral

La *Encuesta ENEVISA* señala que a partir de los 55 años de edad, la participación en actividades económicas comienza a sufrir un fuerte retroceso. Hasta los 54 años de edad la tasa de actividad se sitúa para los varones por encima del 90% y para las mujeres supera el 60%. Para los mayores de 55 años la tasa de actividad masculina es de 41,0% y la femenina de 18,5%.

URUGUAY - Tasas de actividad de la población de 55 años y más, según sexo y grupo de edad (en porcentajes)		
Grupo de edad	Hombres	Mujeres
55 a 59 años	86,6	47,8
60 a 64 años	57,7	28,4
65 a 69 años	30,1	13,4
70 a 74 años	17,0	7,1
75 años y más	5,7	1,8

Fuente: *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000. En base a la encuesta ENEVISA (módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, 1999).

Al consultar a la población investigada acerca del gusto por trabajar y las razones para hacerlo, el 70% de los encuestados que trabajan manifestó que, de poder elegir, preferiría seguir trabajando. En las edades en que todavía la participación es alta (55 a 64 años), hombres y mujeres se inclinan en igual porcentaje por seguir trabajando. La opinión difiere en el grupo de 65 años y más, donde el 80% de los varones prefiere seguir trabajando, frente a solamente algo más de la mitad de las mujeres. Interrogados acerca de si el motivo por el cual trabajan es obtener un ingreso o no permanecer inactivo, en similar porcentaje (90%), hombres y mujeres indicaron el primer motivo, esto es, obtener un ingreso. Un 10% de la población encuestada que trabaja, lo hace por mantenerse activo.

URUGUAY - Distribución de la población urbana ocupada de 60 años y más, según sexo y categoría de la ocupación (en porcentajes)			
	60 a 64 años	65 a 69 años	70 a 74 años
HOMBRES	100,0	100,0	100,0
Empleados	52,8	37,5	35,2
Patrones	11,8	17,7	14,7
Cuenta propia	34,4	43,1	46,7
No remunerados	1,0	1,7	3,4
MUJERES	100,0	100,0	100,0
Empleadas	59,4	56,8	53,5
Patronas	4,8	2,8	3,5
Cuenta propia	31,0	36,5	30,5
No remuneradas	4,8	3,9	12,5

Fuente: *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000. En base a la encuesta ENEVISA (módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, 1999).

La distribución de la población urbana ocupada según la categoría de la actividad laboral indica diferencias importantes entre hombres y mujeres: los porcentajes en la categoría de empleados disminuyen de manera importante entre los varones según aumenta su edad; la cifra entre las mujeres disminuye también, pero a un ritmo menor. La ocupación por cuenta propia entre los hombres crece con la edad: pasa del 34,4 % en el grupo etario de 60 a 64 años al 46,7% en el grupo de edad

de 70 a 74 años. Las actividades no remuneradas en las mujeres se acrecientan también conforme avanza su edad.

2.4. Educación y vejez

El nivel educacional de las personas es un importante condicionante de su situación socioeconómica y, por lo tanto, tiene un papel decisivo en sus condiciones de vida y su bienestar material. Los niveles elevados de educación se correlacionan con ingresos altos y mejores condiciones de vida y de salud. Por otro lado, el nivel de educación influye en forma importante en las actitudes, prácticas y comportamientos que tienen las personas hacia la salud y, por consiguiente, condiciona la demanda y utilización de los servicios de salud. Estos hallazgos son también válidos para la población mayor de 60 años.

De acuerdo con la Encuesta Multicéntrica Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) en América Latina y El Caribe, realizada por la Organización Panamericana de la Salud en 2001, un 2,6% de los varones mayores de 60 años y un 5,1% de las mujeres de esa misma edad residentes en Montevideo no tenían estudios, un 64,6% de los varones y un 67,5% de las mujeres tenían estudios primarios, y un 23,6% de los varones y un 15% de las mujeres tenían estudios secundarios o superiores.

2.5. Vivienda

De acuerdo con la encuesta *ENEVISA*, el 74% de las personas de 55 años y más son propietarios de la vivienda que habitan. De éstos, el 88% la tiene totalmente adquirida y un 12% la está pagando.

El porcentaje de propietarios decrece a edades avanzadas, especialmente en las mujeres. Entre los 55 y los 64 años el 78% de los varones y el 79% de las mujeres son dueños de la vivienda en que residen, pero al sobrepasar los 80 años los porcentajes disminuyen a 76% en los hombres y 57% en las mujeres. Según se señala en el estudio *Cómo envejecen los uruguayos*, "Este comportamiento podría estar motivado en gran medida por las diferentes actitudes que adoptan hombres y mujeres frente a la viudez. Mientras los varones vuelven a casarse o permanecen solos hasta el final de su vida, las mujeres tienden a vivir con sus hijos. En este último caso, si las personas se movilizan a la vivienda de sus hijos, aunque continúen siendo propietarios, no lo son de la vivienda en que residen".

El 11,5% de la población de 55 y más años reside en vivienda alquilada. Entre los hombres, la proporción es del 12%, frente al 11% entre las mujeres.

En viviendas cedidas, que son propiedad de un familiar, residen el 7,8% de los mayores de 55 años (el 9% de las mujeres y el 7% de los varones). La proporción de personas que viven en viviendas cedidas aumenta con la edad, pero mientras que para la población femenina el cambio es limitado y gradual, para la masculina es brusco y elevado a partir de los 80 años.

2.6. Formas de convivencia

2.6.1. Situación conyugal

Según la encuesta ENEVISA, existe una situación conyugal desigual entre hombres y mujeres durante el envejecimiento, consistente en la mayor presencia de mujeres sin pareja. Algunos de los factores determinantes de esta situación son la sobremortalidad masculina, la desigualdad de edades al casarse (los hombres se casan normalmente con mujeres más jóvenes que ellos) y el hecho que los hombres vuelven a casarse en un porcentaje mayor que las mujeres (81% y 74% respectivamente).

URUGUAY - Situación conyugal de mayores de 55 años, según grupos de edades y sexo (en porcentajes)					
	TOTAL	Casados o unidos	Divorciados o separados	Viudos	Solteros
TOTAL	100,0	76,4	6,4	10,8	6,4
55 a 64 años					
Hombres	100,0	82,2	6,6	5,4	5,8
Mujeres	100,0	51,5	15,0	24,9	8,6
65 a 74 años					
Hombres	100,0	76,3	6,9	9,9	6,9
Mujeres	100,0	23,1	12,0	56,9	8,0
80 años y más					
Hombres	100,0	51,4	3,4	39,0	6,2
Mujeres	100,0	4,7	5,9	77,8	11,6

Fuente: *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000. En base a la encuesta ENEVISA (módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, 1999).

2.6.2. Estructuras familiares

En el caso de Uruguay, la declinación de la fecundidad y de la mortalidad, el incremento de los divorcios, la participación creciente de la mujer en el mercado de trabajo y en el sistema educativo, son algunos factores, entre otros, que pueden explicar la tendencia a la disminución del tamaño de los hogares y la presencia de ciertas configuraciones familiares que denotan la cohabitación de distintas generaciones.

Tamaño de los hogares

Se constata como tendencia general una leve disminución del tamaño medio de los hogares uruguayos, que pasaron de tener 3,3 miembros en el año 1985 a 3,2 en 1996. Para la población mayor, se observan significativos incrementos de las personas que viven solas y de las que viven en hogares formados por dos personas, frente a una disminución importante de las que viven en hogares de tres y más personas.

Como se puede apreciar en el siguiente cuadro, el avance de la edad produce cambios importantes. En primer lugar, se incrementa notablemente el porcentaje de personas que viven solas. En segundo lugar, se reduce en forma significativa el peso de la población en hogares integrados por tres personas. En tercer lugar se reduce fuertemente la población en hogares de cuatro y más personas.

En cuanto a las diferencias por sexo, se aprecia que las mujeres presentan mayores porcentajes en hogares conformados por una o dos personas, y consecuentemente más bajos en los restantes tamaños de hogares.

URUGUAY- Distribución de la población encuestada por tamaño del hogar, según sexo y grupos de edades (en porcentajes)												
Tamaño del hogar	TOTAL				HOMBRES				MUJERES			
	Tot 55 +	55-64	65-79	80+	Tot 55 +	55-64	65-79	80+	Tot 55 +	55-64	65-79	80+
	1 persona	22,5	13,5	28,3	28,7	13,3	8,6	14,9	26,6	29,1	17,7	37,4
2 personas	34,1	31,5	36,6	32,2	37,2	27,3	46,3	37,1	31,9	35,0	30,1	29,6
3 personas	19,1	25,0	15,0	16,0	21,1	25,7	18,0	16,0	17,6	24,3	13,0	16,0
4 personas	11,5	15,2	8,8	10,4	13,0	18,4	8,7	9,9	10,4	12,6	8,8	10,7
5 personas	7,2	8,6	5,9	8,1	7,7	10,9	5,0	6,8	6,8	6,6	6,5	8,8
6 y más	5,6	6,2	5,4	4,6	7,7	9,1	7,2	3,6	4,2	3,8	4,2	5,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000. En base a la encuesta ENEVISA (módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, 1999).

Cohabitación de distintas generaciones

Las estructuras familiares reflejan la evolución del ciclo vital en edades en las que los hitos más relevantes están constituidos por la salida de los hijos del hogar, el retiro del mercado de trabajo y el fallecimiento del cónyuge.

Con los datos de la encuesta ENEVISA se analizaron las configuraciones familiares definidas en función de la cohabitación de distintas generaciones en el hogar. Los resultados se presentan en el siguiente cuadro:

Estructuras familiares de la población encuestada, cohabitación de distintas generaciones según sexo y grupos de edades. En porcentajes.									
Tipo de hogar	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
	55-64	65-79	80 +	55-64	65-79	80 +	55-64	65-79	80 +
Personas solas	13,6	28,2	28,7	8,9	14,6	26,6	17,7	37,4	29,8
Parejas	22,8	26,8	12,0	24,0	43,4	30,4	21,7	15,6	2,6
Una generación*	2,2	3,8	5,1	1,8	3,1	4,8	2,5	4,3	5,2
Dos generaciones	45,7	20,1	26,3	51,3	23,1	19,8	40,9	18,1	29,7
Tres generaciones completas	14,0	17,7	19,2	13,6	13,2	18,4	14,4	20,8	19,6
Cuatro generaciones completas	0,3	0,1	3,0	0,4	0,0	0,0	0,2	0,2	4,5
Tres generaciones incompletas**	1,4	3,0	3,8	0,0	2,3	0,0	2,6	3,4	5,6
Cuatro generaciones incompletas***	0,0	0,6	1,9	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3	2,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Pareja más otra persona, hermanos solos, o hermanos y otros

** Corresponde a la relación abuelo - nieto (con ausencia de la generación de padres)

*** Corresponde a la relación abuelo - bisnieto (con ausencia de una de las generaciones intermedias)

Fuente: *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000. En base a la encuesta ENEVISA (módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, 1999).

Las parejas solas o conviviendo con hijos solteros o casados continúan constituyendo el elemento central de la vida familiar uruguaya para la población entre los 55 y los 64 años, y representan más de las dos terceras partes de los casos. En las siguientes etapas de la vida, se diversifican las configuraciones

familiares, principalmente por la salida de los hijos del hogar y las situaciones de viudez.

Al pasar del primer al segundo grupo de edades se aprecia claramente la situación denominada "nido vacío", la salida de los hijos del hogar: la proporción de personas en hogares de dos generaciones cae bruscamente a menos de la mitad, pasando de 45,7% entre los 55 y 64 años, a 20,1% entre los 65 y 79 años. También se duplica la proporción de personas solas y se eleva la proporción de parejas solas.

Simultáneamente se incrementa el porcentaje de hogares de tres generaciones, esto puede deberse a la permanencia de hijos e incorporación de nietos o de alguna persona de la generación precedente (padre o suegros, probablemente viudos).

Las diferencias de género son importantes. Para la población femenina, después de la vida en pareja con o sin hijos, el vivir sola constituye la forma de arreglo familiar más frecuente entre los 65 y 79 años, donde representa el 37,4%, reduciéndose después de los 80 años ya sea por el paso hacia la institucionalización o para volver a convivir con sus hijos. Los varones observan un comportamiento diferente, ya que en una alta proporción permanecen en pareja hasta edades muy avanzadas (30%), los que se encuentran solos en edades de 65 a 79 años son menos del 15% y esta proporción aumenta a casi 27% entre los hombres de 80 y más años de edad.

Se destaca en este estudio que en las edades adultas mayores la condición de vivir solo tiende a asociarse con desprotección, sin embargo esto puede responder a una elección de vida motivada en un deseo de conservar privacidad e independencia, que en muchos casos puede mantenerse por las redes de apoyo familiar o social.

El 23% de la población encuestada (de 55 años en adelante) vive sola, y de la misma, el 75% son mujeres. Esta situación se incrementa en el tramo de 65 a 79 años.

2.7. Participación y uso del tiempo

Según los datos proporcionados por la encuesta *ENEVISA*, se puede observar que el 42% de los encuestados mantiene una participación social alta, el 48% una participación media y el restante casi 10% una participación baja. A medida que aumenta la edad, disminuyen los porcentajes de encuestados tanto con alta como con baja participación social, reforzándose consecuentemente la presencia de quienes tienen una participación media.

Las diferencias de género no son relevantes a nivel global pero presentan algunos rasgos destacables al distinguir entre grupos etarios. Mientras la proporción de hombres con una participación social alta disminuye del 47% al 38% al pasar del grupo de edad más joven al siguiente, para las mujeres en igual situación aumenta del 42% al 45%, lo que indica comportamientos dispares entre uno y otro sexo, tanto en los niveles de participación como en el sentido de los cambios que se generan al sobrepasar el umbral de los 65 años de edad. Un proceso similar pero de menor cuantía se observa también en relación a quienes tienen una participación social baja²⁹.

²⁹ Ibid. P.83

URUGUAY- Nivel de participación social de la población encuestada según sexo y grupo de edad (en porcentajes)				
Sexo y grupos de edad	Participación social			Total
	Alta	Media	Baja	
Total	42,2	48,3	9,5	100,0
55 a 64 años	44,3	45,5	10,2	100,0
65 a 79 años	42,3	48,4	9,3	100,0
80 años y más	35,5	5,6	7,9	100,0
Hombres	41,4	47,8	10,8	100,0
55 a 64 años	46,8	40,5	12,7	100,0
65 a 79 años	37,9	52,2	9,9	100,0
80 años y más	34,8	58,9	6,3	100,0
Mujeres	42,8	48,6	8,6	100,0
55 a 64 años	42,3	49,6	8,1	100,0
65 a 79 años	45,3	45,8	8,9	100,0
80 años y más	35,8	55,5	8,7	100,0

Fuente: *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000. En base a la encuesta ENEVISA (módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, 1999).

El análisis de las actividades de participación social muestra un amplio predominio de la "recepción de visitas", práctica que mantiene más del 85%. El "hacer visitas" se situó, para el conjunto de la población encuestada, en el entorno del 69%, aunque a las edades avanzadas esta práctica se reduce a un 50%.

La participación en "servicios religiosos", que atrae al 10% de los varones y al 35% de las mujeres entre 55 y 64 años, cobra mayor importancia con el aumento de las edades, y entre 65 y 79 años representan el 13% de las actividades realizadas en el caso de los hombres y el 40% en el caso de las mujeres.

El cine, el teatro y los conciertos atraen en mayor medida a la población femenina, pero al alcanzar las edades avanzadas su participación se reduce significativamente, quedando a igual nivel que la masculina (del 11% entre los 64 y 79 años pasa al 4% en el grupo de 80 años y más).

En las actividades de esparcimiento (ir a plazas y parques) participan casi por igual hombres y mujeres entre los 55 y 64 años (34%), pero en las edades avanzadas dicha participación se reduce, con mayor intensidad para las mujeres, alcanzando valores de 27% para los varones y de 19% entre las mujeres.

La encuesta ENEVISA incluía una pregunta sobre cuál era la actividad que generaba más satisfacción. Las respuestas a esta pregunta fueron clasificadas en ocho categorías: hacia la familia y el hogar, de desarrollo personal, hacia la comunidad, el trabajo, nada en especial, nada de lo que hace, no hacer nada, todo lo que hace.³⁰

Las actividades de desarrollo personal constituyen las de mayor peso en todas las edades consideradas, siguiendo una tendencia creciente con la edad. Entre estas actividades se encuentra la jardinería que concentra el mayor porcentaje de adherentes (22%). Le siguen en orden descendente, el escuchar radio y mirar televisión (17%), el hacer manualidades (15%), las actividades intelectuales o culturales como leer, tocar un instrumento, escribir, pintar, ir al teatro, conciertos, etc. (14%), el salir de paseo (10%), practicar deportes (11%) y *hobbies* (8%). El

³⁰ Ibid. Pp. 177-178

3% restante se integra con otras actividades, entre las que se incluye la capacitación.

Las actividades volcadas hacia la familia y el hogar son las preferidas por el 35% de los encuestados. De las mismas, los quehaceres del hogar como limpiar, lavar, etc. son las de mayor dominio con un 38%. La segunda tarea que genera más satisfacción dentro de esta categoría es "el cocinar" que representa el 29%. Con un peso también importante (23%) le siguen el "estar con la familia" y "atender de los nietos". El 10% restante refiere a tareas de mantenimiento de la casa (pintura, arreglos, etc.).

El 8% de la población encuestada declara el trabajo que desempeña como la actividad que le genera más satisfacción. Esta preferencia adquiere relevancia entre los 55 y 64 años, edades donde todavía gran parte de la población trabaja. Dicho porcentaje se corresponde con la declaración de preferencia por seguir trabajando que es manifestada por el 53% de la población de este grupo etario.

La categoría "nada en especial", que representa un 2,4% se ha dejado independiente por admitir varias interpretaciones: que no tienen interés por nada, que les gusta todo lo que hacen o que no les gusta nada de lo que hacen. Como estas últimas fueron contestadas específicamente, resultaba difícil incluirla en una u otra categoría sin sesgar el resultado.

El 3% de los encuestados manifestaron su preferencia por "no hacer nada", que responde a respuestas textuales como: "dormir la siesta", "descansar", "no hacer nada". Dicho porcentaje se eleva con la edad y alcanza al 8% de la población de 80 años y más. Si bien en este grupo las personas totalmente dependientes alcanzan al 22%, esta pregunta fue contestada por los encuestados con capacidad cognitiva, por tanto revela un desinterés total por el entorno que los rodea, que por otra parte se corresponde con la baja autoestima encontrada en este grupo (5% se clasificaron en la categoría de autoestima baja y 37% en la de regular).

Al considerar las actividades reales, es decir, las que efectivamente llevan a cabo, preferidas según el género de los encuestados, se observan algunas diferencias a destacar. Si bien siguen teniendo el mayor peso las actividades volcadas hacia la familia y el hogar y las de desarrollo personal, su orden de importancia se invierte al considerar hombres y mujeres. El 43% de las mujeres manifiesta preferencia por las actividades hogareñas y hacia la familia, porcentaje que se reduce casi a la mitad para el caso de los varones (24%). Las relacionadas con el desarrollo personal gozan de mayor interés entre los varones (44% versus 39%).

El trabajo, como actividad que genera mayor satisfacción, alcanza al 15% de la población masculina, en tanto es declarado como tal por el 4% de la población femenina. Estas desigualdades no estarían marcando una preferencia mayor de los varones por el trabajo con respecto a las mujeres sino que estarían pautadas por el mayor número de varones que trabajan en estas edades. Para las restantes actividades las diferencias entre los porcentajes son menores y no superan un punto porcentual.

URUGUAY- Actividades preferidas entre la población de 55 años en adelante (en porcentaje)				
	Total	55 a 64 años	65 a 79 años	80 años y más
De desarrollo personal (pasear, viajar, etc.)	41,0	35,1	44,8	45,5
Hacia la familia y el hogar	34,9	34,2	37,4	26,7
El trabajo	8,4	15,3	4,7	0,6
Hacia la comunidad	6,4	6,8	5,2	9,8
Nada en especial	2,4	2,3	2,1	4,1
Nada de lo que hace	1,3	1,7	1,0	1,6
No hacer nada	3,0	2,3	2,2	8,3
Todo lo que hace	2,6	2,3	2,6	3,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000. En base a la encuesta ENEVISA (módulo complementario de la Encuesta Continua de Hogares, 1999).

2.8. La experiencia de envejecer

Al preguntar por la "sensación de bienestar" entendida como los sentimientos que el individuo mantiene con relación a sí mismo y con relación al entorno que lo rodea (la familia, la vivienda y el barrio)³¹, los resultados muestran que el 55,1% de los mayores de 55 años posee una sensación de bienestar alta, siendo más alta en los hombres (57,9%) que en las mujeres (53,1). En los hombres la variable de más peso es la autoestima.

En las edades más avanzadas la autoestima disminuye, por lo tanto la sensación de bienestar también desciende, llegando a 48,6% en la población de 80 y más años de edad. Se relacionó esta variable con la correspondiente al estado de salud, encontrándose que el 80% de los que tienen una sensación de bienestar alta presentan un estado de salud de nivel bueno y muy bueno, independientemente del sexo.

En cuanto a la variable miedos y temores, se construyó a partir de la frecuencia con que los encuestados experimentan miedos o temores en relación a dos o más situaciones vitales personales: temor a padecer alguna incapacidad física o mental, a que algún allegado tenga un problema de salud, a quedarse solo o a que se le presenten problemas económicos que no pueda enfrentar.

Al estudiar los resultados por grupos de edad se observa que el grupo de 55 a 64 años presenta mayores temores que las personas de 65 años en adelante, lo cual podría explicarse por temores propios de la situación de transición hacia la vejez.

Las situaciones que generan mayor miedo o temor son las de quedar incapacitado física o mentalmente y que un familiar experimente un problema grave de salud.

³¹ Ibid. P. 92

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores

3.1.1. Derechos constitucionales

La Constitución de la República, vigente desde el año 1967, contiene algunos artículos que refieren a la Seguridad Social en Uruguay. Entre ellos destacan el 67 y el 195.

El art. 67 consagra el principio de la generalidad de la seguridad social, tanto en su campo de aplicación, como en el de los riesgos que cubre:

*Las jubilaciones generales y seguros sociales se organizarán en forma de garantizar a todos los trabajadores, patronos, empleados, y obreros, retiros adecuados o subsidios para los casos de accidentes, enfermedad, invalidez, desocupación forzosa, etc.; y a sus familias en caso de muerte, la pensión correspondiente.- La **pensión a la vejez constituye un derecho** para el que llegue al límite de la edad productiva, después de larga permanencia en el país y carezca de recursos para subvenir sus necesidades vitales.*

Los ajustes de las asignaciones de Jubilación y Pensión no podrán ser inferiores a la variación del Índice Medio de Salarios, y se efectuarán en las mismas oportunidades en que se establezcan ajustes o aumentos en las remuneraciones de los funcionarios de la Administración Central.

Las prestaciones previstas en el inciso anterior se financiarán sobre la base de:

- *Contribuciones obreras y patronales y demás tributos establecidos por ley. Dichos recursos no podrán ser afectados a fines ajenos a los precedentemente mencionados, y*
- *La asistencia financiera que deberá proporcionar el Estado, si fuera necesario.*

El procedimiento de ajuste de todas las pasividades (artículo 67 de la Constitución y artículo 60 de la ley 16.713), establece el incremento de la prestación según la evolución del Índice Medio de Salarios, en la misma oportunidad en que se incrementen los salarios de los funcionarios públicos.

Esta garantía jurídica fue obtenida mediante un plebiscito realizado en noviembre de 1989, como resultado del cual se reformó la Constitución estableciendo en ella la indexación de las pasividades, incluyendo la forma y el momento de realizarse los ajustes. La forma: se ajustan por el índice medio de salarios; el momento: cada vez que se produzcan aumentos a los empleados públicos.

El art. 195, por su parte crea el Banco de Previsión Social (B.P.S.) con carácter de ente autónomo y "*con el cometido de coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social*".

3.1.2. Leyes específicas

En Uruguay existen las siguientes leyes específicas a favor de los adultos mayores:

La **Ley 17.066**³² "*Política general en materia de ancianidad*". Dictada el 24 de diciembre de 1998, reglamenta las condiciones de establecimientos y servicios para el adulto mayor. A continuación se resumen algunas de las principales disposiciones contenidas en esta ley:

- Considera "adulto mayor" a toda persona que haya cumplido sesenta y cinco años de edad. (Art. 2).
- Determina que la política general en materia de ancianidad corresponde al Poder Ejecutivo y que el Ministerio de Salud Pública ejecutará las políticas específicas correspondientes y coordinará su aplicación con otras instituciones públicas (Art. 1).
- Crea una Comisión Honoraria de asesoramiento en la materia, que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública y estará integrada por cinco miembros: un representante del Ministerio de Salud Pública, que la presidirá (...) un representante del BPS (...)" (Art. 14).
- Determina que los "establecimientos privados" a los que se refiere la Ley, son aquellos que ofrecen a adultos mayores vivienda permanente o transitoria, así como alimentación y otros servicios de acuerdo con el estado de salud de los beneficiarios. (Art. 2).
- Determina que dichos establecimientos se denominarán "hogares" cuando, sin perseguir fines de lucro, ofrezcan vivienda permanente, alimentación, y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores (Art. 3) y "residencias" los establecimientos privados con fines de lucro que ofrezcan vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica tendente a la recuperación, rehabilitación y reinserción del adulto mayor a la vida de interrelación.
- Estipula que todas las residencias, hogares para adultos mayores, autoválidos o discapacitados, deberán contar con la habilitación del Ministerio de salud Pública y estar inscritos en el registro Único Nacional a cargo de dicho Ministerio, quien a la vez tendrá a su cargo el control sobre dichos establecimientos. (Art. 7)

La **Ley N° 17.796**³³ de *Promoción Integral de los Adultos Mayores*, de agosto de 2004 (que aún no entró en vigencia, se está reglamentando), en su 1er. artículo establece: "La presente Ley tiene como objetivo la promoción integral de los adultos mayores, entendiéndose por tales todas las personas que en el momento de alcanzar la edad de sesenta y cinco años tengan residencia permanente, fehacientemente demostrable, en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía."

- El objetivo de esta Ley es la promoción integral de los adultos mayores. (Art. 1°).

³² Texto completo disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley17066.htm>

³³ Texto completo disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley17796.htm>

- Dispone que el Poder Ejecutivo y el Ministerio de Salud Pública deberán estructurar un Plan Nacional que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva, en particular en los aspectos que en el artículo segundo se consagran como derechos. (Art. 3°)
- Atribuye a la Dirección General de la Salud de dicho Ministerio coordinar los trabajos tendientes a estructurar el mencionado plan. Sin perjuicio, el Poder Ejecutivo constituirá un Grupo de trabajo de apoyo a la mencionada Dirección, integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y los Organismos del Estado que tengan injerencia en la materia.

Ley 16.713³⁴ "*Seguridad Social*" decretada en septiembre de 1995 y que entra en vigencia en abril de 1996. Modifica y regula el sistema previsional. "El sistema previsional que se crea por la presente ley se basa en el principio de universalidad y comprende en forma inmediata y obligatoria a todas las actividades amparadas por el Banco de Previsión Social." (Art. 1°).

Por esta ley se implanta el sistema mixto de jubilaciones y pensiones, integrándose el mismo con organismos públicos y privados.

Públicos: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Banco de Previsión Social, Banco de Seguros del Estado, Banco Central del Uruguay (Área de control de AFAP y Superintendencia de Seguros y Reaseguros).

Privados: *Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP) y Empresas aseguradoras privadas*

En cuanto a los criterios para otorgar beneficios según la edad, esta ley establece que la edad legal de jubilación común para las actividades amparadas por el Banco de Previsión Social está fijada en 60 años como mínimo para ambos sexos.

Esto rige para la gran mayoría de los trabajadores de la actividad pública y privada, con excepción de los militares, policías, bancarios y profesionales. Estos trabajadores se jubilan por otros organismos que tienen diferentes requisitos de edad y años de servicio.

En la mayoría de ellos - Caja de Profesionales Universitarios, Caja Bancaria y Caja Notarial - para los hombres la edad es 60 años como mínimo legal; para las mujeres la edad exigida es menor (oscila entre 55 y 58 años), de acuerdo a regímenes de transición en que van aumentando.

La **Ley 15.800**, de 17 de enero de 1986, reinstitucionaliza, 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. Entre los cometidos que por dicha ley se atribuyen al BPS, se hallan, en su Art. 4° algunos numerales que refieren al adulto mayor:

- Numeral 10. Propender a la rehabilitación psicofísica e integración social del anciano y la readaptación del trabajador con pérdida de la capacidad laboral.

³⁴ Ley 16. 713. Texto completo disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley16713.htm>

- Numeral 11. Instalar y fomentar la creación de hogares colectivos para el amparo y asistencia integrales del anciano, así como colaborar financieramente o mediante la prestación de servicios como los ya existentes.
- Numeral 13. Convenir con otros organismos públicos el suministro de bienes y servicios a sus afiliados, con la finalidad de complementar las prestaciones del sistema.

Los tres numerales citados son la base jurídica que respalda el trabajo en el Área de Prestaciones Sociales del BPS, como fundamento de los apoyos técnicos y económicos que se otorga a Asociaciones Civiles sin fine de lucro, como Hogares de Ancianos, Clubes, Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, que brindan servicios sociales.

La **Ley 15.900**³⁵ "*Banco de Previsión Social*" dictada el 21 de octubre de 1987. Prevé viviendas para Jubilados y Pensionistas de menores ingresos (Art. 7). Dispone que el impuesto que grava a las jubilaciones y pensiones servidas por el BPS quede exclusivamente destinado a la construcción de viviendas para dar en usufructo a ese colectivo.

3.1.3. Leyes sectoriales

La **Ley 17.292**³⁶ "*Administración pública y Empleo. Fomento y mejoras*" dictada el 25 de enero de 2001, establece en su sección séptima, en los artículos 43 al 46 que el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA) y el Banco de Previsión Social (BPS) efectuarán en coordinación la formulación y evaluación de las políticas de viviendas para jubilados y pensionistas. (Art. 43). Destina el impuesto a las retribuciones personales (IRP) a soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS, determinando que las viviendas construidas son del BPS y su administrador es el MVOTMA, estableciendo que éste tendrá a su cargo la ejecución, supervisión y administración de las soluciones habitacionales en general, atendiendo la demanda que establezca el BPS para todo el territorio nacional

3.1.4. Convenios Internacionales

Uruguay ha ratificado los siguientes convenios de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) con incidencia en los derechos laborales y de seguridad social de los adultos mayores:

- **Convenio N° 118**, relativo a la *igualdad de trato, de nacionales y extranjeros en materia de Seguridad Social*, ratificado por la Ley N° 15.363, de 30.12.82.
- **Convenio N° 128**, que trata sobre las *prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia*, ratificado por la Ley N° 14.117 de 30.4.73.

Uruguay ha suscrito diversos Convenios y Acuerdos Internacionales de Seguridad Social, multilaterales y bilaterales, que contemplan la acumulación de períodos de servicio, traslados temporarios de trabajadores, pago de jubilaciones y pensiones en el exterior sin quita ni retenciones y gestiones de oficio (solicitud de jubilaciones independientes):

³⁵ Texto completo disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/leyes/ley15900.htm>

³⁶ Texto completo disponible en: <http://www.parlamento.gub.uy/Leyes/Ley17292.htm>

- Convenio Iberoamericano de Seguridad Social. Ley N° 15.803 del 12/07/1978.
- Convenio Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) – Ley N° 17.207 de 24/10/1999, con modificaciones en junio 2006. Válido para Argentina, Brasil, Paraguay y Uruguay.
- Bélgica. En trámite de aprobación el Convenio de Seguridad Social proyectado en Montevideo.
- Bolivia – Vigencia 01/04/1997. Normas de desarrollo en etapa de negociación.
- Canadá- Ley N° 17.331 del 09/05/2001.
- Colombia. Ley N° 17.439 del 28/12/2001.
- Costa Rica. Vigencia 01/01/1999. No se ha recibido comunicación de aprobación por parte de Costa Rica.
- Chile. Ley N° 17.144 del 09/08/1999.
- Ecuador. Vigencia 01/03/1992. Aún sin normas de aprobación.
- España. Ley N° 17.112 del 08/06/1999.
- Estados Unidos. Acuerdo de pago de Pasividades. Vigencia 02/07/1993.
- Grecia. Ley N° 16.775 del 01/10/1996.
- Holanda - Países Bajos. En trámite de aprobación el Convenio de Seguridad Social proyectado en Montevideo.
- Israel. Ley N° 17.206 del 14/09/1999.
- Italia. Ley N° 15.021 de 05/06/1985.
- Perú. Resolución N° 618/2004.
- Portugal. Resolución N° 473/987 del 20/05/1987.
- Suiza (Confederación Helvética). Ley N° 16.140 del 05/10/1990.
- Venezuela. Vigencia 24/09/1997.

Actualmente están en negociación Convenios de Seguridad Social con Austria, México y Suecia.

URUGUAY - Instrumentos normativos a favor de los adultos mayores				
Ámbito	Convenios internacionales	Previsiones constitucionales	Leyes nacionales específicas y sus reglamentos	Leyes nacionales sectoriales y sus reglamentos
Seguridad económica	<p>Convenio 118 OIT, relativo a la igualdad de trato, de nacionales y extranjeros en materia de Seguridad Social.</p> <p>Convenio 128 OIT, sobre prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia,</p> <p>Diversos convenios y acuerdos internacionales, multilaterales y bilaterales, sobre Seguridad Social</p>	<p>Art.67. garantiza el derecho de las personas a retiros adecuados.</p> <p>Art.195. Crea el Banco de Previsión Social encargado de planificar, coordinar y administrar la seguridad social</p>	<p>Ley 16.713 (1995) que 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 N° 17.796 (2004) de Promoción Integral de los Adultos Mayores. Actualmente en reglamentación.</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>	

Servicios Sociales			<p>Ley 15.800 (1986), que reinstucionaliza el Banco de Previsión Social, art. 4, numerales 10, 11 y 12.</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>Ley Nº 17.796 (2004) de Promoción Integral de los Adultos Mayores. Actualmente en reglamentación.</p>	
Salud			<p>Ley Nº 17.796 (2004) de Promoción Integral de los Adultos Mayores. Actualmente en reglamentación.</p>	
Vivienda				<p>Ley 15.900 (1987). "Banco de Previsión Social". Prevé viviendas para Jubilados y Pensionistas de menores ingresos (Art. 7). Dispone que el impuesto que grava a las jubilaciones y pensiones servidas por el BPS quede exclusivamente destinado a la construcción de viviendas para dar en usufructo a ese colectivo.</p> <p>Ley 17.292 (2001) "Administración pública y Empleo. Fomento y mejoras". Establece en su sección séptima, en los artículos 43 al 46 que el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA) y el Banco de Previsión Social (BPS) efectuarán en coordinación la formulación y evaluación de las políticas de viviendas para jubilados y pensionistas. Destina el impuesto a las retribuciones personales (IRP) a soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS.</p>
Participación			<p>Ley Nº 17.796 (2004) de Promoción Integral de los Adultos Mayores. Actualmente en reglamentación.</p>	

Violencia, discriminación y maltrato			Ley N° 17.796 (2004) de Promoción Integral de los Adultos Mayores. Actualmente en reglamentación.	
--------------------------------------	--	--	---	--

Fuente: Cuestionario para el diagnóstico regional sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales. Agosto 2006

3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en Uruguay

En Uruguay no existe una política integral de adultos mayores como tal. Sin embargo, se cuenta con políticas sectoriales que contemplan las necesidades de este colectivo. Se pretende complementar estas actuaciones por medio de la Ley N° 17.796 "Promoción integral de los adultos mayores", que se encuentra en proceso de reglamentación.

El Presupuesto Nacional para el presente período de gobierno tiene como principales puntos de interés la educación, la salud, la seguridad ciudadana y las obras públicas. Esto indica que no están en la agenda de gobierno, como prioridad, al menos en forma directa, la seguridad social ni los adultos mayores.

En esta situación inciden una serie de estudios que, desde hace prácticamente una década, están mostrando la mayor incidencia de la pobreza focalizada en los niños. Es lo que se ha dado en llamar "el desbalance generacional": a menor edad mayor proporción de pobres y viceversa. Como consecuencia, los problemas de seguridad económica de los adultos mayores no se perciben como prioritarios.

Hay que tener en cuenta que las erogaciones en materia de Seguridad Social han representado entre el 17% y el 19% del PIB en los últimos años, correspondiendo un 11% al Banco de Previsión Social.

Se prefiere hacer referencia a "erogaciones" y no "gasto", porque la mayoría de las prestaciones corresponden a seguros sociales, es decir que fueron generadas por contribución del beneficiario, y gran parte de la financiación de las mismas es realizada con aportes. El 11% de las erogaciones del BPS se compone de un 6% de contribuciones de los afiliados, un 3% de impuestos afectados y un 2% proviene de la asistencia de rentas generales.

En el BPS, los programas de jubilaciones y pensiones - subsistema IVS - representan en promedio el 78% de las erogaciones. A pesar del importante peso de este subsistema en el total de las erogaciones, la mayoría de los jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social tienen bajos niveles de ingresos: el 70% de ellos cobra menos de \$7.500.

3.2.1. Ámbitos prioritarios de actuación a favor de los adultos mayores

Seguridad Económica

En Uruguay el Sistema de Seguridad Social es de carácter mixto, coexistiendo un nivel de reparto o solidaridad con otro de capitalización individual, a partir de la Ley 16.713 de septiembre de 1995. Está integrado por varios organismos del ámbito

público y por personas jurídicas de derecho privado: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Banco de Previsión Social, Cajas paraestatales, Servicios de retiros y pensiones militares y policiales, y las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP)

Ministerio de Trabajo y Seguridad Social: órgano del Poder Ejecutivo, tiene como cometidos elaborar los lineamientos generales de la política nacional en materia de seguridad social.

Banco de Previsión Social: organismo autónomo creado por la Constitución (art. 195), tiene por cometido básico "coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social". La ley Orgánica 15.800 de 1986 le atribuyó además la cobertura de los riesgos y cargas derivadas de la maternidad, infancia, familia, enfermedad, desocupación, vejez, invalidez y muerte, la determinación y recaudación de las contribuciones de seguridad social y la administración de los servicios comunes de apoyo.

Cajas paraestatales: son entidades privadas con fines públicos que actúan con autonomía técnica, pero controladas por el Poder Ejecutivo, que tiene delegados en sus consejos directivos. Estas son la Caja de Jubilaciones y Pensiones Bancarias, la Caja Notarial de Jubilaciones y Pensiones y la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Profesionales Universitarios.

Servicio de retiros y pensiones militares y Servicio de retiros y pensiones policiales: son organismos estatales que actúan como servicios desconcentrados dependiendo de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior respectivamente.

Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional: Son personas jurídicas de derecho privado, sujetas al control del Banco Central del Uruguay, que en el actual régimen mixto de seguridad social, administran el ahorro individual de la cuenta personal de los trabajadores (régimen de capitalización). Reciben contribuciones y otorgan prestaciones, en forma combinada con el régimen de reparto del Banco de Previsión Social.

En el Sistema Mixto de Seguridad Social de Uruguay, los tipos de regímenes vigentes son:

- *Régimen asistencial, no contributivo.* Se financia con los aportes de toda la comunidad a través de impuestos y asistencia financiera del gobierno central.
- *Régimen de reparto o de solidaridad inter e intrageneracional.* Se financia en forma tripartita, con los aportes patronales, aportes personales (hasta cierto nivel prefijado, porque parte de los *aportes* personales se destinan al régimen de capitalización individual) y la asistencia financiera del Estado, si es necesario cubrir déficit.
- *Régimen de capitalización individual obligatorio* en las Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional (AFAP). Incluye a los afiliados con salarios que se ubican en determinada franja, actualmente fijada en salarios superiores a US\$ 630
- *Régimen de capitalización individual voluntario* en las AFAP. Los trabajadores cuyos salarios, actualmente, están por debajo de US\$ 630, podrán aportar o no a sistemas de ahorro individual.

La preeminencia del Banco de Previsión Social en relación con los restantes organismos es muy importante. En relación con la población pasiva cubierta, el B.P.S. atiende aproximadamente al 88% del total, en tanto que las paraestatales cubren el 3%, los servicios de retiros militar y policial el 9% del total de beneficiarios y la cantidad de prestaciones otorgadas por el régimen de capitalización es menor al 1%.

Las **prestaciones contributivas** que sirve el BPS dirigidas fundamentalmente a Adultos Mayores son las siguientes:

- a) Jubilación común: para acceder a la misma se deben tener 60 años de edad cumplidos y 35 años de servicios con cotización efectiva o con registración en la Historia Laboral, según se trate de una actividad no dependiente o dependiente.
- b) Jubilación por edad avanzada: se requieren 70 años de edad y 15 de servicios.
- c) Jubilación por incapacidad total: haber experimentado una incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, ocurrida a causa o en ocasión del trabajo, para lo cual no se requiere servicios mínimos reconocidos, o en forma ajena a la actividad laboral, donde se exige en términos generales un mínimo de 2 años de servicio.
- d) Subsidio transitorio por incapacidad parcial: haber experimentado una incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual, sobrevenida en actividad o en períodos de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la haya originado.
- e) Pensión de sobrevivencia: a esta prestación que es generada por los jubilados y trabajadores afiliados al BPS, tienen derecho:
 - las personas viudas
 - los hijos solteros menores de 21 años y los hijos solteros mayores de 18 años absolutamente incapacitados para todo trabajo
 - los padres absolutamente incapacitados para todo trabajo
 - las personas divorciadas

Las **prestaciones no contributivas** que sirve el BPS, dirigidas fundamentalmente a Adultos Mayores son las siguientes:

a) Pensión asistencial a la vejez e invalidez no contributiva: Es una prestación que cubre a personas mayores de 70 años que carecen de recursos. Aquellos que no tienen capacidad contributiva, o no le alcanzan los años de trabajo para obtener derecho a jubilarse, pueden acceder a una prestación por el régimen asistencial, la llamada Pensión Vejez, mediando prueba de recursos, a partir de los 70 años de edad, siendo habitante del país y siendo extranjero con más de 15 años de residencia en Uruguay (Art. 43 de la Ley 16.713). La carencia de recursos para atender las necesidades vitales se determina por topes de ingresos familiares definidos por reglamentación del Directorio del BPS, a partir de una Tabla de Ingresos.

El monto de la prestación mensual es uniforme, fijado en leyes presupuestales en valores absolutos, llegándose al monto actual (\$2.652.40) mediante los procedimientos de ajuste. Este procedimiento que es el mismo de todas las pasividades (artículo 67 de la Constitución y artículo 60 de la ley 16.713) establece el incremento de la prestación según la evolución del Índice Medio de Salarios, en

la misma oportunidad en que se incrementen los salarios de los funcionarios públicos.

En el caso de los pensionistas por invalidez, en forma adicional, el BPS contribuye económicamente para su traslado y/o concurrencia a escuelas y cursos especiales.

En la actualidad no se están abordando reformas estructurales del sistema previsional. Existen propuestas de reformas de algunos parámetros, como por ejemplo la disminución de los años de servicios requeridos para tener derecho a una jubilación, que la legislación vigente fija en 35. También se han realizado propuestas sobre el retiro gradual y progresivo de la actividad laboral. Ambas cuestiones se encuentran en etapas muy primarias de discusión y elaboración.

Servicios sociales

El gobierno ha priorizado la atención a hogares de menores recursos mediante la implementación por el Ministerio de Desarrollo Social del **Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES)**, que incluye entre sus beneficiarios a adultos mayores en condiciones de indigencia. El Banco de Previsión Social colabora con ese Ministerio en la implementación de este Plan.

La puesta en marcha del PANES permitió detectar casos (570) de personas mayores de 70 años de edad que, por estar en condiciones de indigencia, tenían derecho a recibir una Pensión a la Vejez y no la recibían por desconocer ese derecho. Se adoptaron medidas para que accedan al mismo.

La regulación del trabajo de los adultos mayores es la misma que la de cualquier trabajador en actividad, no se establecen medidas especiales para este colectivo.

En lo que respecta a la política institucional del Banco de Previsión Social, se está focalizando en la población de menores ingresos, tanto niños, atendidos por un régimen especial de Asignaciones Familiares denominado "Para Hogares de Menores Recursos", como la atención a jubilados de menores ingresos, mediante el otorgamiento de "aumentos diferenciales" (110.000 personas cobran ajustes diferenciales).

En el Área de Prestaciones Sociales, el Banco de Previsión Social, a efectos de atender la vulnerabilidad social de adultos mayores y discapacitados, instrumenta apoyos a Instituciones sin fines de lucro:

- Hogares de Ancianos. Establecimientos que, sin perseguir fines de lucro, ofrecen vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral.
- Asociaciones de Jubilados y Pensionistas. Instituciones de base gremial que brindan servicios sociales a sus afiliados.
- Clubes. Organizaciones creadas para mantener la integración social de las personas mayores entre sí y con la sociedad. Se reúnen en forma regular, con la finalidad de promover y estimular, en conjunto, actividades socio-recreativas.
- Centros Diurnos. Servicios de funcionamiento diurno, cuyo principal objetivo es la promoción y rehabilitación bio-psico-social que contribuye a prevenir la

institucionalización anticipada de la persona y favorece su relación con el grupo familiar y sus pares. El BPS apoya centros o servicios de funcionamiento diurno, muchos de ellos funcionan en Hogares de Ancianos y tienen por objetivo la promoción social, además de la rehabilitación (que es específicamente brindada en los centros diurnos asistenciales promovidos por el Ministerio de Salud Pública). Por ejemplo, en el Dpto. de Colonia hay 12 Hogares de Ancianos y 7 de ellos cuentan con Centros Diurnos; en el Dpto. de Soriano hay 4 Hogares de ancianos y todos ellos cuentan con Centros o servicios de funcionamiento diurno.

- Albergues Nocturnos. Servicios de corta estadía cuyo objetivo es proporcionar albergue transitorio a personas mayores en situación de calle, contemplando sus necesidades de alimentación básica, asistencia médica de emergencia e higiene personal.
- Centros de Estadía Transitoria. Servicios de estadía intermedia, autogestionados por los usuarios provenientes de los albergues nocturnos. Funcionan las 24 horas del día, brindando alimentación básica, asistencia médica de emergencia, higiene personal, estando asistidos por un equipo técnico multidisciplinario con el objetivo de lograr una solución habitacional definitiva.
- Instituciones de Educación no Formal. Entidades de perfil pedagógico que dictan cursos y talleres para personas mayores, con la finalidad de fomentar sus potencialidades.

Estos instrumentos de gestión se formalizan a través de las siguientes actividades:

- Asesoramiento técnico regular, a través de la participación de un equipo multidisciplinario.
- Apoyos económicos para requerimientos institucionales o proyectos de interés social, o requerimientos de las instituciones adheridas para potenciar sus servicios a los beneficiarios.
- Capacitación a dirigentes voluntarios y trabajadores vinculados con las Instituciones.

Salud

El Banco de Previsión Social otorga el beneficio de la cuota mutual (medicina prepaga) a jubilados con ingresos por debajo de \$ 3.856, financiado con el descuento del 3% de los que tienen ese derecho y el 1% del resto de los jubilados. Sin embargo, en algunos casos este beneficio más que una solución ha resultado un problema, porque son personas con muy bajos ingresos y muchas veces no pueden costear gastos asociados como medicamentos y tickets de órdenes de atención, por lo cual les resultaría mejor atenderse gratuitamente en dependencias del Ministerio de Salud Pública, derecho con el que no cuentan los afiliados a mutualidades.

Por otro lado, la ONG Club de Leones otorga lentes en forma gratuita, pero este beneficio no lo reciben los afiliados a mutualidades.

No existe de parte del Estado un apoyo a los familiares para el cuidado de personas mayores. Existen servicios privados de acompañantes que han de ser pagados por los usuarios.

Vivienda y transporte

El Banco de Previsión Social tiene un Programa de Viviendas y otras soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas con ingresos de hasta \$ 3.456.

La Intendencia Municipal de Montevideo otorga boletos rebajados en transporte público colectivo, a jubilados y pensionistas del BPS, cuyos ingresos no superen los topes de \$ 3.242 o \$ 4.864.

Participación

En la Dirección del Banco de Previsión Social (BPS), hay representación de los pasivos a través de un Director electo por los mismos, de acuerdo a mandato constitucional, que se hizo efectivo a partir del año 1992.

A nivel gremial, están representadas las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas de 1er. y 2do. grado.

La ONAJPU – Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay, participa a través de representantes en distintos eventos y comisiones. Por ejemplo una de sus delegadas participa en la reglamentación de la ley 17.796, sobre Promoción Integral del Adulto Mayor.

Violencia, discriminación y maltrato

Desde hace un año funciona una **Comisión de Maltrato** convocada por la **SUGG** (Sociedad Uruguaya de Geriatría y Gerontología) integrada por Organismos públicos (fundamentalmente) y privados vinculados al tema Ministerio del Interior, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Salud Pública, Banco de Previsión Social, Facultad de Medicina y otros. El objetivo es generar un lugar de atención, asesoramiento y derivación de las personas afectadas.

En el 2005 esta comisión realizó una jornada de prevención y sensibilización y los derechos de las Personas Mayores. En el 2006 se está llevando a cabo un relevamiento de datos en Montevideo para conocer la incidencia y características de los casos de maltrato, detectadas en distintas instituciones durante el 2005, así como su abordaje, seguimiento y derivación posterior. Estos datos permitirán coordinar esfuerzos con el fin de poner en marcha el Primer Centro de Prevención, Asesoramiento y derivación de situaciones de Abuso en los Adultos Mayores.

La Comisión de Maltrato ha recomendado seguir los lineamientos del INPEA (International Network for Prevention of Elder Abuse).

Desde hace varios años hay un equipo especializado dependiente del Ministerio del Interior denominado Policía del Adulto Mayor, que realiza el abordaje específico en los casos denunciados. Cuenta con muy pocos recursos humanos y materiales.

El Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor (CICAM), es una ONG que está implementando un curso para Promotores de Derechos y Obligaciones de los Adultos Mayores, con la finalidad de capacitar a personas de diferentes edades para asesorar a otras personas, grupos o instituciones.

3.2.2. Acciones específicas

Las acciones públicas dirigidas a los adultos mayores en Uruguay cuentan con normas y leyes que asignan la función de coordinar, elaborar y aplicar dichas acciones a diversas entidades:

Banco de Previsión Social, BPS. La Constitución de la República, en su artículo 195, le asigna "el cometido de coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social".

Ministerio de Salud Pública, MSP. Es el organismo rector de las políticas integrales de salud del Estado. Por medio de las leyes 17.066 y 17.796 se le asignó la función de elaborar e implementar el Plan Nacional del Adulto Mayor, coordinando acciones con otros organismos públicos y privados.

Ministerio de Desarrollo Social, MIDES. La ley de creación de este Ministerio le asignó entre sus funciones, la política nacional para el adulto mayor.

Actualmente en el Parlamento existen varios proyectos sobre la creación de un *Instituto de la Tercera Edad*.

Estas entidades realizan un trabajo conjunto entre ellas y las Organizaciones Civiles para el diseño y aplicación de diversas actuaciones dirigidas a la población mayor.

A continuación se presentan los programas específicos dirigidos hacia los adultos mayores en Uruguay:

*Programa Nacional Adulto Mayor (PRONAM)*³⁷

Este programa del Ministerio de Salud Pública es de carácter nacional y por tanto su población objetivo comprende a todos los adultos mayores de Uruguay. Es prioridad para el PRONAM establecer contactos y articular con distintos organismos públicos y privados que tengan injerencia en los aspectos de salvaguardar los derechos del adulto mayor para obtener sinergia de recursos e iniciativas.

El Programa reconoce la importancia de promover la participación de los adultos mayores en el diseño de las intervenciones públicas que se generen a su favor:

"Debemos asegurar que los adultos mayores ejerzan sus derechos y deberes como miembros activos de su familia y comunidad. Para ello debemos favorecer la participación de este grupo en el diseño de las políticas sociales que los involucran, en su evaluación y su ejecución. Hay que priorizar los apoyos que faciliten la vida en familia de los adultos mayores promoviendo el fortalecimiento del tejido social que favorezca relaciones intergeneracionales solidarias".

El Objetivo general del PRONAM es promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas entre el Estado y la Sociedad Civil.

Los Objetivos específicos del PRONAM son los siguientes:

³⁷ http://www.msp.gub.uy/categoria_43_1_1.html

- Asegurar el mantenimiento de los ancianos en su medio habitual así como su autonomía e independencia, potenciando las actuaciones de prevención del deterioro funcional y promoción de salud.
- Proteger los derechos de las personas adultas mayores.
- Reglamentación de la ley 17.796 "Promoción integral de los Adultos Mayores".
- Establecer una red y servicios integrales e integrados de salud, (socio-sanitarios) tanto en el ámbito público como privado.
- Crear servicios intrahospitalarios con un enfoque preventivo y rehabilitador desde la internación.
- Contar con servicios alternativos en la comunidad mediante la creación de uno o más servicios de estancias diurnas (centros diurnos).
- Promover los programas de capacitación y formación de Recursos Humanos, que atiendan las necesidades de los adultos/as mayores.
- Contar con residencias que cumplan con los estándares de habilitación, basados en la mejora continua de la atención.
- Atender las necesidades locativas de los adultos/as mayores, trabajando en forma coordinada con los organismos del Estado responsables.
- Fortalecer los vínculos con organizaciones internacionales que trabajan el tema del envejecimiento y establecer lineamientos para acuerdos de cooperación técnica.

*Programas de prestaciones sociales*³⁸

En el marco de competencias del Banco de Previsión Social, sin tomar en cuenta los Programas de Seguridad Social contributivos y no contributivos, que consisten en prestaciones económicas y que se detallarán en otro apartado, el Banco de Previsión Social implementa programas de prestaciones sociales complementarios

Las actividades de estos programas consisten en apoyos económicos y asesoramiento técnico a instituciones de la sociedad civil organizada, que ofrecen servicios sociales a los colectivos de "ancianos" y "discapacitados" de diferentes estratos sociales y en su mayoría con independencia de su afiliación al sistema.

El objetivo institucional se plantea de la siguiente manera: "Planificar y ejecutar las Prestaciones y Servicios Sociales a cargo del BPS, procurando la promoción y desarrollo individual y social de los beneficiarios. Complementar la protección básica de la Seguridad Social, mediante el suministro de bienes y servicios a sus afiliados y demás beneficiarios."

Como principales líneas de acción se establecen las siguientes:

- Sensibilizar a la población acerca de la temática de la vejez.
- Procurar la integración social y rehabilitación de las personas mayores y con discapacidad.
- Promover el voluntariado a nivel nacional
- Fortalecer la sociedad civil organizada.
- Potenciar la autogestión de las instituciones privadas sin fines de lucro.

³⁸ Banco de Previsión Social, *Memoria y Balance anual. BPS, 2004* disponible en <http://www.bps.qub.uy/>

Programa "Fortalecimiento de la sociedad civil organizada"

El objetivo general de este programa es favorecer el desarrollo de la sociedad civil organizada con el fin de promover la mejora de la calidad de vida de las Personas Mayores. Sus objetivos específicos son los siguientes:

- Reforzar y actualizar las líneas gerontológicas a nivel nacional
- Promover la integración social de las personas mayores, contribuyendo a lograr un envejecimiento saludable y productivo.

El programa se inició en el año 1985 y se mantiene hasta la fecha, con un desarrollo progresivo y permanente. Su ámbito territorial de actuación es nacional.

A través de este programa se brinda apoyo a las instituciones sin fines de lucro que prestan servicios a adultos mayores y personas con discapacidad en el ámbito nacional. Los beneficiarios directos del programa son los dirigentes voluntarios de instituciones que brindan servicios sociales a personas mayores. De forma indirecta se benefician los residentes en Hogares de Ancianos, los afiliados a las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, los usuarios de Clubes de Adultos Mayores y las personas mayores en general.

A través de un convenio con el BID se ejecutó un proyecto a fin de capacitar a los dirigentes voluntarios de estas instituciones y planificar acciones en forma conjunta con el BPS y el resto de la sociedad para atender personas en situación de pobreza.

El programa de fortalecimiento de la sociedad civil organizada se financia a cargo de un fondo presupuestario creado en 1986, con el objetivo de fortalecer a la sociedad civil, lograr la participación de la población objetivo y permitir la transferencia a terceros dentro del marco legal y reglamentario del BPS. El 70 % se destina a programas de personas mayores y para este programa específico se vendría destinando aproximadamente el 40%. Se instrumenta a través de apoyos económicos a las instituciones comprendidas en este Programa: Hogares de Ancianos, Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, Clubes de Tercera Edad, Centros de Estadías Transitorias, en condiciones no reintegrables y como contrapartida de presentación de proyectos y actividades sociales por parte de las mismas.

Programa de vivienda y otras soluciones habitacionales

Los objetivos de este programa son determinar la demanda cuantitativa y cualitativa de vivienda de los jubilados y pensionistas uruguayos, la elaboración del Registro Nacional de Aspirantes y la adjudicación de viviendas y otras soluciones habitacionales a los beneficiarios que correspondan.

Esta tarea es coordinada con el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente – MVOTMA, quien tiene a cargo la construcción y administración de los Complejos Habitacionales, de acuerdo con las determinaciones legales.

El programa se inició en el año 1987 y se mantiene hasta la fecha. Su ámbito territorial de actuación es nacional.

Los destinatarios del programa son los jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social que residan en el Uruguay en forma permanente, que carezcan de vivienda propia y cuyos ingresos mensuales no superen las 12 U.R (doce unidades reajustables. A Julio de 2006 corresponden a \$3.461,16 – US\$ 138). En aquellas localidades en que la disponibilidad de vivienda así lo determine, este tope podrá

ser elevado por el Banco de Previsión Social a 24 U.R. (que a Julio de 2006 corresponden a \$ 6922.32 – US\$ 277).

Su presupuesto se nutre de un Fondo solidario, compuesto por la recaudación del Impuesto a las Retribuciones Personales que grava a los pasivos, que administra el Ministerio de Vivienda. El Banco de Previsión Social solo tiene un 2% de porcentaje asignado para gastos operativos.

El resto del fondo ha sido vertido en forma regular por el BPS en una cuenta del Banco República del Uruguay desde marzo de 1996. Con anterioridad a esa fecha los fondos se transfirieron puntualmente al Ministerio de Economía y Finanzas.

Programa de actividades culturales, físicas y recreativas

El Objetivo General de este programa es fomentar el desarrollo de potencialidades en las personas mayores y personas con discapacidad, tendiendo a elevar su autoestima, promover la mejor utilización del tiempo libre, procurando su mayor integración social. Como objetivo específico, el programa pretende lograr otros espacios de contacto e intercambio para el fortalecimiento del capital humano y social de los integrantes de las instituciones adheridas y en general para jubilados y pensionistas del BPS.

El programa se inició en el año 1987 y se mantiene hasta la fecha. Su ámbito territorial de actuación es Montevideo, capital departamental del Uruguay, aunque se abre a todo el país cuando se organizan eventos y llamados a participar en concursos de expresiones culturales y artísticas.

Generalmente participan en las actividades del programa las Instituciones de Personas Mayores, y los jubilados y pensionistas del BPS.

El programa se administra con muy escasos recursos materiales, que se destinan del fondo social para gastos operativos y para financiar los premios a las instituciones participantes de los eventos culturales. Se cuenta con apoyo técnico del BPS y con otros profesionales y personas destacadas del medio social para realizar los Talleres y Cursos de distintas expresiones culturales (literatura, pintura, fotografía, etc.).

Programa de atención integral para personas mayores en situación de calle

El objetivo de este programa es identificar las personas mayores en situación de calle, brindando en primera instancia una respuesta de emergencia a través de Albergues Nocturnos o Transitorios, procurando en todos los casos, lograr una solución definitiva a su situación personal o familiar.

Están definidos niveles de atención que van desde la intervención inmediata a través de Albergues y Centro de Estadías Transitorias, hasta lograr una solución definitiva a través de coordinaciones con otros Programas de Prestaciones Sociales a través de los servicios de Hogares y Viviendas, como lograr otras alternativas de inserción familiar, laborar a través de los equipos técnicos del BPS y de las organizaciones sociales con las cuales se cogestiona el Programa.

El programa se inició en el año 1997 y se mantiene hasta la fecha. Su ámbito territorial de actuación inicial es Montevideo, capital departamental del Uruguay. Actualmente esta experiencia se encuentra en etapa de extensión a otros departamentos del país.

Los destinatarios de este programa son las Organizaciones Sociales que atienden a personas mayores en situación de calle.

El presupuesto del programa se destina del fondo social, y supone aproximadamente un 27% del mismo.

Programa de relaciones intergeneracionales

El objetivo de este programa es generar espacios de interrelación que constituyan una respuesta a la situación de niños en riesgo social a través de un servicio a la comunidad prestado por adultos mayores en calidad de Voluntarios.

El programa se inició en el año 1999 y se mantiene hasta la fecha. Actualmente sigue en vigencia el convenio celebrado con el INAU (Instituto de Niños y Adolescentes del Uruguay) para llevar adelante esta experiencia de intercambio social entre diferentes generaciones.

El programa se ha desarrollado inicialmente en algunas localidades del interior y luego de la evaluación conjunta entre voluntarios, beneficiarios e instituciones de la comunidad, se está extendiendo a otras localidades del país. Sus destinatarios son niños y jóvenes del INAU y personas mayores voluntarias de las Instituciones adheridas al BPS.

El programa se administra con muy escasos recursos materiales, que se destinan del fondo social para gastos operativos y para financiar materiales de apoyo a las actividades realizadas en cada localidad. Se apoya con las acciones de profesionales técnicos de Prestaciones Sociales del BPS y funcionarios del INAU.

Turismo social

El Objetivo del programa de Turismo Social es lograr el desarrollo del ser humano en un espacio físico apropiado, en un ambiente de esparcimiento, considerando la satisfacción de las necesidades afectivas y recreativas de cada persona.

El programa se inició en el año 1987 y se mantiene hasta la fecha. Se han integrado al Centro Vacacional a distintas poblaciones, personas mayores, niños, adolescentes y personas con discapacidad, generándose un ámbito de relaciones intergeneracionales.

El ámbito territorial de actuación del programa es nacional. Se desarrolla en un Centro propio del BPS y mediante convenios con otros Organismos Públicos y privados, se promueven estadías vacacionales en diferentes emplazamientos turísticos del país.

Los destinatarios del programa de Turismo Social son las personas de menores recursos que no pueden acceder por sus propios medios a estadías vacacionales. Participan las personas mayores a través de las entidades adheridas al BPS, niños y adolescentes residentes en instituciones públicas y jóvenes en situación de vulnerabilidad social, a través de organizaciones que trabajan con la población empobrecida. En las estadías se tratan de integrar todas las generaciones a fin de lograr una integración social e intergeneracional.

El programa no cuenta con subsidio específico y se apoya en las retenciones de los propios usuarios. En ocasiones se apoyan gasto de infraestructura de los Centros Vacacionales en convenio

URUGUAY- Información sobre los programas turismo social y actividades culturales del Banco de Previsión Social. Información al 30/06/2006			
Centros vacacionales por Departamento	Adultos mayores participantes	Servicios	Actividades
SAN JOSE			
Centro Educativo de Raigón (B.P.S.)	2.440	Alojamiento - Alimentación	
RIO NEGRO			
Las Cañas (I.M. Río Negro)	535	Alojamiento	
CANELONES			
Campamento La Floresta (Juventus)	105	Alojamiento - Alimentación	Recreación - Animación
Campamento Parque del Plata (Ministerio Deportes y Turismo)	0		
PAYSANDU			
Termas de Guaviyú (I.M. Paysandú)	189	Alojamiento	
Termas de Almirón (I.M. Paysandú)	200	Alojamiento	
TREINTA Y TRES			
Parque La Charqueada (I.M. Treinta y Tres)	465	Alojamiento	
LAVALLEJA			
Parque de Vacaciones UTE - ANTEL	191	Alojamiento - Alimentación	
COLONIA			
Campamento Artigas (Asoc. Cristiana de Jóvenes)	135	Alojamiento - Alimentación	Recreación - Animación
MALDONADO			
Hotel Argentino de Piriápolis	1.307	Alojamiento - Alimentación	Gimnasia - Fisioterapia
ROCHA			
Cabañas Parque Andresito (La Paloma) **	0	Alojamiento	
Cabañas Balneario La Aguada **	0	Alojamiento	
Cabañas Balneario Aguas Dulces **	0	Alojamiento	
SALTO			
Centro Termal CAUTE - ANTEL	173	Alojamiento - Alimentación	
TOTAL	5.740		

* Cerrado por reparaciones y próxima firma de nuevo convenio

** Hubo dificultades en la asignación de cupos

Actividades Culturales *. Información al 30/06/2006		
Tipo de actividad	Número de actividades	Adultos mayores participantes
Charlas	27	572
Conferencias	12	617
Coloquios	6	162
Total	45	1.351

* Se desarrollan de marzo a noviembre de cada año, y sólo en Montevideo

Programas y actividades para adultos mayores de la Intendencia Municipal de Montevideo

- Centros Diurnos. Funcionan dos centros diurnos gratuitos destinados a personas mayores de 60 años, en los que se realizan actividades socio - culturales y físico -recreativas organizadas por técnicos especializados. Cada uno de ellos tiene capacidad para 70 personas.
- Programa Vacaciones Sociales: organiza paseos y excursiones en Montevideo y el Interior. Se realizan aproximadamente 85 viajes al año, con un total de 40 personas en cada viaje.
- Se expiden Pasaportes Dorados, que otorgan beneficios y descuentos a los adultos mayores. Se trata de una tarjeta de descuento a mayores de 60 años para asistencia a eventos culturales y determinada asistencia de salud (por ejemplo emergencias móviles, ópticas, farmacias).
- Beneficios de transporte urbano: los mayores de 70 años tienen derecho a viajar gratis los domingos y feriados. Los jubilados de menores ingresos cuentan con boletos bonificados.
- Los jubilados y pensionistas con ingresos inferiores a \$2.000 mensuales (al año 2004) gozan de una exoneración del 100% de la Contribución inmobiliaria.

3.2.3. Actuaciones en el ámbito de la salud.

Promoción de hábitos saludables

El Programa Nacional del Adulto Mayor cuenta con proyectos en proceso de diseño y ejecución, donde se ha comenzado por la elaboración de fichas temáticas y material comunicativo impreso para la difusión de prevención y hábitos saludables, sobre alimentación, actividad física, descanso y sueño, prevención de caídas, memoria, sexualidad saludable, convivencia con adultos mayores, etc.

Tanto el PRONAM, como el BPS, la Intendencia Municipal de Montevideo, algunas ONGs vinculadas a la temática del adulto mayor, así como grupos de promoción y prevención en Gerontología de las IAMC (mutualistas y sociedades médicas), están trabajando en la comunidad principalmente en talleres y charlas educativas.

La metodología empleada es el trabajo con la población, comunicando y educando sobre como lograr hábitos saludables, a través de charlas interactivas, juegos, demostraciones, exposiciones y distribución de folletos.

Servicios de salud

Estructura Organizativa:

La Constitución de la República establece que el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia a los indigentes o carentes de recursos suficientes. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el encargado de cumplir este mandato constitucional.

La estructura de los servicios de salud se caracteriza en Uruguay por una fuerte presencia de las denominadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Son instituciones de carácter privado sin fines de lucro, que constituyen un sistema de atención de salud prepago, de afiliación individual, familiar o colectiva, con pago de cuota mensual. Proporciona cobertura total o en algunos casos parcial por razones de edad o enfermedades relevantes en la instancia de ingreso a las mismas.

Existe vinculación entre estas instituciones y el Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social, que otorga el beneficio de la cuota mutua a los trabajadores activos.

La legislación vigente (Ley 16.713 de septiembre de 1995), otorgó el pago de la cuota mutua a quienes se hubieran jubilados de una actividad amparada por el BPS como trabajador dependiente y con ingresos nominales totales que no superen los \$3.856.-

Además, por vías y modalidades diversas, determinados sectores de trabajadores estatales, pertenecientes a las Fuerzas Armadas y a las Fuerzas Policiales acceden a la prestación de servicios de salud, por el Hospital Militar y el Hospital Policial.

Existen también instituciones privadas que otorgan a sus afiliados o a sus funcionarios, derechos específicos para la atención de salud: Caja Notarial, Caja de Auxilio de Canillitas, Caja de Profesionales Universitarios.

Cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración para los adultos mayores, se realizan en Residencias privadas y Hogares de ancianos por medio de cuidadores privados y por servicios del MSP (gratuito para personas de bajos recursos) o IAMC (Instituciones de asistencia médica colectiva) en forma paga para sus socios. Algunos Hogares de ancianos tienen convenio con MSP, por el cual el Ministerio provee de un médico geriatra.

El Centro Geriátrico Hospital Dr. Piñeyro del Campo, dependiente del Ministerio de Salud Pública, además de hospital para crónicos, cuenta con un Centro Diurno, Unidades de media estancia, y cuidados domiciliarios.

Hay algunas IAMC (Instituciones mutuales y sociedades médicas) que ofrecen cuidados de enfermería a sus socios en sus viviendas particulares.

El MSP a través del PRONAM tiene entre sus objetivos prioritarios la creación de servicios de atención extrahospitalarios como servicios de ayuda a domicilio. También se está trabajando en la creación de Centros Diurnos: actualmente se está construyendo uno en Montevideo, en la zona del Cerro, y se proyectan otros en otras zonas de Montevideo.

Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia

A través del Fondo Nacional de Recursos se otorgan ayudas técnicas y ortopedia: prótesis de cadera por artrosis o fracturas y prótesis de rodilla por artrosis, a solicitud de médico tratante. El paciente elige el IMAE (Institución Médica de Asistencia Especializada) donde se quiera operar.

La cobertura es total, y comprende el acto médico de la operación, dos días de internación y la prótesis. La rehabilitación se realiza en la institución de la cual procede el paciente.

Programas de formación-investigación en gerontología y geriatría

En la Facultad de Medicina de la Universidad de la República existe un postgrado de Gerontología y Geriatría, solo para médicos.

En la Universidad Católica de Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga (UCUDAL), hay un Programa de Gerontología Social que proporciona una formación general sobre el tema de la vejez. No se trata de una formación académica. Se realizó un postgrado de Geriatría y Gerontología para Licenciadas en Enfermería.

Entre los programas de investigación, destacan los que desarrolla la cátedra de Gerontología y Geriatría de la Facultad de Medicina. Actualmente, la Sociedad Uruguaya de Geriatría y Gerontología está elaborando un proyecto de investigación sobre el tema.

Programas de formación y apoyo para los cuidadores formales e informales de adultos mayores

Diversas instituciones uruguayas organizan cursos de formación para los cuidadores de los adultos mayores. Entre ellas destacan la Sociedad Uruguay de Geriatría y Gerontología (SUGG) el BPS, el Centro Geriátrico Hospital Dr. Piñeyro del Campo y la Comunidad Israelita de Uruguay. Los servicios privados con fines de lucro, que emplean personas para trabajar como acompañantes o cuidadores de enfermos y adultos mayores realizan también, a veces, cursos para sus empleados.

3.2.4. Programas considerados como experiencias de buenas prácticas

Se están desarrollando diversas experiencias que promueven las relaciones intergeneracionales y una imagen positiva de la vejez, y en cuya implementación y realización participan los adultos mayores. Entre ellas cabe destacar:

- EL PROGRAMA FORTALECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA del BPS, que desarrolla diferentes acciones que incorporan lo promocional y lo intergeneracional
- EL PROGRAMA RELACIONES INTERGENERACIONALES, desarrollado conjuntamente por el BPS, el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), Instituciones con Voluntarios en el Interior del país y la Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL) con el INAU en Montevideo.

- Las actividades intergeneracionales entre niños y adultos mayores que tiene incorporadas la ANEP (Administración Nacional de Educación Primaria) dentro del programa curricular.

4. RED DE RECURSOS

4.1. Red de recursos sociosanitarios

El principal recurso sociosanitario público para adultos mayores en Uruguay es el Centro Geriátrico "Hospital Piñeyro del Campo", dependiente del Ministerio de Salud Pública, que además de hospital para crónicos (300 plazas), cuenta con un Centro Diurno, unidades de media estancia y un servicio de cuidados domiciliarios. Los hospitales públicos Maciel y Pasteur, el hospital de la Asociación Mutualista Española, el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), y los centros hospitalarios de Casa de Galicia y de Médica Uruguaya cuentan con unidades geriátricas. Hay, además, unos 1.500 hogares de ancianos (residencias) privados y 85 dependientes de instituciones sin fin de lucro, así como un servicio de teleasistencia, que es prestado por una empresa privada.

URUGUAY – Red de recursos sociales para los adultos mayores			
	Públicos	Privados con ánimo de lucro	Privados sin ánimo de lucro
Hospitales geriátricos	Hospital Piñeyro del Campo (300 plazas)		
Unidades geriátricas	Hospital Maciel: una Policlínica. Hospital Pasteur: una Unidad de valoración geriátrica	Asociación Mutualista Española Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay , CASMU (Programa para AM) Casa de Galicia Médica Uruguaya (Unidad de Larga Estancia)	
Residencias	Unidad de larga estancia del Hospital Piñeyro del Campo.	1.500 Hogares de Ancianos privados	92 Hogares de Ancianos dependientes de instituciones sin ánimo de lucro
Servicios de atención	SAIC, Servicio de Atención e Inserción Comunitaria del Centro Geriátrico Hospital Piñeyro del Campo (25 atendidos en asistencia domiciliaria)	Servicio de Teleasistencia prestado por una empresa privada	

Información sobre instituciones sociales con las que trabaja el Banco de Previsión Social				
Departamento	Tipo de Institución	Nº	Usuarios:	Socios:
ARTIGAS				
	HOGARES:	2	45	s/inf.
	ASOCIACIONES:	3	1.400	s/inf.
	CLUBES:	1	s/inf.	40
	SERV. EXTERNOS:	1	70	75
CANELONES				
	HOGARES:	12	361	444
	ASOCIACIONES:	19	4.219	3.979
	CLUBES:	27	3.142	4.190
	SERV. EXTERNOS:	1	350	350
CERRO LARGO				
	HOGARES:	4	91	1.904
	ASOCIACIONES:	3	1.925	2.567
	CLUBES:	0	0	0
	SERV. EXTERNOS:	1	s/inf.	230
COLONIA				
	HOGARES:	12	438	1.904
	ASOCIACIONES:	15	2.909	2.625
	CLUBES:	13	1.850	2.466
	SERV. EXTERNOS:	1	s/inf.	92
DURAZNO				
	HOGARES:	2	54	260
	ASOCIACIONES:	3	875	1.165
	CLUBES:	2	180	240
	SERV. EXTERNOS:	3	210	320
FLORES				
	HOGARES:	1	65	s/inf.
	ASOCIACIONES:	2	802	1.070
	CLUBES:	2	225	302
	SERV. EXTERNOS:	1	s/inf.	s/inf.
FLORIDA				
	HOGARES:	3	63	461
	ASOCIACIONES:	9	2.585	3.447
	CLUBES:	5	852	1.136
	SERV. EXTERNOS:	1	s/inf.	s/inf.
LAVALLEJA				
	HOGARES:	6	109	1.100
	ASOCIACIONES:	1	445	591
	CLUBES:	6	883	1.178
	SERV. EXTERNOS:	1	s/inf.	203
MALDONADO				
	HOGARES:	4	82	925
	ASOCIACIONES:	4	1.416	1.889
	CLUBES:	8	820	1.172
	SERV. EXTERNOS:	4	s/inf.	627
MONTEVIDEO				
	HOGARES:	21	781	334
	ASOCIACIONES:	34	13.840	18.460
	CLUBES:	78	4.670	6.671
	SERV. EXTERNOS:	26	920	3.945
PAYSANDÚ				
	HOGARES:	3	83	130
	ASOCIACIONES:	8	3.478	4.638
	CLUBES:	6	290	415
	SERV. EXTERNOS:	2	s/inf.	995

Información sobre instituciones sociales con las que trabaja el Banco de Previsión Social (continuación)				
Departamento	Tipo de Institución	Nº	Usuarios:	Socios:
RÍO NEGRO				
	HOGARES:	3	77	215
	ASOCIACIONES:	6	1.598	2.131
	CLUBES:	0	0	0
	SERV. EXTERNOS:	1	s/inf.	80
RIVERA				
	HOGARES:	1	46	351
	ASOCIACIONES:	3	810	1.080
	CLUBES:	4	s/inf.	379
	SERV. EXTERNOS:	1	110	158
ROCHA				
	HOGARES:	4	100	553
	ASOCIACIONES:	5	730	972
	CLUBES:	14	1.200	1.712
	SERV. EXTERNOS:	1	s/inf.	320
SALTO				
	HOGARES:	2	127	s/inf.
	ASOCIACIONES:	6	6.555	s/inf.
	CLUBES:	3	218	311
	SERV. EXTERNOS:	1	800	600
SAN JOSÉ				
	HOGARES:	4	162	710
	ASOCIACIONES:	6	2.239	2.986
	CLUBES:	5	795	1.135
	SERV. EXTERNOS:	1	650	650
SORIANO				
	HOGARES:	4	133	480
	ASOCIACIONES:	6	2.605	3.476
	CLUBES:	3	723	s/inf.
	SERV. EXTERNOS:	2	80	286
TACUAREMBÓ				
	HOGARES:	2	68	196
	ASOCIACIONES:	5	1.695	2.260
	CLUBES:	0	0	0
	SERV. EXTERNOS:	1	s/inf.	s/inf.
TREINTA Y TRES				
	HOGARES:	2	53	1.030
	ASOCIACIONES:	1	230	300
	CLUBES:	2	380	541
	SERV. EXTERNOS:	1	s/inf.	120
TOTAL				
	HOGARES:	92	2.938	La información disponible no es completa.
	ASOCIACIONES:	139	50.356	
	CLUBES:	179	16.228	
	SERV. EXTERNOS:	51	La información disponible no es completa.	

Notas:

Servicios Externos incluye UNI 3 (Universidades de la Tercera Edad), Centros Diurnos, Refugios Nocturnos y Otros.

Los datos han sido proporcionados por el Registro Nacional de Instituciones del Área de Prestaciones Sociales del BPS.

Las actividades y servicios que se realizan en las instituciones sociales antes relacionadas son:

HOGARES:

- Actividades sociales, culturales, recreativas, religiosas, jurídico notariales.
- Servicios de alojamiento, rehabilitación, alimentación (4 comidas), ropería/lavandería, peluquería.

ASOCIACIONES DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS

- Actividades gremiales, sociales, difusión, físicas, educativas Y culturales.
- Servicios de peluquería, podología, y atención jurídico-notarial.

La proporción de adultos mayores que participan en asociaciones, con respecto al total de jubilados y pensionistas del BPS mayores de 60 años es de aproximadamente el 11%.

CLUBES DE ADULTOS MAYORES

- Actividades culturales, educativas, recreativas, sociales, sala de lectura.

La proporción de adultos mayores que participan en clubes de adultos mayores, con respecto al total de jubilados y pensionistas del BPS mayores de 60 años es de aproximadamente el 4%.

SERVICIOS EXTERNOS

- Actividades culturales, educativas, recreativas, físicas, sociales, difusión, sala de lectura.
- Servicios de emergencia móvil, rehabilitación, servicio de acompañante, comidas diarias, ropa de cama, alojamiento.

4.2. Redes de apoyo social

La *Encuesta ENEVISA* ofrece información sobre las redes de apoyo informal de los adultos mayores. Las redes de apoyo pueden estar conformadas por la familia, el vecindario y los amigos. Según este estudio, el 45% de la población mayor de 55 años vive con algún hijo, y el 71% de ellos tiene además otros hijos que residen en otros hogares. Dentro del 55% de la población encuestada que no vive con ningún hijo, la gran mayoría de ellos (73%) los tiene.

De acuerdo a la tendencia ya observada al analizar el tipo de hogar, el porcentaje de población que vive con algún hijo desciende en el tramo de 65 y 79 años para luego aumentar en las edades extremas, comportamiento que se intensifica en el caso de las mujeres.

Las dos terceras partes de la población considerada tiene algún hijo viviendo cerca, el tercio restante presenta tres situaciones: el 23% no tiene hijos, el 7,4% tiene todos sus hijos viviendo en otro departamento del país y el 3% tiene todos sus hijos viviendo en el extranjero.

La gran mayoría de los encuestados (82%) mantiene comunicación con otros familiares que no conviven con ellos (hermanos, sobrinos, etc.).

Es muy bajo el porcentaje de población que no cuenta con apoyo de los hijos ni de otros familiares (1.2%), y la gran mayoría (89%) cuenta con el soporte de ambas redes.

Se investigó también sobre la existencia de redes de apoyo conformadas por los vecinos y por amigos, consultando sobre el número de familias del vecindario a las cuales recurriría en caso de necesidad. Un 12% respondió que a ninguna, el resto (78%) tendría dos o más familias a las cuales recurrir. Este porcentaje es más alto para el caso de la población femenina (88% contra el 80% para la masculina).

Tanto las personas solas como las parejas que viven solas presentan un similar porcentaje de ausencia de redes de apoyo de familias del vecindario (11%).

Teniendo en cuenta que el contar con amigos es muy importante para tener una vejez socialmente activa, se realizaron preguntas relacionadas con la existencia de amigos cercanos, así como con la frecuencia de comunicación telefónica y reunión personal con los mismos. Un 37% declara no tener amigos, casi un 40% se reúne frecuentemente con amigos, y el 22% restante lo hace con escasa frecuencia.

Entre los que se reúnen frecuentemente con amigos, dos de cada tres mantienen comunicación telefónica frecuente con amigos, en cambio quienes se reúnen con escasa frecuencia con amigos, sólo uno de cada dos mantiene comunicación telefónica frecuente con amigos.

La carencia de redes de apoyo de amigos aumenta con la edad y es más acentuada para la población femenina. Entre los que alcanzan y sobrepasan los 80 años el 39% de hombres y el 48% de las mujeres no tienen amigos. Si bien se puede pensar que esto es esperado por las pérdidas de los amigos de su edad, los valores parecen algo elevados.

Estudios en proceso

Actualmente se están realizando estudios sobre redes familiares por la Facultad de Psicología, de la Universidad de la República, en el Servicio de Psicología de la Vejez.

Estudios proyectados

En el Banco de Previsión Social se están proyectando estudios sobre el tema, sobre la base de experiencias que ya están en ejecución: Redes de apoyo comunitario, Red Nacional de Hogares de Ancianos, Redes Departamentales de organizaciones de personas mayores.

Asociaciones

En Uruguay existen 139 Asociaciones gremiales de jubilados y pensionistas, de primer grado, que cuentan 50.356 usuarios.

Las actividades de estas asociaciones no se limitan a lo gremial, sino que también se realizan actividades sociales en la que participan gran cantidad de adultos mayores.

La participación fue importante en las elecciones realizadas para elegir representante de los jubilados y pensionistas en el Banco de Previsión Social, de los 500.000 registrados en el padrón electoral, votaron aproximadamente el 60%.

Estas asociaciones se agrupan en la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU), que es una asociación de segundo grado.

Existen 179 Clubes de adultos mayores, con 16.228 usuarios registrados a septiembre de 2006, que realizan actividades de socialización e integración de sus miembros, como excursiones, recreación, etc.



Personas mayores, dependencia y servicios sociales
Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico

SEGUNDA PARTE: PERSPECTIVA DE CONJUNTO

1. SITUACIÓN DEMOGRÁFICA

El presente capítulo ofrece un panorama general de la situación demográfica de los países del Cono Sur y, en particular, de su proceso de envejecimiento poblacional, con una perspectiva de conjunto. El objetivo es explicar el proceso de transformaciones demográficas que experimenta la región, conocer la dimensión y principales características de la población de adultos mayores así como sus tendencias en el futuro inmediato. La planificación de actuaciones y recursos necesarios para esta población precisa como punto de partida contar con una estimación cuantitativa.

Según la CEPAL, en América Latina y el Caribe en el año 2000 el número de personas mayores de 60 años se situaba en torno a los 42 millones y se espera que hacia el año 2025 esta población supere los 100 millones, es decir, más del doble. En términos porcentuales, los adultos mayores respecto a la población total pasarán del 8% en el año 2000 al 14% en 2025, alcanzando un 23,4% en el año 2050. En los cinco países del Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) viven la mitad de los adultos mayores de 60 años de toda América Latina y el Caribe. Su número superaba, en 2000, los 21 millones, y se espera que sean más de 48 millones en 2025. Alrededor del 55 por ciento de estos adultos mayores son mujeres³⁹. Resulta pertinente señalar que este proceso de envejecimiento presenta, junto a algunos aspectos comunes, importantes rasgos diferenciales, ya sea a escala continental, en el Cono Sur como en cada país, según se observará en las páginas siguientes, en las que se analizan las convergencias y divergencias del proceso de envejecimiento entre los distintos países del Cono Sur y respecto a América Latina y el Caribe en su conjunto, con el objetivo de presentar una visión panorámica que permita entender los rasgos comunes y diferenciales del envejecimiento de la región, con sus tendencias en el tiempo.

1.1. El proceso de envejecimiento en el Cono Sur. Una perspectiva regional.

De acuerdo con los datos recogidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía en el número 73 de su boletín demográfico (2004), sobre estimaciones de población para América Latina y el Caribe, en el año 1975 la población residente en los países del Cono Sur ascendía a 150 millones de habitantes, de los que cerca de 11 millones eran mayores de 60 años, lo que en términos porcentuales significaba el 7,3%. En el año 2000 la población de adultos mayores se había duplicado, superando los 21,4 millones, y suponían el 9,1% de la población total. Las estimaciones apuntan que el peso de los adultos mayores seguirá creciendo a lo largo de este siglo a tal grado que para el 2050 un cuarto de la población residente en el Cono Sur tendrá más de 60 años.

³⁹ CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

CONO SUR- Población total y Adultos Mayores en 1975, 2000, 2025 y 2050 (miles de personas, a mitad del año)				
	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	150.117	235.734	309.290	345.536
Hombres	74.848	116.457	152.119	169.179
Mujeres	75.269	119.278	157.171	176.357
Hombres %	49,9	49,4	49,2	49,0
Mujeres %	50,1	50,6	50,8	51,0
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	10.915	21.405	48.312	84.369
Hombres	5.080	9.487	21.355	37.367
Mujeres	5.839	11.919	26.963	47.002
Proporción s/ la población total %	7,3	9,1	15,6	24,4
Hombres %	46,5	44,3	44,2	44,3
Mujeres %	53,5	55,7	55,8	55,7

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

Todos los países del Cono Sur verán envejecer su población de forma sustancial en la primera mitad del presente siglo. Sin embargo, el proceso de envejecimiento de los cinco países del Cono Sur no será homogéneo, pues cada uno de ellos mantiene una estructura demográfica particular que depende de procesos históricos, sociales y culturales autóctonos. El propio tamaño territorial dota a cada país de una fisonomía única, además del volumen de población existente: en el año 2000 la población brasileña se cifraba en torno a 170 millones frente a los 3 millones de habitantes con que contaba Uruguay en el mismo año.

Como se apuntaba al principio de este capítulo, en América Latina y el Caribe se observa un incremento continuado de la población de 60 años y más. Esta tendencia es común a todos los países, pero con diferente grado y ritmo. Para distinguir las diferencias en el proceso de envejecimiento en la región, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) ha construido una tipología que permite ubicar a cada país de la zona según la fase de envejecimiento en la que se encuentre. Esta tipología define cuatro etapas: envejecimiento incipiente, moderado, moderado-avanzado y avanzado; esta clasificación se determina a partir del comportamiento de variables como el porcentaje de personas de 60 años y más respecto a la población total, tasas de natalidad y mortalidad⁴⁰.

Según dicha clasificación, Paraguay se encuentra en una etapa de envejecimiento incipiente, con una proporción de personas mayores respecto al conjunto poblacional en el año 2000 del 5,3% frente al 8% de América Latina y el Caribe. Las proyecciones estiman que la población de 60 años y más en Paraguay representará el 16% de la población a mitad de siglo, mientras que en este mismo período en América Latina y el Caribe este indicador se situará en el 24,10%.

⁴⁰ CEPAL-CELADE, *Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la Situación y las Políticas*, 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, 19 al 21 de noviembre de 2003, disponible en: <http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf>

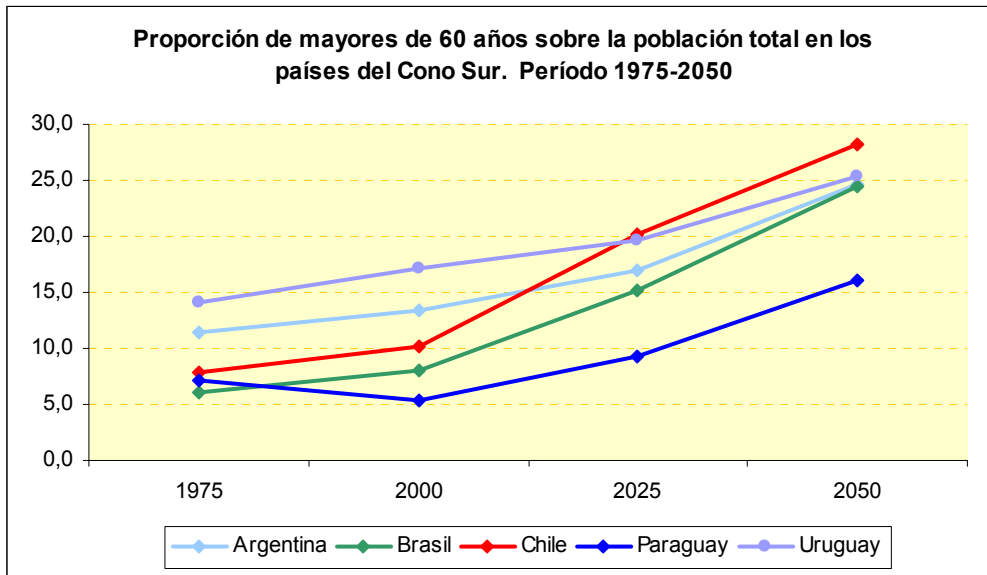
Brasil y Chile se hallan en situación de envejecimiento moderado avanzado. En el caso de Brasil, su proporción de personas adultas mayores es similar a la de América Latina y el Caribe, y las proyecciones sobre el ritmo de crecimiento de su población de 60 años y más presentan un comportamiento muy parecido al de la región latinoamericana en su conjunto. En Chile, el porcentaje de personas mayores para el año 2000 se estimaba en 10,2%, dos puntos por encima del porcentaje de América Latina y el Caribe. Las previsiones apuntan que esta diferencia seguirá aumentando de tal manera que, en términos porcentuales, en el año 2050 Chile se situará claramente por encima de los valores promedios de la región así como dentro del propio Cono Sur.

Argentina y Uruguay se encuentran dentro del grupo de países con un proceso de envejecimiento avanzado. En Argentina, el porcentaje de adultos mayores en el 2000 era del 13,4%, cinco puntos por encima que el registrado para Latinoamérica en el mismo año. Sin embargo, el ritmo acelerado de envejecimiento en otros países de la región determina que, según las previsiones, a mitad del siglo el porcentaje de personas mayores en Argentina y en el conjunto de la región de América Latina y el Caribe sea similar.

En Uruguay, la proporción poblacional con 60 años y más en el año 1975 ya mantenía una cifra superior al promedio latinoamericano. En el año 2000, el porcentaje de habitantes uruguayos con 60 años y más era del 17,1%, frente al 8.1% de América Latina y el Caribe. Como se apuntaba para el caso argentino, el envejecimiento acelerado del resto de países latinoamericanos provoca que esta diferencia vaya disminuyendo: así, para el año 2050 Uruguay sólo superará en poco más de un punto el porcentaje previsto para el resto de la región.

CONO SUR- Proporción de mayores de 60 años respecto de la población total en 1975, 2000, 2025 y 2050 (porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
Argentina	11,4	13,4	16,9	24,7
Brasil	6,0	8,0	15,2	24,5
Chile	7,8	10,2	20,1	28,2
Paraguay	7,2	5,3	9,3	16,1
Uruguay	14,1	17,1	19,7	25,4
Total Cono Sur	7,3	9,1	15,6	24,4
América Latina y el Caribe	6,5	8,1	14,5	24,1

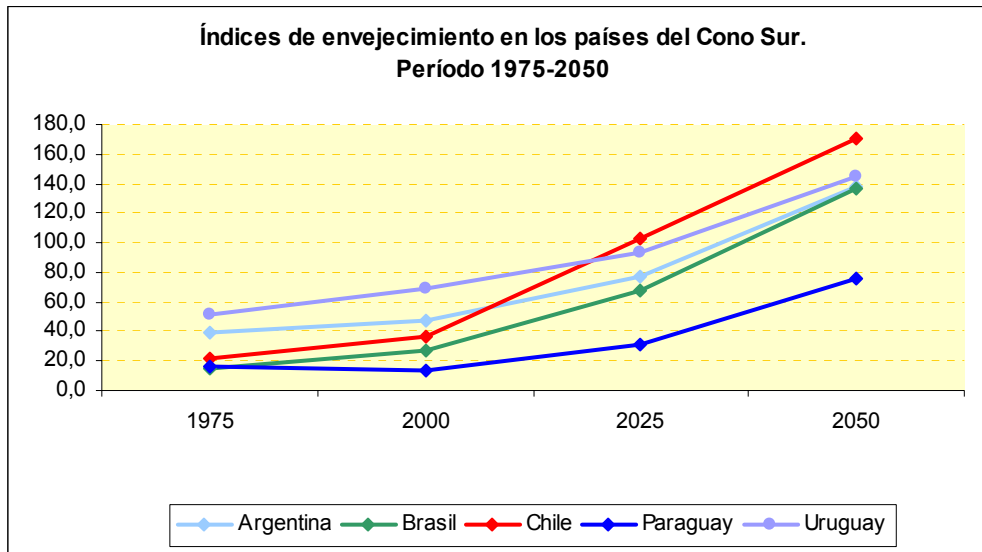
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.



Los cambios en la estructura demográfica pueden observarse también en el índice de envejecimiento, que se refiere a la relación numérica existente entre los adultos mayores (60 y más años) y la población infantil (0 a 14 años). Los datos que ofrece este indicador apuntan a tendencias muy similares a las observadas al considerar la proporción de adultos mayores sobre la población total. En el período de 1975-2025, el país que registra un mayor índice de envejecimiento es el de Uruguay, seguido de Argentina y Chile, los tres países que mantienen las cifras más altas, por encima del promedio latinoamericano. Se prevé que para el año 2050, el primer puesto sea ocupado por Chile con un índice de casi 170 frente a los 133 adultos mayores por cada cien niños estimados para América Latina y el Caribe en su conjunto.

CONO SUR- Índice de envejecimiento (proporción de mayores de 60 años respecto de la población de entre 0 y 14 años) en 1975, 2000, 2025 y 2050 (porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
Argentina	39,0	48,0	77,0	138,6
Brasil	15,0	27,1	67,7	137,0
Chile	21,1	36,7	103,1	169,9
Paraguay	16,5	13,4	30,5	76,0
Uruguay	50,9	69,0	93,4	144,5
Total Cono Sur	20,3	31,3	70,5	137,1
América Latina y el Caribe	15,8	25,3	61,9	133,4

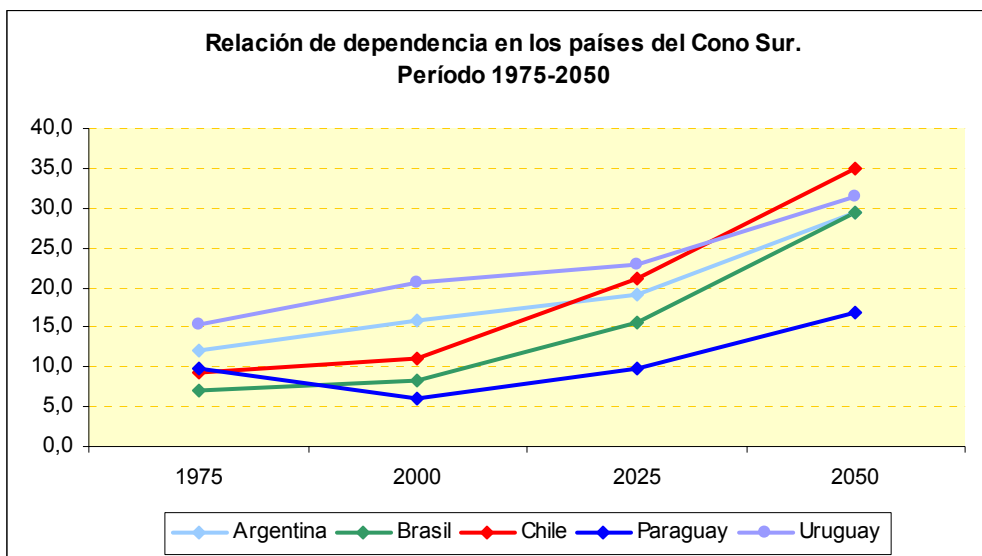
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.



El crecimiento de la población mayor tendrá una importante incidencia sobre la denominada relación de dependencia, entendida como la proporción que suponen los mayores de 65 años sobre la población de entre 15 y 64 años. Este indicador se diseñó para tener una medida de la presión demográfica sobre los sistemas de jubilaciones y pensiones, y relaciona las personas en edad de recibir pensiones de jubilación con las personas en edad activa. Las previsiones apuntan a que la relación de dependencia se triplicará en el Cono Sur en la primera mitad del siglo XXI, pasando de 9,8% en 2000 a 29,3% en 2050. El país con una relación de dependencia más alta a mitad del presente siglo será Chile (34,9%), y el de menor relación de dependencia, Paraguay (16,9%).

CONO SUR- Relación de dependencia (proporción de mayores de 65 años respecto de la población de entre 15 y 64 años) en 1975, 2000, 2025 y 2050 (porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
Argentina	12,0	15,7	19,2	29,5
Brasil	7,0	8,3	15,5	29,4
Chile	9,2	11,0	21,2	34,9
Paraguay	9,9	6,1	9,8	16,9
Uruguay	15,4	20,7	22,9	31,5
Total Cono Sur	8,3	9,8	16,3	29,3
América Latina y el Caribe	8,0	8,9	15,1	28,9

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

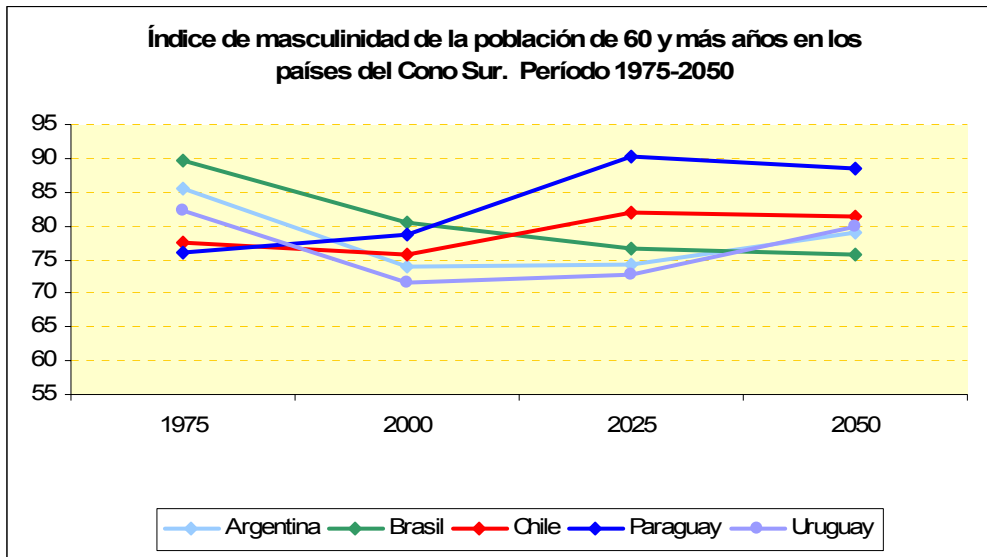


En el envejecimiento poblacional en el Cono Sur pueden apreciarse dos características bien definidas: el mayor peso de las mujeres dentro de la población adulta mayor y el envejecimiento interno, esto es, la proporción creciente que suponen las personas de edad más avanzada. Estas características están determinadas por el aumento de la expectativa vital de los adultos mayores en general y, en particular, por la mayor longevidad de las mujeres respecto a los hombres.

Las mujeres representan actualmente el 56% de la población mayor en el Cono Sur, y su peso relativo se mantendrá, según las estimaciones de la CEPAL, en las próximas décadas. A nivel nacional, se observan tendencias bastante diferenciadas, pues mientras en Brasil, el país de mayor peso demográfico, la proporción de mujeres seguirá aumentando, las previsiones apuntan a que Paraguay y Chile verán aumentar la proporción de hombres entre 2000 y 2025, algo que ocurrirá también en Uruguay y Argentina durante el segundo cuarto de siglo. El índice de masculinidad (número de hombres por cada 100 mujeres) es un indicador que refleja con claridad la mayor presencia de mujeres ancianas dentro de la población mayor.

CONO SUR- Índice de masculinidad (proporción de hombres por cada 100 mujeres) de la población de 60 y más años en 1975, 2000, 2025 y 2050 (porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
Argentina	12,0	15,7	19,2	29,5
Brasil	7,0	8,3	15,5	29,4
Chile	9,2	11,0	21,2	34,9
Paraguay	9,9	6,1	9,8	16,9
Uruguay	15,4	20,7	22,9	31,5
Total Cono Sur	8,3	9,8	16,3	29,3
América Latina y el Caribe	8,0	8,9	15,1	28,9

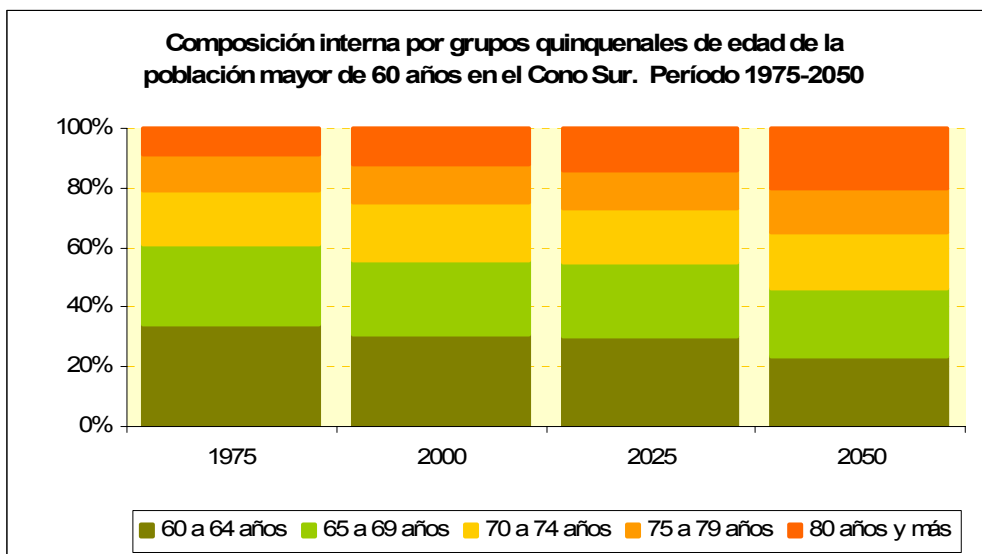
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.



Dentro de la población mayor irá creciendo paulatinamente la proporción que supone la población de mayor edad. En el año 2000, el 31,1% de los adultos mayores tienen entre 60 y 64 años, mientras que los mayores de 80 años suponen un 12% del total. En el año 2050, la proporción de los de entre 60 y 65 años habrá descendido hasta el 23,8%, mientras que la de los mayores de 80 será ya del 20,2%. Este envejecimiento interno se traducirá, sin duda, en un incremento importante de las demandas hacia los sistemas de salud y de servicios sociales, pues las personas de mayor edad son las que tienen una necesidad más pronunciada de asistencia.

CONO SUR- Composición interna por grupos quinquenales de edad de la población de 60 y más años en 1975, 2000, 2025 y 2050 (porcentajes)				
	1975	2000	2025	2050
60-64	34,2	31,1	30,4	23,8
65-69	26,6	24,4	24,4	22,6
70-74	18,6	19,5	18,6	18,9
75-79	12,3	13,0	12,7	14,5
80 y más	8,4	12,0	13,9	20,2
Total 60 y más	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.



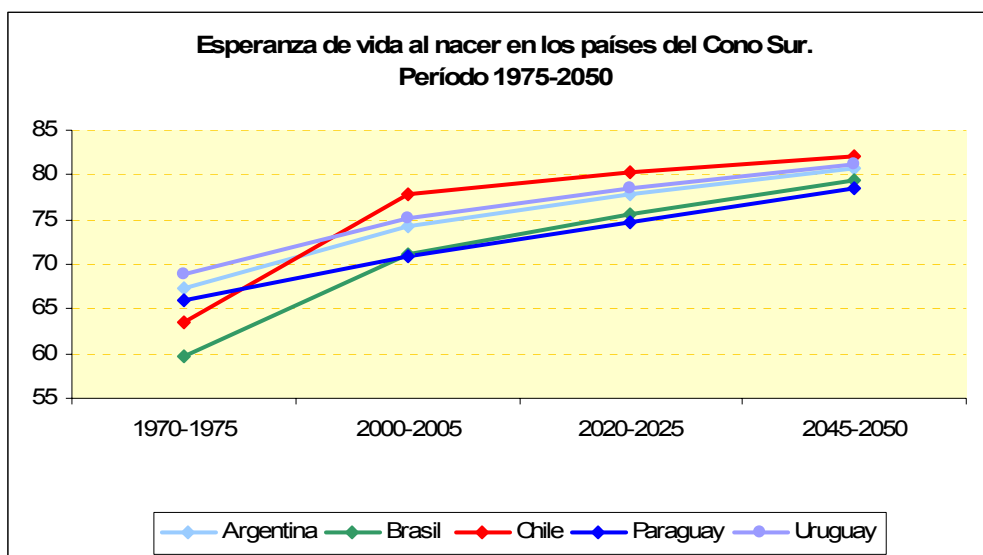
Como ya se ha indicado, estas transformaciones son resultado del crecimiento de las expectativas vitales, derivado del descenso de la mortalidad que es consecuencia, a su vez, del desarrollo económico y social y la mejora de los sistemas de salud. El indicador más utilizado para sintetizar el estado de salud de la población es la esperanza de vida al nacer, que expresa el número de años que, por término medio, vivirían los miembros de una determinada generación si se vieran expuestos a lo largo de su vida a las tasas de mortalidad específicas por edad existentes en el momento de su nacimiento. La reducción de las altas tasas de mortalidad infantil existentes en el pasado ha sido el principal motivo del aumento en la esperanza de vida que ha experimentado la región a lo largo del siglo XX. El incremento de la esperanza de vida, en la actualidad, responde más a una reducción de la mortalidad en la vida adulta y en las edades elevadas.

La esperanza de vida al nacer en el conjunto de los países del Cono Sur ha pasado de los 61,7 años en el quinquenio 1970-1975 a los 72 años en el lustro 1995-2000, esto es, se ha incrementado en más de 10 años en el último cuarto de siglo. Las proyecciones apuntan que puede llegar a los 80 años en 2050. Al caracterizar este indicador por género se observan diferencias a favor de las mujeres, que mantienen una expectativa vital superior a la de los hombres. Esas diferencias, que eran de alrededor de 5 años en el quinquenio 1970-1975, habían aumentado hasta los 7,4 años en 2000-2005. La previsión es que la diferencia de expectativa vital a favor de las mujeres se mantenga en valores en torno a los 7 años en las próximas décadas.

Todos los países verán crecer la esperanza de vida a ritmos bastante similares durante el presente siglo. Las diferencias de partida, que eran considerables (en 1970-1975 la esperanza de vida al nacer en Uruguay superaba en 9 años a la de Brasil), se irán reduciendo de forma paulatina, de forma que el rango de amplitud entre la esperanza de vida más baja y la más alta en 2045-2050 (Paraguay y Chile, respectivamente) será inferior a los 3 años.

CONO SUR- Esperanza de vida al nacer en los quinquenios 1970-1975, 2000-2005, 2020-2025 y 2045-2050 (porcentajes)				
	1970-1975	2000-2005	2020-2025	2045-2050
Hombres				
Argentina	64,1	70,6	74,1	77,0
Brasil	57,6	67,3	72,3	76,0
Chile	60,5	74,8	77,2	79,0
Paraguay	63,8	68,6	72,5	76,0
Uruguay	65,6	71,6	75,3	78,1
Total Cono Sur	59,2	68,4	72,9	76,3
América Latina y el Caribe	58,6	68,3	72,9	76,4
Mujeres				
Argentina	70,8	78,1	81,6	84,5
Brasil	62,2	74,9	79,3	83,0
Chile	66,8	80,8	83,4	85,4
Paraguay	68,1	73,1	77,1	81,0
Uruguay	72,2	78,9	82,0	84,6
Total Cono Sur	64,3	75,8	79,8	83,3
América Latina y el Caribe	63,3	74,9	79,1	82,5
Ambos sexos				
Argentina	67,4	74,3	77,7	80,7
Brasil	59,8	71,0	75,7	79,4
Chile	63,6	77,7	80,2	82,1
Paraguay	65,9	70,8	74,8	78,4
Uruguay	68,8	75,2	78,6	81,3
Total Cono Sur	61,7	72,0	76,3	79,7
América Latina y el Caribe	60,9	71,6	76,0	79,5

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.



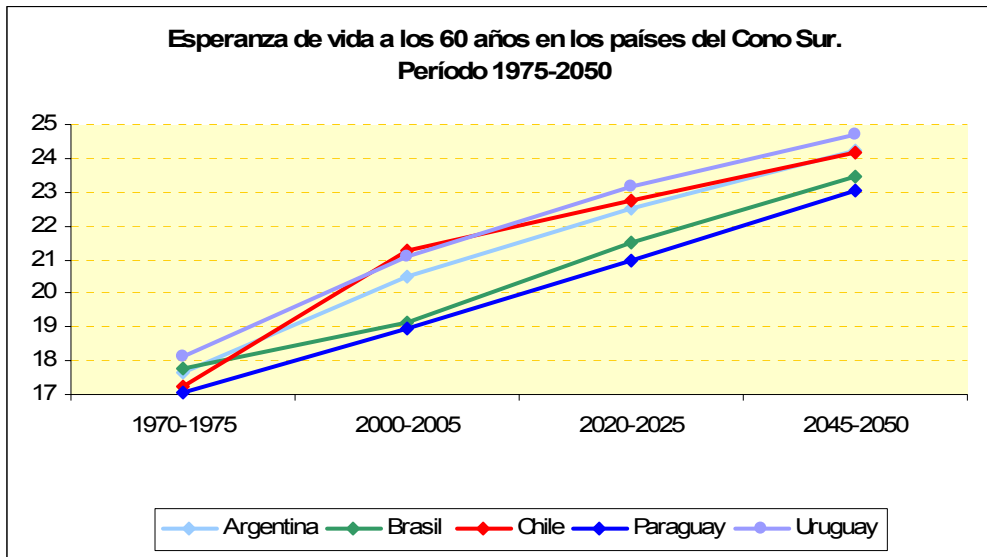
Por lo que se refiere al número de años que le restarían por vivir a una persona al cumplir los 60, para el quinquenio 1970-1975, los varones mantenían en el Cono Sur una expectativa vital de 16,7 años adicionales frente a los 18,6 de las mujeres.

A mitad del presente siglo, se estima que la esperanza de vida adicional a los 60 años será de 20,9 años para los varones y de 25,9 para las mujeres.

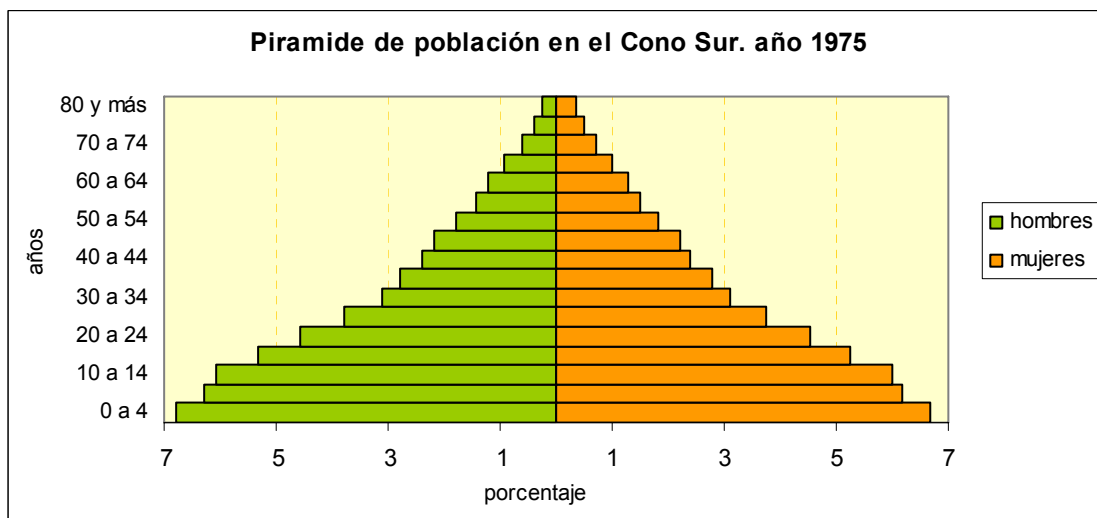
El ritmo de crecimiento de la esperanza de vida a los 60 años en el último cuarto del siglo XX ha sido especialmente intenso en Chile, país que ha visto aumentar en más de 4 años la expectativa adicional de vida al cumplir los 60, pasando a situarse a la cabeza de los países del Cono Sur. En la primera mitad del siglo XXI este indicador crecerá de forma sostenida y muy similar en todos los países.

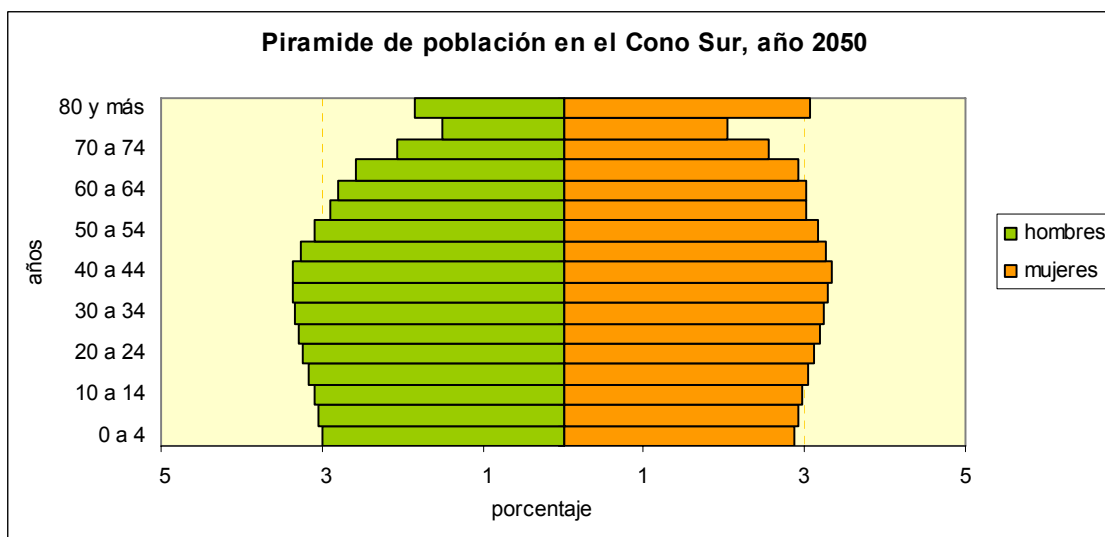
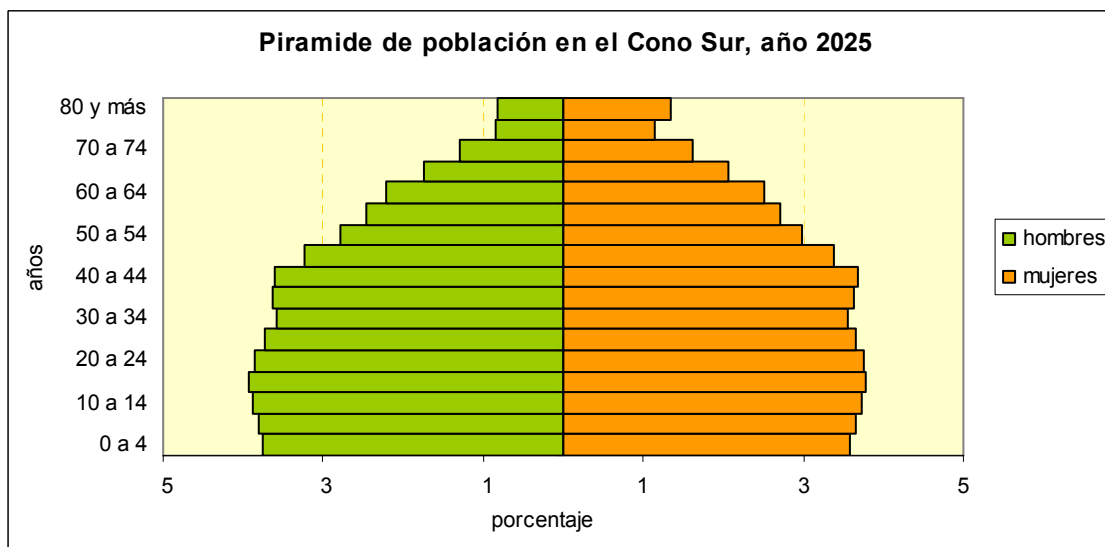
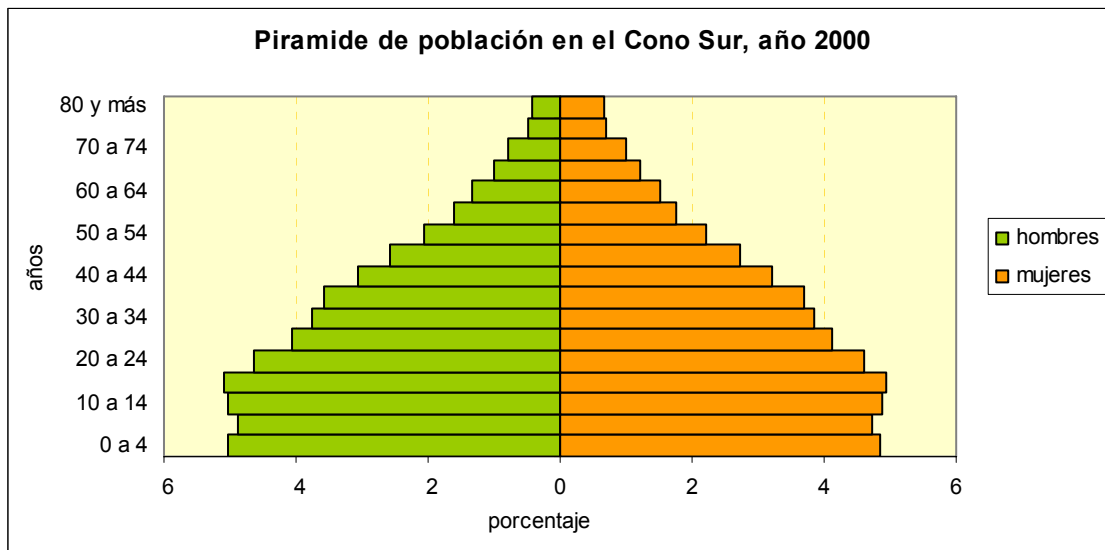
CONO SUR- Esperanza de vida a los 60 años en los quinquenios 1970-1975, 2000-2005, 2020-2025 y 2045-2050 (porcentajes)				
	1970-1975	2000-2005	2020-2025	2045-2050
Hombres				
Argentina	15,5	17,8	19,7	21,3
Brasil	17,4	17,3	19,1	20,7
Chile	15,7	19,1	20,4	21,6
Paraguay	16,0	17,6	19,5	21,2
Uruguay	16,0	18,2	20,3	22,0
Total Cono Sur	16,7	17,6	19,3	20,9
Mujeres				
Argentina	19,5	22,5	24,6	26,5
Brasil	18,1	20,6	23,4	25,7
Chile	18,4	22,9	24,7	26,3
Paraguay	17,9	20,0	22,3	24,7
Uruguay	19,9	23,2	25,2	26,9
Total Cono Sur	18,6	21,3	23,7	25,9
Ambos sexos				
Argentina	17,7	20,5	22,5	24,2
Brasil	17,8	19,1	21,5	23,5
Chile	17,2	21,3	22,7	24,2
Paraguay	17,1	18,9	21,0	23,1
Uruguay	18,1	21,1	23,1	24,7
Total Cono Sur	17,7	19,6	21,8	23,6

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.



Una herramienta básica para ilustrar los cambios en la estructura demográfica de una población son las pirámides de población, una representación gráfica de la composición por grupos de edad y sexo de la población total de un país o región. La pirámide correspondiente al año 1975 muestra la configuración típica de una población joven, en la que prevalece la población infantil y juvenil. Tenemos, así, una pirámide de base amplia, que se va estrechando de forma pronunciada conforme avanza la edad. La pirámide de 2000 apunta ya los rasgos de una transformación en las pautas demográficas, con un estrechamiento perceptible en la base (debido a la disminución de la natalidad, que hace que las cohortes más jóvenes no superen en número a las que las precedieron) y un ligero ensanchamiento en la cúspide, debido al aumento de la proporción de adultos mayores. La proyección de las pirámides para 2025 y 2050 muestra ya una población envejecida, en la que la forma triangular clásica ha dado paso al característico perfil de barril de las sociedades demográficamente maduras.





Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

Los adultos mayores en el Cono Sur habitan en su mayoría en zonas urbanas. Las proyecciones indican que esta situación seguirá en aumento a tal grado que para el año 2025 se espera que en Argentina, Chile y Uruguay residan en zonas urbanas alrededor del 90% de los adultos mayores. Para este mismo año, el 84,4% de los ancianos brasileños y el 72% de los paraguayos vivirán en un entorno urbano.

CONO SUR- Porcentaje de la población de 60 años y más que reside en zonas urbanas por países. Período 1970-2025			
	1975	2000	2025
Argentina	84,3	91,1	93,8
Brasil	60,9	78,3	84,4
Chile	72,1	84,2	89,3
Paraguay	42,5	59,2	72,0
Uruguay	85,4	91,5	92,9

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

El envejecimiento en los países del Cono Sur: Principales rasgos

- En los cinco países del Cono Sur (Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay) viven la mitad de los adultos mayores de 60 años de toda América Latina y el Caribe. Su número superaba, en 2000, los 21 millones, y se espera que sean más de 48 millones en 2025.
- Conforme a los datos de los últimos censos realizados en cada país, Uruguay tiene la proporción más alta de adultos mayores de 60 años respecto a su población total (17,7%). Le siguen Argentina (13,4%), Chile (11,4%), Brasil (8,6%), y finalmente Paraguay (7,1%). Con la excepción de Paraguay, todos los países del Cono Sur están por encima del valor que se registra para América Latina y el Caribe en su conjunto, cifrada por la CEPAL para el año 2000 en un 8,1%
- Todos los países del Cono Sur verán envejecer su población de forma sustancial en la primera mitad del presente siglo. Sin embargo, el proceso de envejecimiento de los cinco países del Cono Sur no será homogéneo, pues cada uno de ellos mantiene una estructura demográfica particular que depende de procesos históricos, sociales y culturales autóctonos.
- En el envejecimiento poblacional en el Cono Sur pueden apreciarse dos características bien definidas: el mayor peso de las mujeres dentro de la población adulta mayor (suponen el 55% de los adultos mayores, y su proporción crece conforme avanza la edad) y el envejecimiento interno, esto es, la proporción creciente que suponen las personas de edad más avanzada. Estas características están determinadas por el aumento de la expectativa vital de los adultos mayores en general y, en particular, por la mayor longevidad de las mujeres respecto a los hombres.
- La esperanza de vida al nacer en el conjunto de los países del Cono Sur (72 años en el quinquenio 2000-2005) se ha incrementado en más de 10 años en el último cuarto de siglo. Todos los países verán crecer la esperanza de vida a ritmos bastante similares durante las próximas décadas. Las diferencias de partida, que eran considerables (en 1970-1975 la esperanza de vida al nacer en Uruguay superaba en 9 años a la de Brasil), se irán reduciendo de forma paulatina, de forma que el rango de amplitud entre la esperanza de vida más baja y la más alta en 2045-2050 (Paraguay y Chile, respectivamente) será inferior a los 3 años.
- Los adultos mayores en el Cono Sur habitan en su mayoría en zonas urbanas.

2. CONDICIONES DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES EN LOS PAÍSES DEL CONO SUR

2.1. Salud

2.1.1. Cobertura de salud

No existe información directamente comparable sobre la cobertura de salud de los adultos mayores en los distintos países del Cono Sur. Las fuentes de información difieren entre sí en su finalidad y en el tipo de datos levantados, lo cual condiciona la posibilidad de realizar una reflexión comparativa de conjunto sobre la atención sanitaria de los adultos mayores en la región. Se apuntan a continuación algunos datos y se destacan las limitaciones que presenta este panorama:

- En Argentina, el acceso a la salud pública es universal para todos los habitantes incluyendo a los adultos mayores. Complementariamente el 76,5% de las personas mayores están cubiertas por una obra social o plan de salud privado o mutual, de acuerdo con el *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*, siendo la entidad con mayor número de afiliados el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI). Las tasas de cobertura aumentan con la edad (tienen cobertura el 88,1% de los mayores de 80 años, frente al 63,1% de los que tienen entre 60 a 64 años).
- En Brasil la atención a la salud de las personas mayores se lleva a cabo a través del sistema de salud público (Sistema Único de Salud, SUS) y por el sistema privado, que actúa de forma complementaria y opcional. Según investigaciones recientes, un 70% de los adultos mayores se atiende exclusivamente en el Sistema Único de Salud; aquellos que tienen plan privado de salud sólo esporádicamente acuden a la sanidad pública, sobre todo cuando necesitan acudir a procedimientos de alto coste, como los tratamientos oncológicos, que generalmente no son cubiertos por los convenios privados.
- En Chile (datos de 2003), el 68,3% de la población tiene cobertura del seguro público de salud, administrado por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), un 17,6% está asegurada en las Instituciones de Salud Previsionales privadas (ISAPRE), y el 14,1% restante en otros sistemas (por ejemplo, el que cubre a los miembros de las fuerzas armadas) o no dispone de cobertura. Entre los adultos mayores aumenta la proporción de personas cubiertas por el seguro público y disminuye la de personas cubiertas por las ISAPRE.
- En Paraguay sólo un 19% de la población cuenta con cobertura de salud asegurada. El seguro público de salud cubre a poco más de un 12% (El Instituto de Previsión Social, IPS, a un 10,9%, la Sanidad Militar y Policial al 1,1% y los seguros mixtos municipales a un grupo sin significación porcentual en el conjunto de la población) y los seguros privados al 6,9% de la población. La cobertura de los seguros privados es, mayoritariamente, simple, excluyendo medicamentos, accidentes, enfermedades crónicas o preexistentes e intervenciones de alta complejidad, y aplicando severas restricciones en el caso de tratamientos prolongados y la terapia intensiva.

Se calcula que más del 83% de los adultos mayores no tiene ningún tipo de seguro médico, y en caso de enfermar ha de enfrentar el coste de la atención que necesita o queda sin recibirla. Según datos de la *Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 2000/01*, el 37,6% de los mayores que enferman o se accidentan no han consultado para atender sus dolencias.

- En Uruguay, según la *Encuesta sobre Estilos de Vida y Salud de la Población Adulta (ENEVISA)* del año 1999⁴¹, el 96,8% de los adultos mayores gozan de cobertura de salud y el 3,2% carecen de ella. El 37,5% de los mayores están asistidos por el sistema público de salud (el 24,6% por el Ministerio de Salud Pública, MSP, que por mandato constitucional garantiza el acceso gratuito a los recursos sanitarios a personas de bajos recursos, y el 12,9% restante por otras instituciones públicas, como el Hospital Militar, el Hospital Policial, los Bancos Estatales y los Entes Autónomos. Las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) asisten en salud al 59,3% de las personas mayores residentes en Uruguay. Estas instituciones, de carácter privado sin fines de lucro, constituyen un sistema de atención de salud prepago, de afiliación individual, familiar o colectiva, con pago de cuota mensual.

Las cifras de cobertura reflejadas en los párrafos precedentes no implican que las personas mayores que cuentan con cobertura asegurada de salud hagan siempre un uso continuado y eficaz de los servicios de salud. Así, por ejemplo, la encuesta uruguaya ENEVISA destaca la baja presencia de prácticas preventivas de salud tanto en la población femenina como en la masculina: el 41% de las mujeres de 55 años y más encuestadas nunca se hicieron una citología, y más de la mitad nunca se realizó una mamografía⁴².

2.1.2. Indicadores de salud

Las categorías clasificatorias sobre las causas de morbilidad y mortalidad de los adultos mayores y sus fuentes presentan considerables diferencias entre unos países y otros. Sin embargo, a grandes rasgos existe una coincidencia en las principales afecciones de esta población, tanto en términos de morbilidad como de causas de defunción: las enfermedades cardíacas, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades del sistema respiratorio.

2.1.3. Situaciones de discapacidad en los adultos mayores

Los adultos mayores presentan situaciones de discapacidad en mayor proporción que las personas de otros grupos de edad, pues, aparte del deterioro de sus capacidades físicas y mentales debido al envejecimiento, han estado expuestos a los riesgos propios de cada edad a lo largo toda su vida. A continuación se resumen los datos sobre prevalencia de la discapacidad en los adultos mayores en los países del Cono Sur.

⁴¹ CEPAL, *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril 2000
<http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/2/LCMVDR185Rev2/Parte%201y2.pdf>
<http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/2/LCMVDR185Rev2/parte%203.pdf>

⁴² Ibid, p.5

- En Argentina, de acuerdo con la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, ENDI, 2002-2003, complementaria del Censo de 2001, el 28% de las personas de 65 años y más presenta algún tipo de discapacidad, proporción que asciende al 37,8% entre los mayores de 75 años. De la población adulta mayor con discapacidad, un 69% presenta una sola discapacidad, el 26% dos discapacidades y el resto (5%) más de dos discapacidades. La prevalencia de la discapacidad en el conjunto de la población argentina fue estimada por la ENDI en un 7,1%.

ARGENTINA- Población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según sexo por grupos de edad. Años 2002-2003.						
Grupos de edad	Población con discapacidad			Prevalencia (en porcentaje)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	2.176.123	1.010.572	1.165.551	7,1	6,8	7,3
0-4	50.854	28.191	22.663	1,8	2,0	1,7
5-14	203.643	120.895	82.748	3,6	4,1	3,0
15-29	250.677	143.794	106.883	3,2	3,7	2,8
30-49	336.868	173.407	163.461	4,6	5,0	4,2
50-64	467.823	212.935	254.888	11,2	11,2	11,1
65-74	372.217	166.007	206.210	21,2	22,3	20,4
75 y más	494.041	165.343	328.698	37,8	35,8	38,9

Fuente: INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003. Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

- En Brasil, según el Censo de 2000, la prevalencia de discapacidad en la población de 65 años y más se sitúa en el 54%, mientras que para el conjunto de la población se estima en un 14,5%. Las discapacidades que presentan mayor prevalencia en Brasil son las relacionadas con la visión.

BRASIL- Población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según sexo por grupos de edad. Año 2000.						
Grupos de edad	Población con discapacidad			Prevalencia (en porcentaje)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	24.600.256	11.420.544	13.179.712	14,5	13,7	15,3
0-14	2.161.333	1.094.757	1.066.576	4,3	4,3	4,3
15-64	17.075.894	7.989.712	9.086.182	15,6	14,9	16,2
65 y más	5.363.029	2.336.076	3.026.954	54,0	53,4	54,5

Fuente: IBGE, Censo Demográfico 2000.

- El Primer Estudio Nacional de la Discapacidad en Chile (ENDISC-CIF 2004), realizado por el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), del Ministerio de Planificación, en colaboración con el Instituto Nacional de Estadísticas, estima la prevalencia de discapacidad entre la población de 65 y más años en un 43,4%.

CHILE- Población total, personas con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según grupos de edad. Año 2004.			
Grupo de edad	Población Total	Personas con Discapacidad	Prevalencia (en porcentaje)
Total Chile	15.998.873	2.068.072	12,9
0-14	3.644.341	117.453	3,2
15-64	10.684.509	1.225.308	11,5
65 y más	1.670.023	725.311	43,4

Fuente: FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

- El Censo Nacional de Población y Viviendas de 2002 de Paraguay cifró la prevalencia global de las situaciones de discapacidad en el país en un 1%. Esta baja prevalencia se debe, fundamentalmente, a que el Censo ha centrado su investigación en las deficiencias más severas. Entre los adultos mayores de 65 años, la prevalencia de la discapacidad fue estimada en el 4,7%, proporción que se eleva al 9% en el caso de los mayores de 80 años.

PARAGUAY- Población total personas con discapacidad y prevalencia de la discapacidad según grupos de edad. Año 2002.			
Grupos de edad	Población Total	Personas con discapacidad	Prevalencia (en porcentaje)
Total	5.163.198	51.146	1,0
Menos de 1 año	115.558	87	0,1
1 a 5	626.420	2.079	0,3
6 a 14	1.173.331	8.754	0,7
15a 24	1.049.352	8.572	0,8
25 a 44	1.284.561	10.948	0,9
45 a 64	660.586	8.757	1,3
65 a 79	199.167	7.049	3,5
80 y más	54.223	4.900	9,0

Fuente: DGEEC, Censo Nacional de Población y Viviendas, 2002.

- Entre septiembre de 2003 y agosto de 2004 se ha realizado en Uruguay la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, un módulo de la Encuesta Continua de Hogares. La encuesta, que tiene como universo muestral la población residente en hogares particulares urbanos de localidades de 5.000 o más habitantes (lo que supone aproximadamente un 82 por ciento de la población total del país), estima la prevalencia de la discapacidad en un 7,6% para la población total, y en un 24,5% para los mayores de 65 años.

URUGUAY- Prevalencia de la discapacidad según sexo por grupos de edad. Años 2003-2004.			
Grupo de edad	Total	Varones	Mujeres
Total	7,6	7,0	8,2
Menos de 15	3,1	3,6	2,6
15 a 29	3,0	3,6	2,4
30 a 49	4,1	4,1	4,1
50 a 64	9,1	8,8	9,2
65 o más	24,5	22,5	25,9

Fuente: INE, Encuesta Nacional de Personas con discapacidad, septiembre 2003-agosto2004.

2.2. Situación económica y pobreza

2.2.1. La seguridad económica de los adultos mayores

El logro de la seguridad económica de los adultos mayores, entendida como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares, en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida en la vejez⁴³, es uno de los retos más complejos a los que se enfrenta la política de mayores. La seguridad económica no sólo proporciona a las personas mayores los medios para satisfacer sus necesidades materiales, sino que también incide de forma muy positiva en su bienestar subjetivo y su autoestima, pues les permite seguir siendo independientes en la toma de decisiones, desempeñar roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

Los ingresos necesarios para asegurar una buena calidad de vida en la vejez dependen de muchos factores, como la edad, el estado de salud, los arreglos de residencia, los patrones de consumo previos y los recursos que facilite el Estado a través de servicios gratuitos o subsidios. Los mecanismos de provisión de seguridad económica son diversos, y entre ellos destacan el trabajo generador de ingresos, los ahorros (activos físicos y financieros), los sistemas de seguridad social y las redes de apoyo, principalmente las familiares.

Conforme al diagnóstico presentado por CEPAL en su publicación *Panorama Social de América Latina 1999-2000*, con datos basados en tabulaciones especiales de las encuestas de hogares realizadas en los años 90, los indicadores de ingresos percibidos por la población de 60 años y más residente en áreas urbanas en el Cono Sur muestran que, en términos regionales, los adultos mayores cuentan con una cobertura previsional superior al 50%, excepto Paraguay. Cabe destacar:

- En cuanto al ingreso por pensiones o jubilación, Uruguay se sitúa a la cabeza, puesto que un 75% de su población mayor de 60 años percibía este ingreso. Le sigue Argentina, con el 73% de los varones de 65 y más años y el 60% de las mujeres de 60 y más años beneficiarios de la seguridad social (recordemos que las edades jubilatorias son de 65 años para los varones y de 60 años para las mujeres). En Chile y Brasil también más de la mitad de los adultos mayores (52,7 y 51,9% respectivamente) perciben pensiones de jubilación. A gran distancia se sitúa Paraguay, con una cobertura por jubilaciones o pensiones del 17,1%.
- La baja cobertura de los adultos mayores a través de pensiones y/o jubilaciones en Paraguay determina que la proporción de mayores que obtienen ingresos por trabajo sea la mayor de la región (32%), o que quienes no perciben ninguno de estos tipos de ingreso (46,8%) representen una proporción superior que en el resto de los países del Cono Sur.

⁴³ La definición de seguridad económica aquí utilizada está tomada de José Miguel Guzmán, "Seguridad económica en la vejez: una aproximación inicial", documento presentado en la Reunión de expertos en seguridad económica del adulto mayor del Banco Interamericano de Desarrollo (BID)/Organización Internacional del Trabajo (OIT)/Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Ciudad de Panamá (9 al 11 de abril de 2002).

- Los porcentajes de las personas mayores que en el Cono Sur reciben ingresos por jubilación o pensión y por trabajo varían entre un país y otro. Brasil cuenta con el porcentaje más alto de personas mayores que reciben ingreso por jubilación o pensión y por trabajo (10%). Le siguen Chile, con un 8,6%, y a mayor distancia Uruguay, con el 6%, Paraguay y Argentina, por debajo del 5%.
- El porcentaje de personas mayores que percibe ingresos sólo del trabajo se encuentra en torno al 10% en Argentina, Brasil y Uruguay. El porcentaje para Chile es del 14,4% y para el caso de Paraguay, según se señaló, asciende al 32%.

CONO SUR- Indicadores de los ingresos percibidos por la población de 60 y más años de edad, en áreas urbanas. Años 1994-1997							
Países	Porcentaje que recibe ingresos				Promedio mensual de ingresos		
	por jubilación o pensión solamente	por jubilación o pensión y por trabajo	por trabajo solamente	no recibe ningún tipo de ingreso	Total	por jubilación (a)(b)	por trabajo (a)
Argentina (1994)	63,9	3,5	10,5	22,1	100,0	2,3	8,9
Brasil (1996)	51,9	9,9	10,0	28,2	100,0	3,2	5,7
Chile (1996)	52,7	8,6	14,4	24,4	100,0	3,5	9,2
Paraguay (1996)	17,1	4,3	31,9	46,8	100,0	2,6	3,4
Uruguay (1997)	75,3	6,0	9,7	9,0	100,0	3,3	4,6

Fuente: CEPAL, *Panorama Social 1999-2000*, sobre la base de las encuestas hogares de los países

(a) Expresado como múltiplo del valor de las líneas de pobreza per cápita de cada país.

(b) Los ingresos por jubilaciones y pensiones corresponden al total de ingresos por transferencias de aquellas personas que en la variable "Condición de Actividad" se declaran "jubilados y pensionados".

2.2.2. Situaciones de pobreza en los adultos mayores

Los datos de pobreza o marginación entre adultos mayores varían dependiendo tanto de su conceptualización teórica como de los índices y métodos de medición establecidos, que son diferentes en los distintos países del Cono Sur. De acuerdo con la información facilitada por las instituciones participantes en el proyecto, en complemento con otras fuentes, se señalan las siguientes aproximaciones:

- En Argentina, según la *Encuesta Permanente de Hogares* (1er semestre de 2006) y siguiendo el enfoque metodológico de líneas de pobreza, el 17,3% de la población adulta mayor (más de 900.000 personas) es pobre. De ellos, más de 250.000 (el 4,9% de la población mayor) son indigentes. El 11,8% de la población mayor de 60 años tiene necesidades básicas insatisfechas, y el 28,7% sufre alguna forma de privación material del hogar.
- Brasil registra, según los datos del Instituto de Investigación Económica Aplicada para el año 2005, un 9,1% de adultos mayores sin ningún tipo de ingresos monetarios. Las mujeres mayores mantienen proporciones considerablemente más altas de ausencia de ingreso (14,0%) que los varones (2,8%).
- En Chile, según la *Encuesta de Caracterización Socioeconómica* (CASEN) de 2000, el 7,9% de los adultos mayores de 60 años (unos 135.000) está por debajo de la línea de pobreza, y de ellos, algo más de 27.000 (el 1,6% de la población) viven en condiciones de indigencia (pobreza extrema).

- En Paraguay, según la *Encuesta Permanente de Hogares 2005*, cerca de 2,23 millones de personas viven en condiciones de pobreza (38,2 % de la población total) debido a que sus ingresos son inferiores al costo de una canasta básica de consumo. En el área rural la pobreza alcanza al 36,6 % de sus habitantes, mientras que en el área urbana representa el 39,4%. No se dispone de información desagregada por edades.
- En Uruguay, según la *Encuesta Continua de Hogares*, en el año 2005 la proporción de personas de 65 años y más bajo la línea de pobreza ascendía al 9,4% frente al 29,8% que se registraba para el conjunto de la población. Los datos se refieren al conjunto de las áreas urbanas del país (poblaciones con más de 5.000 habitantes), y muestran que la incidencia de la pobreza en los adultos mayores es mayor en Montevideo (10,6%) que en el resto de las áreas urbanas (8,0%).

Los adultos mayores no son, por lo general, el grupo de población más afectado por las situaciones de pobreza e indigencia en los países del Cono Sur. En el caso de Uruguay, los últimos datos disponibles (*Encuesta Continua de Hogares* de 2005) indican que la incidencia de la pobreza en el conjunto de la población (29,8%) triplica a la registrada entre los adultos mayores (9,4%). Esta situación ya había sido señalada por Fabiana del Popolo en su informe "Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina", publicado por la CEPAL, con datos basados en tabulaciones especiales de las encuestas de hogares de 1997, en el que se muestra que, además de Uruguay (donde en ese momento las cifras de pobreza de las personas de entre 19 y 59 años cuadruplicaban a las de la población de 60 y más), también Brasil, Chile y Argentina registraban cifras de pobreza para la población de entre 10 y 59 años sensiblemente superiores a las de los adultos mayores, y que sólo en Paraguay la diferencia era más pequeña.

En cualquier caso, se hace necesaria una revisión de los indicadores que se utilizan para medir pobreza de los adultos mayores. El método de necesidades básicas insatisfechas no es lo suficientemente sensible para medir pobreza en la vejez, y para los métodos de medición de la pobreza basados en los ingresos urge la construcción de una canasta básica por grupo etario. La estructura del gasto de los adultos mayores es muy diferente a la de otros grupos de edad, y en ella tienen un peso muy significativo determinados rubros, como los vinculados a la atención de la salud y medicamentos, que inciden en mucha menor medida en otros grupos de población. Por otro lado, y a medida que aumenta la edad, surgen nuevas necesidades de ayudas domiciliarias, adecuación de la vivienda y transporte, entre otros.

Además, hay que tener en cuenta que el tamaño de los hogares en los que viven adultos mayores es, por lo general, más reducido (debido a que en muchos casos el adulto mayor vive sólo o convive únicamente con su cónyuge), y no pueden beneficiarse de las economías de escala que pueden realizarse en hogares con mayor número de miembros. Este es otro factor que han de tener en cuenta los métodos de medición de la pobreza, para no subestimar las condiciones reales de precariedad económica de los adultos mayores.

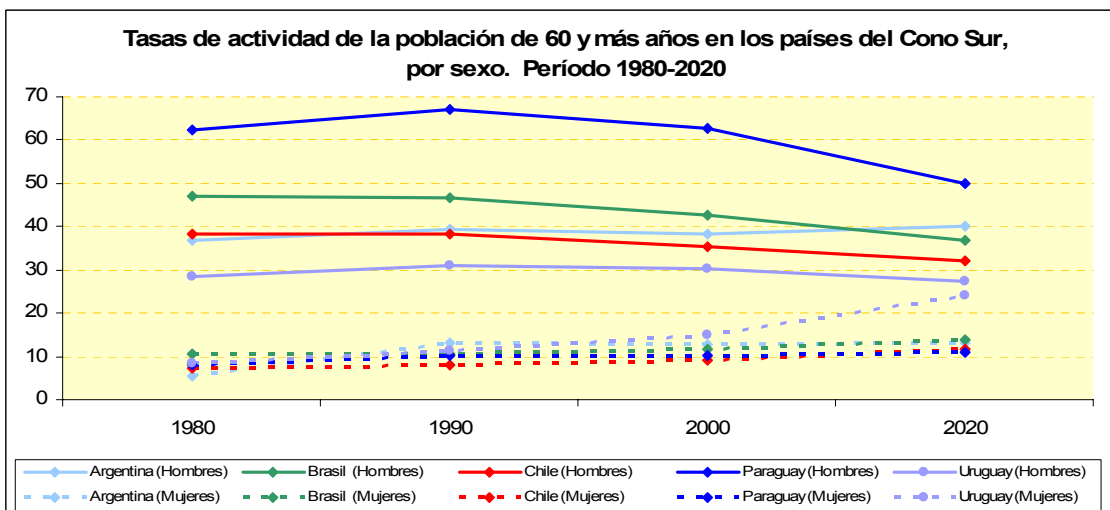
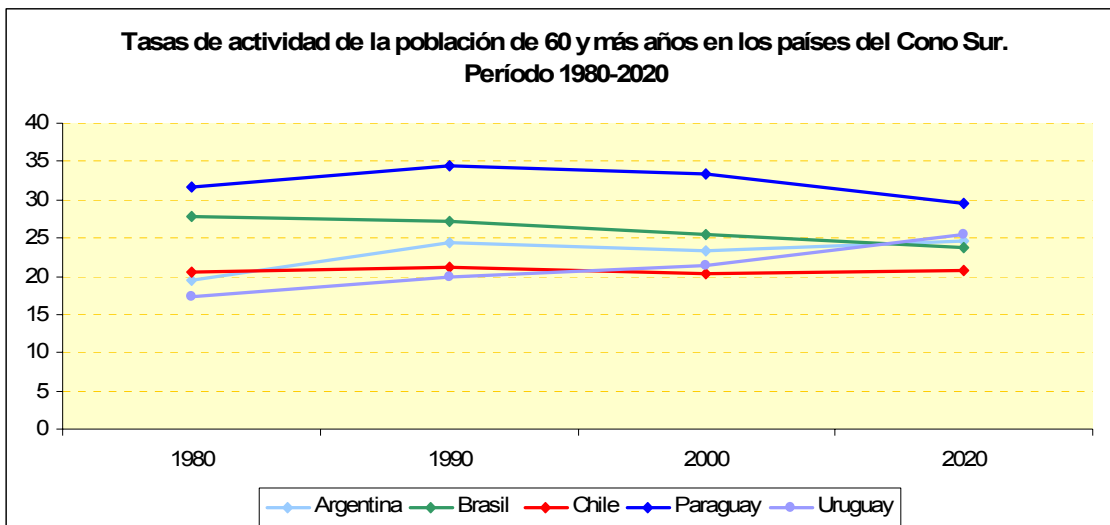
2.3. Actividad laboral

De acuerdo con el *Boletín Demográfico* número 72 (2003) de la CEPAL, dedicado al envejecimiento de América Latina y el Caribe, las tasa de actividad de la población de 60 años y más del Cono Sur, retrospectivas y en proyección se mantienen durante el período 1980-2020 en torno al 20-25%, con la excepción apuntada de Paraguay, cuyos valores de actividad durante todo el período se sitúan en torno al 30%, lo que se explica por la baja cobertura previsional, que obliga a los adultos mayores paraguayos a mantenerse dentro del mercado laboral.

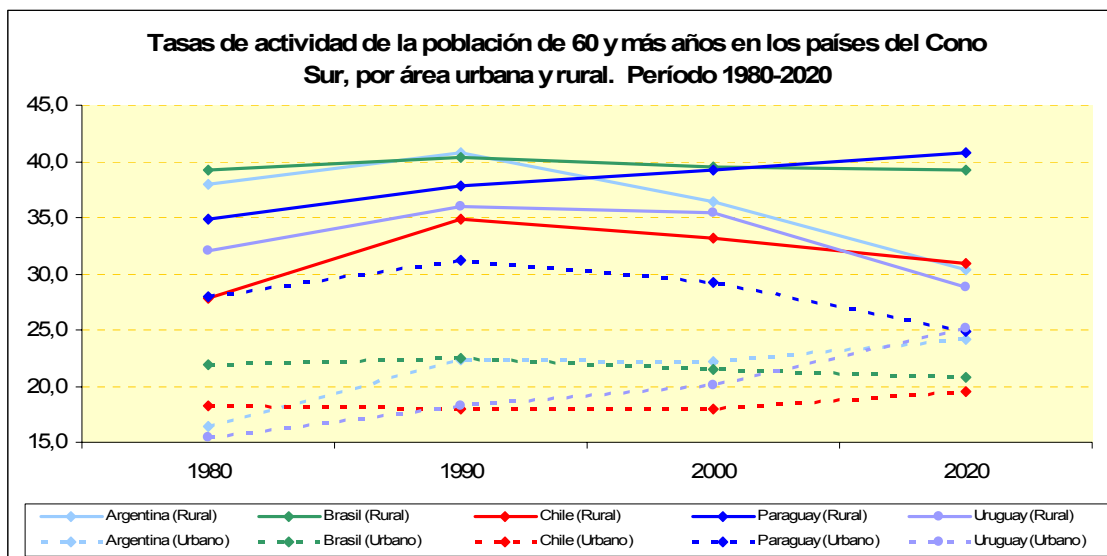
Los adultos mayores hombres tienen unas tasas de actividad sensiblemente mayores que las mujeres. Sin embargo, mientras que los varones mantienen una tendencia descendente en su participación laboral (excepto en Argentina), las mujeres aumentan sus tasas de actividad a lo largo del período considerado. Destaca el crecimiento de las cifras de actividad de las mujeres mayores en Uruguay, que pasan de 11,4 en el año 1990 al 15,0 por cien en el año 2000 y se espera que lleguen a 24,1 por cien en 2020.

CONO SUR- Tasas de actividad de la población de 60 años y más (activos por cien habitantes)				
	1980	1990	2000	2020
Ambos sexos				
Argentina	19,4	24,4	23,4	24,5
Brasil	27,8	27,2	25,4	23,8
Chile	20,5	21,1	20,4	20,8
Paraguay	31,7	34,4	33,3	29,6
Uruguay	17,3	19,8	21,4	25,5
Hombres				
Argentina	36,8	39,2	38,1	40,0
Brasil	46,9	46,7	42,8	37,0
Chile	38,1	38,4	35,2	32,0
Paraguay	62,5	67,0	62,6	50,1
Uruguay	28,4	30,9	30,3	27,4
Mujeres				
Argentina	5,3	13,0	12,6	13,1
Brasil	10,5	10,6	11,5	13,7
Chile	7,2	8,2	9,2	11,8
Paraguay	8,2	10,1	10,2	11,1
Uruguay	8,5	11,4	15,0	24,1

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



Los adultos mayores que viven en zonas rurales presentan tasas de actividad más altas que los que residen en zonas urbanas. Mientras que en las áreas rurales las tasas de actividad registradas en 2000 oscilan, según los países, entre el 33% y el 40%, en las zonas urbanas estas tasas se encuentran en torno al 20%, con la excepción de Paraguay, que tiene una tasa cercana al 30%. Sin duda, el mayor índice de actividad que se registra en las zonas rurales está relacionado con las menores tasas de cobertura prestacional que tienen los adultos mayores que trabajan en el sector agrario.



Las tasas de participación en la actividad de los adultos mayores en el Cono Sur son, en general, bastante más altas que en los países desarrollados, y es poco probable que disminuyan significativamente a corto y medio plazo, debido a las reformas realizadas en los sistemas de pensiones, que han supuesto el aumento de la edad legal al momento de la jubilación y la exigencia de una mayor cantidad de años de cotización para acceder a las pensiones. Existen muchas razones que llevan a las personas a permanecer en la actividad económica después de la edad de jubilación, entre las que destacan el modesto monto de las pensiones, el hecho de que muchos mayores no tienen acceso a una pensión por no haber aportado las cotizaciones correspondientes, y la necesidad de aportar ingresos adicionales al grupo familiar. La alta participación en la actividad no responde necesariamente a una opción voluntaria, sino a la necesidad de garantizar el mínimo de recursos necesarios para sobrevivir.

2.4. Educación y vejez

El nivel educacional de las personas es un importante condicionante de su situación socioeconómica y, por lo tanto, tiene un papel decisivo en sus condiciones de vida y su bienestar material. Los niveles elevados de educación se correlacionan con ingresos altos y mejores condiciones de vida y de salud. Por otro lado, el nivel de educación influye en forma importante en las actitudes, prácticas y comportamientos que tienen las personas hacia la salud y, por consiguiente, condiciona la demanda y utilización de los servicios de salud. Estos hallazgos son también válidos para la población mayor de 60 años.

Destacamos algunos de los datos disponibles sobre el nivel educativo de los adultos mayores en los países del Cono Sur:

- En Argentina, un 8% de la población adulta mayor no cuenta con instrucción formal, el 73% ha alcanzado hasta secundaria incompleta, el 19% restante cuenta con secundaria completa y más. El porcentaje de analfabetismo en este conjunto poblacional se sitúa en el 6%.

- En Brasil, según los datos del IBGE en el año 2005, el 31,1% de los adultos mayores no sabía leer ni escribir. Por género, las mujeres soportan un porcentaje cuatro puntos mayor de analfabetismo que los varones.
- En Chile, según la Encuesta CASEN 2003, el 13,2% de los adultos mayores es analfabeta. Por género, las cifras varían. Las mujeres adultas mayores mantienen un porcentaje de analfabetismo del 14,4% frente al 11,6% de los hombres mayores. El porcentaje de analfabetismo se incrementa a medida que crece la edad, especialmente en las mujeres. En la población de 76 y más años de edad, una de cada cinco mujeres es analfabeta.
- La información sobre la situación educativa de la población adulta mayor en Paraguay, proveniente del Censo 2002, revela que una gran proporción de adultos mayores es analfabeta (26,4%) y que la población femenina está en desventaja educativa en comparación con la población masculina.
- Para Uruguay, según la encuesta SABE 2001⁴⁴, un 2,6% de los varones mayores de 60 años y un 5,1% de las mujeres de esa misma edad residentes en Montevideo no tenían estudios, un 64,6% de los varones y un 67,5% de las mujeres tenían estudios primarios, y un 23,6% de los varones y un 15% de las mujeres tenían estudios secundarios o superiores.

Las personas mayores en América Latina cuentan con niveles de educación muy bajos, y las tasas de analfabetismo suelen ser más altas en este grupo de edad que en el conjunto de la población, concentrándose sobre todo en los mayores que viven en las áreas rurales⁴⁵. Esto se debe fundamentalmente a que los adultos mayores vivieron su fase de acumulación de activos educacionales en unos momentos en que la cobertura de los sistemas de enseñanza era muy inferior a la actual, y a la ausencia de programas formativos dirigidos a la población mayor. Las generaciones venideras de adultos mayores serán, en todos los países, notablemente más instruidas que las actuales, y habrá menores diferencias de género, gracias a los avances en materia educativa que se han logrado en las últimas décadas.

2.5. Vivienda

Las características de las viviendas de los adultos mayores no difieren significativamente de las del resto de la población. La dotación de los servicios básicos considerados fundamentales para la habitabilidad de las viviendas presenta aún importantes carencias, aunque la evolución en las últimas décadas ha sido positiva. En Paraguay, actualmente disponen de conexión a la red eléctrica el 89,1% de las viviendas habitadas. Más de la mitad de las viviendas particulares ocupadas cuentan con agua por cañería, el 63% posee desagüe cloacal o pozo ciego y sólo una de cada tres tiene un sistema de recolección de basura, sea

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud, *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 de 2001.
<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDR/CAIS-01-05.PDF>

⁴⁵ CEPAL-CELADE, *Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la Situación y las Políticas*, 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, 19 al 21 de noviembre de 2003.
<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.pdf>

público o privado. En Argentina, el 96,2% de las personas de 60 y más años tiene en su vivienda conexión a energía eléctrica por red; el 61,5% acceso a desagüe de red cloacal; el 87,2% tiene acceso a agua de red; el 73,2% a energía de gas por red; el 91,5% a alumbrado público; el 80,8% a pavimento en las calles cercanas a su vivienda; el 91,6% a servicio de recolección de residuos, el 81,5% a transporte público a menos de 300 metros a la redonda de su vivienda y el 80,4% a teléfono público a menos de 300 metros a la redonda de su vivienda. El 10,6% de la población mayor argentina carece de inodoro con descarga de agua.

En general, la mayor parte de los adultos mayores del Cono Sur residen en viviendas que son propiedad del adulto mayor o de su familia, y es bastante más escaso el número de los que residen en viviendas alquiladas. La vivienda propia constituye el principal activo patrimonial de las personas mayores en los países del Cono Sur.

- El 85% de los adultos mayores argentinos reside en viviendas propias, y el número de personas mayores en condiciones de hacinamiento es bajo: un 1,2%. El 2,3% de las personas mayores de 60 años vive en instituciones colectivas.
- En Chile, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica, CASEN 2003, el 79,8% de los adultos mayores reside en casa propia pagada, situación que es transversal en todos los sectores socioeconómicos. Sólo el 6% de los adultos mayores está en la situación de casa propia pagándose y el 4,2% arrienda su vivienda actual. El 49% de los adultos mayores son propietarios de la vivienda donde residen, y de estos el 89% son jefes de hogar, lo que reafirma la relación de propiedad con el rol relevante en el hogar.
- En Paraguay, la forma de tenencia predominante es la propiedad, (79,2% del total). Se aprecian diferencias importantes en las modalidades de tenencia de las viviendas por áreas de residencia urbana-rural, particularmente en lo que respecta a los tipos "alquilada" y, en menor medida, "otra forma" que comprende las categorías "cedida" y "ocupada de hecho". Las viviendas alquiladas representan una modalidad casi exclusivamente urbana, mientras que en el área rural las viviendas cedidas u ocupadas de hecho (modalidad de tenencia que podría asociarse a situaciones de precarización de las condiciones de vida) constituyen la forma de tenencia más importante después de la propiedad.
- En Uruguay, de acuerdo con la encuesta ENEVISA, el 74% de las personas de 55 años y más son propietarios de la vivienda que habitan. De éstos, el 88% la tiene totalmente adquirida y un 12% la está pagando. El 11,5% de la población de 55 y más años reside en vivienda alquilada. Entre los hombres, la proporción es del 12%, frente al 11% entre las mujeres. En viviendas cedidas, que son propiedad de un familiar, residen el 7,8% de los mayores de 55 años (el 9% de las mujeres y el 7% de los varones). La proporción de personas que viven en viviendas cedidas aumenta con la edad, pero mientras que para la población femenina el cambio es limitado y gradual, para la masculina es brusco y elevado a partir de los 80 años.

2.6. Formas de convivencia

Dos son los indicadores utilizados para perfilar las situaciones de habitación y convivencia de los adultos mayores en el Cono Sur: el estado conyugal y la estructura de los hogares.

2.6.1. Situación conyugal

Las mujeres mayores sufren la "ausencia de pareja" en mayor medida que los varones, prevaleciendo entre ellas estados conyugales como divorciada, separada, soltera o viuda. Así, la viudedad alcanza porcentajes del 57% entre las mujeres uruguayas de entre 65 y 74 años, frente al 10% de los varones en este mismo grupo de edad. En Brasil, el 40,8% de las mujeres mayores manifiesta ser viuda frente a sólo el 12,4% de los varones. En Paraguay, de acuerdo con la información del Censo 2002, aproximadamente el 36% de las mujeres adultas mayores son viudas, mientras que el 75% de los hombres mantiene algún tipo de unión conyugal.

Esta situación de viudedad femenina está condicionada por la mayor expectativa de vida de las mujeres respecto a los varones, además de por la facilidad comparativa de los varones para formar una nueva familia debido a variables económicas y culturales.

2.6.2. Estructura de los hogares

Las cifras sobre la presencia de los adultos mayores en los hogares indican el papel de la familia como primera fuente de apoyo y cuidados. A continuación se destacan algunos datos sobre la estructura de los hogares en los que viven las personas mayores de 60 años en los países del Cono Sur.

- En Argentina, el 17,3% de los mayores de 60 años que vive en hogares familiares lo hace sólo, el 26,8% en hogar nuclear completo de pareja sola; el 14,6% en hogar nuclear completo de pareja e hijos; el 6,3% en hogar nuclear incompleto; el 34,2 en hogar extendido y el 0,8% en hogar no familiar.
- En Brasil, según el Censo de 2000, en el 24,1% de las familias brasileñas reside por lo menos un adulto mayor.
- En Chile, el 10,6 de la población de 60 años y más reside en hogares unipersonales. Dentro de la población adulta mayor la proporción de mujeres que viven solas es superior a la registrada en los hombres (12,4% y 8,2% respectivamente).
- Aproximadamente uno de cuatro hogares paraguayos cuenta con la presencia de al menos un adulto mayor entre sus miembros.
- En Uruguay, la Encuesta ENEVISA destaca la proporción de mujeres de 65 a 79 años que viven solas: un 37,4%.

En el apartado anterior se han facilitado algunos datos sobre la situación conyugal de los adultos mayores en el Cono Sur, destacando la mayor proporción de mujeres en situación de viudedad o ausencia de pareja. Aunque el número de mayores sin

pareja es relativamente elevado, la residencia en solitario es, en general, poco significativa en los países del Cono Sur. Las mujeres tienden a vivir solas en mayor proporción que los hombres debido, probablemente, a la menor propensión a unirse cuando quedan viudas o se separan. En general también se observa una mayor proporción de residencia solitaria en zonas rurales.

No se aprecia una tendencia generalizada a vivir solo conforme aumenta la edad, a pesar de que sí se incrementa la proporción de personas sin pareja. La convivencia con los hijos u otros parientes, aun cuando en algunos casos puede no ser necesariamente una opción deseada, crea un espacio de supervivencia en el que operan las transferencias familiares de apoyo económico, instrumental y emocional.

Algunas constataciones sobre las condiciones de vida de los adultos mayores en los países del Cono Sur

- La cobertura de las necesidades de salud de los adultos mayores en los países del Cono Sur es desigual. Mientras en Uruguay el 96,8% de los adultos mayores gozan de cobertura de salud, en Paraguay sólo un 19% de la población cuenta con cobertura de salud asegurada. Hay sustanciales diferencias en el tipo de actuaciones de salud cubiertas según qué institución realice la cobertura, y en muchos casos están excluidas las intervenciones de alta complejidad y los medicamentos.
- La información acerca del uso de los servicios de salud por parte de los adultos mayores es muy escasa. No obstante, los datos disponibles permiten afirmar que las personas mayores que cuentan con cobertura asegurada de salud no hacen siempre un uso continuado y eficaz de los servicios de salud, y destaca la baja presencia de prácticas preventivas.
- Los adultos mayores presentan situaciones de discapacidad en mayor proporción que las personas de otros grupos de edad, pues, aparte del deterioro de sus capacidades físicas y mentales debido al envejecimiento, han estado expuestos a los riesgos propios de cada edad a lo largo toda su vida.
- No existe información homogénea sobre la situación de pobreza de los adultos mayores. Sin embargo, a partir de los indicadores presentados dentro de los cuestionarios y otros datos complementarios, podría concluirse que los adultos mayores no mantienen cifras altas de pobreza en comparación con la población general. Los mecanismos de provisión de seguridad económica para los adultos mayores son diversos, y entre ellos destacan el trabajo generador de ingresos, los ahorros (activos físicos y financieros), los sistemas de seguridad social y las redes de apoyo, principalmente las familiares.
- Se hace necesaria una revisión de los indicadores que se utilizan para medir la pobreza de los adultos mayores, dado que su estructura de gasto es muy diferente a la de otros grupos de edad, y en ella tienen un peso muy significativo determinados rubros, como los vinculados a la atención de la salud y medicamentos, que inciden en mucha menor medida en otros grupos de población. A medida que aumenta la edad, surgen nuevas necesidades de ayudas domiciliarias, adecuación de la vivienda y transporte, entre otros. Además, hay que tener en cuenta que el tamaño de los hogares en los que viven adultos mayores es, por lo general, más reducido (debido a que en muchos casos el adulto mayor vive sólo o convive únicamente con su cónyuge), y no pueden beneficiarse de las economías de escala que pueden realizarse en hogares con mayor número de miembros. Este es otro factor que han de tener en cuenta los métodos de medición de la pobreza, para no subestimar las condiciones reales de precariedad económica de los adultos mayores.

- Las tasa de actividad de la población de 60 años y más del Cono Sur se sitúan en torno al 20-25%, con la excepción de Paraguay, cuyos valores de actividad durante todo el período se sitúan en torno al 30%, lo que se explica por la baja cobertura previsional, que obliga a los adultos mayores paraguayos a mantenerse dentro del mercado laboral. Los adultos mayores hombres tienen unas tasas de actividad sensiblemente mayores que las mujeres, y los que viven en zonas rurales presentan tasas de actividad más altas que los que residen en zonas urbanas.
- Las tasas de participación en la actividad de los adultos mayores en el Cono Sur son, en general, bastante más altas que en los países desarrollados, y es poco probable que disminuyan significativamente a corto y medio plazo, debido a las reformas realizadas en los sistemas de pensiones, que han supuesto el aumento de la edad legal al momento de la jubilación y la exigencia de una mayor cantidad de años de cotización para acceder a las pensiones. Las personas mayores en el Cono Sur cuentan con niveles de educación bajos, y sus tasas de analfabetismo suelen ser más altas que en el conjunto de la población, concentrándose sobre todo en los mayores que viven en las áreas rurales. Las mujeres mayores mantienen cifras más altas de analfabetismo que los varones.
- Las características de las viviendas de los adultos mayores no difieren significativamente de las del resto de la población. La dotación de los servicios básicos considerados fundamentales para la habitabilidad de las viviendas presenta aún importantes carencias, aunque la evolución en las últimas décadas ha sido positiva. En general, la mayor parte de los adultos mayores del Cono Sur residen en viviendas que son propiedad del adulto mayor o de su familia, y es bastante más escaso el de los que residen en viviendas alquiladas. La vivienda propia constituye el principal activo patrimonial de las personas mayores en los países del Cono Sur.
- Las mujeres mayores sufren la “ausencia de pareja” en mayor medida que los varones, prevaleciendo entre ellas estados conyugales como divorciada, separada, soltera o viuda, situaciones que indican un mayor riesgo de soledad. El predominio de la viudedad femenina entre los adultos mayores del Cono Sur está condicionado por la mayor expectativa de vida de las mujeres respecto a los varones, además de por la facilidad comparativa de los varones para formar una nueva familia debido a variables económicas y culturales.
- Las cifras sobre la presencia de los adultos mayores en los hogares indican el papel de la familia como primera fuente de apoyo y cuidados. La convivencia con los hijos u otros parientes, aun cuando en algunos casos puede no ser necesariamente una opción deseada, crea un espacio de supervivencia en el que operan las transferencias familiares de apoyo no económico, instrumental y emocional.

3. MARCO JURÍDICO E INSTITUCIONAL

3.1. Reconocimiento de derechos de los adultos mayores

3.1.1. Derechos constitucionales

Las Constituciones de Argentina, Brasil y Paraguay contienen algunas previsiones referidas específicamente a los derechos de los adultos mayores. Las constituciones de Chile y Uruguay no particularizan los derechos de las personas mayores, que son los reconocidos a todos los ciudadanos.

En Argentina, el artículo 75 de la Constitución Nacional, en su inciso 23, establece que corresponde al Congreso legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución y por los Tratados Internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad. Un antecedente histórico importante son los derechos de la ancianidad, establecidos durante el gobierno del Presidente Perón, proclamados en agosto de 1948 e incorporados a la Constitución en la reforma del año 1949.

El artículo 230 de la Constitución de la República Federativa de Brasil establece que la familia, la sociedad y el Estado tienen el deber de amparar a la persona mayor, asegurando su participación en la comunidad, defendiendo su dignidad y bienestar y garantizando su derecho a la vida. Añade que los programas de ayuda a las personas mayores serán ejecutados preferentemente en sus hogares, y que los mayores de 65 años tienen garantizado el transporte colectivo gratuito urbano.

La Constitución de Paraguay declara en su artículo 57 el derecho a protección integral (alimentación, salud, vivienda, cultura y ocio) en la tercera edad. En el artículo 6, dedicado a la calidad de vida, establece que será promovida por el Estado en el caso de impedimentos por la edad, y en el artículo 53, la obligación de los hijos de prestar asistencia a sus padres necesitados. El artículo 88 prohíbe la discriminación entre trabajadores por motivos de edad.

Las constituciones de los países del Cono Sur incorporan previsiones sobre la Seguridad Social y, con diferente alcance, sobre el derecho a la salud, las políticas de previsión social y la asistencia social.

En el cuadro siguiente se resumen las previsiones constitucionales relativas a los derechos de los adultos mayores en los países del Cono Sur.

CONO SUR: Previsiones Constitucionales relativas a los derechos de los adultos mayores		
País	Previsiones referidas específicamente a los derechos de los adultos mayores	Previsiones relativas a la Seguridad Social y a las políticas de previsión social, salud y asistencia social
Argentina	<p>Art. 75: Corresponde al Congreso... (Inciso 23): Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los Tratados Internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.</p> <p>Antecedente histórico:</p> <p>Derechos de la ancianidad (gobierno del presidente Perón, reforma constitucional de 1949)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Derecho a la asistencia. - Derecho al albergue higiénico. - Derecho a la alimentación, vestido, al cuidado de la salud física, al esparcimiento, al trabajo, a la tranquilidad y al respeto. 	<p>Art. 14 bis.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seguro social obligatorio. - Protección integral de la familia. - Vivienda digna.
Brasil	<p>Art. 230: La familia, la sociedad y el Estado tienen el deber de amparar a la persona mayor, asegurando su participación en la comunidad, defendiendo su dignidad y bienestar y garantizando su derecho a la vida.</p> <p>-Parágrafo 1: Los programas de ayuda a las personas mayores serán ejecutados preferentemente en sus hogares</p> <p>-Parágrafo 2: Los mayores de 65 años tienen garantizado el transporte colectivo gratuito urbano.</p>	<p>Art. 194: Defina la Seguridad Social como un conjunto integrado de acciones de iniciativa de los poderes públicos y de la sociedad, destinadas a asegurar los derechos relativos la salud, a la previsión social y a la asistencia social.</p> <p>Art. 195: Financiación del sistema de Seguridad Social.</p> <p>Art. 196: Define la salud como un derecho de todos y un deber del Estado.</p> <p>Art. 201: Define los planes de previsión social y prevé la cobertura de atención a las situaciones de enfermedad, invalidez, muerte y edad avanzada. Establece la edad de jubilación en 65 años para los hombres y 60 para las mujeres, con reducción para trabajadores rurales y de ciertas actividades.</p> <p>Art. 203: Define y asigna la política pública de asistencia social a quien de ella necesite, independiente de su contribución a la Seguridad Social.</p> <p>Art. 204: Financiamiento y gestión de la asistencia social.</p>

Chile	La constitución chilena está redactada en términos genéricos, sin particularizar los derechos de los adultos mayores. Establece en su Art. 1 que las personas nacen libres e iguales en dignidad y derechos, y dedica el Capítulo III a los derechos y deberes constitucionales.	Art. 9: Derecho a la salud. Art. 18: Derecho a la Seguridad Social. Art. 19. Establece en su inciso 3 que la acción del Estado estará dirigida a garantizar el acceso de todos los habitantes al goce de las prestaciones básicas uniformes, sea que se otorguen a través de instituciones públicas o privadas, y prevé que la ley podrá establecer cotizaciones obligatorias. En su inciso 4 establece que el Estado supervisará el adecuado ejercicio del derecho a la seguridad social.
Paraguay	Art. 57: De la tercera edad: Derecho a protección integral (alimentación, salud, vivienda, cultura y ocio). Art. 6: De la calidad de vida: (in fine) será promovida por el Estado en el caso de impedimentos por la edad. Art. 53: De los hijos: Obligados a prestar asistencia a sus padres necesitados. Art. 88: De la no discriminación: No se admite discriminación entre trabajadores por motivos de edad.	Art. 95. Sistema obligatorio e integral de seguridad social para el trabajador dependiente y su familia. Promoción de su extensión al resto de la población. Art. 103. Régimen de jubilaciones de los funcionarios y de los empleados públicos.
Uruguay	La constitución uruguaya está redactada en términos genéricos, sin particularizar los derechos de los adultos mayores. En su Art. 7 establece que los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general.	Art. 67: Establece el principio de generalidad de la Seguridad Social. Define la pensión a la vejez como un derecho para el que llegue al límite de la edad productiva, después de larga permanencia en el país y carezca de recursos para subvenir sus necesidades vitales. Prevé un sistema de indexación de las pasividades. Art. 195: Crea el Banco de Previsión Social con carácter de ente autónomo y con el cometido de coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social.

3.1.2. Leyes específicas y sectoriales

Brasil, Paraguay y Uruguay han promulgado leyes relativas a la promoción integral de los derechos de los adultos mayores.

- En Brasil se promulgó en 1993 la Ley 8.842, de Política Nacional del Mayor, que garantiza nuevas modalidades de servicios y programas de atención a la persona mayor y sus familias, prevé Consejos de Adultos Mayores y establece y reconoce la participación efectiva de organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales. En 1994 se promulgó la Ley 10.741, de Estatuto del adulto mayor, que establece una regulación nacional de derechos y prestaciones para los adultos mayores. En el año 2004 se ha dictado el Decreto 5.109, que dispone sobre la composición, estructuración, cualificaciones y funcionamiento del Consejo Nacional de los Derechos del Adulto Mayor, CNDI, y establece medidas complementarias.

- En Paraguay se promulgó en 2002 la Ley 1.885 “De las personas adultas”, que regula los derechos de los adultos mayores (aún no reglamentada por Decreto del Poder Ejecutivo). Esta ley establece que 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; 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, y goza del pleno ejercicio de sus derechos civiles, comerciales y laborales en igualdad de condiciones con los demás sujetos de crédito, sin que la edad constituya impedimento alguno para contraer obligaciones ante terceros. Prevé asimismo que el Estado concurrirá al logro del bienestar social de las personas de la tercera edad, garantizando el ejercicio de sus derechos y velando para que aquellas que se encuentren en situación de vulnerabilidad, carezcan de familia o se encuentren abandonadas, sean ubicadas en lugares públicos o privados y se le ofrezcan programas de servicios sociales intermedios.
- En Uruguay se promulgó, en 2004, la Ley Nº 17.796, de Promoción Integral de los Adultos Mayores, que aún no ha entrado en vigencia por estar reglamentándose. Tiene como objetivo la promoción integral de los adultos mayores, entendiéndose por tales todas las personas que en el momento de alcanzar la edad de sesenta y cinco años tengan residencia permanente, fehacientemente demostrable, en el país, independientemente de su nacionalidad o ciudadanía. Dispone que el Poder Ejecutivo y el Ministerio de Salud Pública deberán estructurar un Plan Nacional que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva, en particular en los aspectos que se consagran como derechos: La integración activa en la familia y en la comunidad y el goce de un trato digno y sin ninguna clase de discriminaciones, en todos los órdenes de su vida; alcanzar una vejez digna en la que prevalezcan el bienestar físico, psíquico y socioeconómico; contar con asistencia médica y sanitaria integral y coordinada, incluida la odontológica; tener acceso a la educación, a una vivienda adecuada, así como a alimentación y abrigo suficientes; tener acceso al esparcimiento, al transporte y a las comunicaciones en todo el territorio nacional, y tener la seguridad de su integridad psicofísica e intelectual en un marco de justicia y equidad.

Argentina y Chile no cuentan con una ley relativa a la política integral de los derechos de los adultos mayores, pero sí cuentan con leyes específicas y sectoriales. En Argentina merece destacarse, no obstante, la Ley 13.478, promulgada el 29 de Septiembre de 1948, en el marco de los derechos de la ancianidad, establecidos durante el gobierno del Presidente Perón, que instituyó las pensiones asistenciales para adultos mayores, un beneficio orientado a las personas de 70 años y más, reglamentado por los decretos 432/97 y 582/03, que lo universaliza. Chile, por su parte, promulgó en 2002 la Ley 19.828 de creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Es la primera ley que aborda el tema de los derechos de los adultos mayores en el país, por lo que se constituye como la única norma que explícitamente se refiere al grupo vulnerable adulto mayor, no existiendo hasta el momento otras normativas que lo contemplan.

La legislación sectorial contiene, en todos los países, disposiciones que inciden de forma directa en los derechos de los adultos mayores. En especial, se tienen en cuenta a los adultos mayores en las normas relativas a los sistemas de salud, de

previsión social y de asistencia social, así como en determinadas normas relativas a la vivienda, el derecho laboral o la función pública, entre otras.

Es de destacar que no existe en la legislación de los diversos países un criterio común acerca de la edad a partir de la cual se considera a una persona como adulto mayor:

- Argentina, que adhiere a las resoluciones y recomendaciones de organismos internacionales, establece el derecho a jubilación (contributiva) a los 60 años para las mujeres y a los 65 años para los varones y la pensión no contributiva por vejez para los mayores de 70 años.
- Brasil, en su *Política Nacional do Idoso*, considera adulto mayor a la persona de más de 60 años. Establece el derecho a la jubilación por edad a los 65 años para los varones y los 60 para las mujeres en el caso de trabajadores urbanos, con reducción de 5 años para los trabajadores rurales y de determinadas actividades. Aunque reconoce que la jubilación por edad puede ser prorrogada, prevé la jubilación por edad obligatoria a los 70 años para los varones y los 65 para las mujeres. En la Ley Orgánica de Asistencia Social, sitúa en 65 años la edad prevista para la concesión del beneficio de prestación continuada.
- Dentro del marco de las políticas públicas, Chile y Paraguay consideran adultos mayores a las personas de más de 60 años, y Uruguay a toda persona que haya cumplido 65 años. No obstante, en Chile, la pensión asistencial por vejez se concede a los 65 años, y en Uruguay, la edad legal de jubilación común es de 60 años para ambos sexos.

Un aspecto de especial interés es la existencia, en las leyes, de disposiciones que limitan los derechos de los adultos mayores. En Brasil, el artículo 40, parágrafo 1, inciso 2º de la Constitución federal de 1988, fija como límite máximo los 70 años para el ejercicio de la función pública. En Paraguay, el artículo 14 de la Ley 1626/00 de la función pública, establece que los interesados en ingresar a la función pública deberán tener 45 años como máximo. En Uruguay existen determinadas normativas en el sistema financiero, como por ejemplo requisitos para solicitud de préstamos, seguros de vida etc. que limitan los derechos del adulto mayor a determinadas edades (65 o 70 años).

CONO SUR: Leyes específicas y sectoriales relativas a los adultos mayores		
País	Leyes específicas	Leyes sectoriales
Argentina	<p>Ley Nº 24.241/94, crea el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) dirigido a cubrir las contingencias de vejez, invalidez y fallecimiento. Es luego reformado por la ley de Solidaridad Previsional Nº 24.463 del 30 de marzo de 1995.</p> <p>Decreto Nº 2.284, crea el Sistema Único de Seguridad Social. Componen el SUS el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y las Obras Sociales, las Asignaciones Familiares y el Fondo Nacional de Empleo.</p> <p>Ley 13.478, Promulgada el 29 de Septiembre de 1948, regula las pensiones asistenciales para adultos mayores, un beneficio orientado a las personas de 70 años y más. Reglamentada por los decretos 432/97 y 582/03.</p> <p>Decreto 582/03. Universaliza las pensiones asistenciales para todas las personas de 70 o más años de edad que no estén amparadas por un régimen de previsión, retiro o prestación no contributiva alguna, no tengan parientes que estén obligados legalmente a proporcionarle alimentos o que teniéndolos, se encuentren impedidos para poder hacerlo, y no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia.</p>	<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>Ley 25.724 (2003) "Programa Nacional de Nutrición y Alimentación". Destinado a cubrir los requisitos nutricionales de diversos grupos de población, entre ellos los ancianos desde los 70 años en situación de pobreza.</p> <p>Ley 21.074 (1975) "Subsidios y asignaciones familiares". Instituye el subsidio por sepelio de beneficios del régimen nacional de previsión y de pensiones no contributivas a la vejez, por invalidez, graciables y de leyes generales.</p> <p>Decreto Nº 1382/2001 "Sistema Integrado de Protección a la Familia". Contempla prestaciones destinadas a los sectores de menores ingresos, entre ellos la tercera edad, y una prestación para los cónyuges de los beneficiarios del Sistema Integrado de Jubilaciones Y Pensiones. La prestación básica para la tercera edad constituye un aporte en dinero para aquella población mayor que no goce de beneficios previsionales o de pensiones no contributivas de cualquier jurisdicción, patrimonio relevante ni otros ingresos.</p> <p>Ley Nº 24.417 (1994) "Protección contra la Violencia Familiar". Prevé que toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas.</p>

<p>Brasil</p>	<p>Ley 8.842 (1993), Política Nacional del Mayor. Esta Ley, que considera a una persona como adulto mayor a partir de los 60 años, garantiza nuevas modalidades de servicios y programas de atención a la persona mayor y sus familias. Prevé Consejos de Adultos Mayores y establece y reconoce la participación efectiva de organizaciones gubernamentales y no-gubernamentales (OGs y ONGs). Reglamentada por Decreto nº 1.948 (1996).</p> <p>Ley 10.741 (1994), 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, cualificaciones y funcionamiento del Consejo Nacional de los Derechos del Adulto Mayor, CNDI, y establece medidas complementarias.</p>	<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 persona.</p> <p>Decreto 5.130 (2004). Reglamenta el art. 40 de la Ley 10.741 (2003) sobre gratuidad en el transporte colectivo para los adultos mayores.</p>
<p>Chile</p>	<p>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.</p>	<p>Ley Nº 10.383: Pensión de Vejez. Pensión de Vejez anticipada por realización de trabajos pesados.</p> <p>Ley Nº 15.386; DL 869: Pensión de Vejez Asistencial.</p> <p>Ley 18.469. Regula el Derecho Constitucional de la Salud.</p> <p>Ley Nº 18.833. Estatuto de las Cajas de Compensación de Asignación Familiar.</p> <p>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.</p>
<p>Paraguay</p>	<p>Ley 1.885/02 "De las personas adultas". Regula los derechos de los adultos mayores.</p> <p>Ley 430/73, que establece el derecho al beneficio de jubilaciones y pensiones complementarias a cargo del Instituto de Previsión Social.</p> <p>Ley 2.345/03 "De reforma y sostenibilidad de la caja fiscal. Sistema de jubilaciones y pensiones de sector público".</p> <p>Ley 431/73, en la que se instituyen Honores y establecen privilegios y pensiones a favor de los Veteranos de la Guerra del Chaco.</p> <p>Ley 1.350/88, que establece nuevos beneficios a favor de los veteranos de la Guerra del Chaco.</p>	<p>Ley 213/93 "Código del Trabajo".</p> <p>Ley 1.626/00, de la Función Pública (Cap. XV. Seguridad Social de los funcionarios públicos).</p>

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>Ley Nº 17.796 (2004) de Promoción Integral de los Adultos Mayores. Actualmente en reglamentación.</p> <p>La Ley 15.800 (1986). Reinstitutionaliza, 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 15.900 (1987). "Banco de Previsión Social". Prevé viviendas para Jubilados y Pensionistas de menores ingresos (Art. 7). Dispone que el impuesto que grava a las jubilaciones y pensiones servidas por el BPS quede exclusivamente destinado a la construcción de viviendas para dar en usufructo a ese colectivo.</p> <p>Ley 17.292 (2001) "Administración pública y Empleo. Fomento y mejoras". Establece en su sección séptima, en los artículos 43 al 46 que el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA) y el Banco de Previsión Social (BPS) efectuarán en coordinación la formulación y evaluación de las políticas de viviendas para jubilados y pensionistas. Destina el impuesto a las retribuciones personales (IRP) a soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas del BPS.</p>
---------	---	---

3.1.3. Incorporación de los principios recogidos en convenios, declaraciones y planes de acción internacionales

Los países del Cono Sur han incorporado a su ordenamiento interno los principios que inspiran la política de atención integral de los adultos mayores y la garantía de sus derechos, recogidos en convenios internacionales ratificados por sus Parlamentos y en declaraciones y planes de acción que, aun cuando no son, por su naturaleza, objeto de ratificación parlamentaria, se han incorporado tanto en la regulación normativa como en la praxis institucional.

En Argentina, tienen jerarquía constitucional diversos instrumentos internacionales que consagran derechos humanos en general y de los adultos mayores en particular, entre los que cabe destacar la Declaración Universal de los Derechos Humanos, el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Carta Constitutiva de los Estados Americanos, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, la Convención Americana sobre los Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) y el Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos (protocolo de San Salvador). Al igual que Brasil, Paraguay y Uruguay, Argentina ha suscrito el Convenio Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), que garantiza los derechos previsionales a los trabajadores en el territorio del MERCOSUR. También ha suscrito los principios de la Asamblea Mundial sobre envejecimiento (Viena, 2002), los Principios de Naciones Unidas para las Personas de Edad (1991), el plan de Acción de la Segunda Asamblea Mundial sobre el envejecimiento (Madrid, 2002) y la Estrategia regional para la implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Santiago de Chile, 2003).

En Brasil, se han incorporado los principios y objetivos recogidos en el denominado "Plan de Madrid" (Plan de Acción de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, 2002), en particular el de Envejecimiento Activo.

Chile incorpora en sus políticas para adultos mayores los principios que inspiran el Plan de Acción Internacional adoptado por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena, 1982), los Principios de las Naciones Unidas para las Personas de Edad (1991), la Proclamación sobre el Envejecimiento de la Asamblea General de Naciones Unidas (1992), el Plan de Acción de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002) y las recomendaciones de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, celebrada en Santiago de Chile en 2003.

Paraguay también ha incorporado a su ordenamiento el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Uruguay, además de haber ratificado por la Ley N° 14.117 de 1973 el Convenio N° 128 de la OIT, que trata sobre las prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia, inspira su política de promoción integral de los adultos mayores en los principios del Plan de Acción de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento.

3.2. Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en el Cono Sur

En todos los países del Cono Sur existen órganos dedicados a asegurar la actuación coordinada de los organismos del sector público, así como de la sociedad civil.

Coordinación de las políticas de adultos mayores en los países del Cono Sur			
País	Organismo de Coordinación Intersectorial	Institución Gubernamental Responsable	Consejo de Adultos Mayores
Argentina	Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales ⁴⁶ .	Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.	Consejo Federal de Adultos Mayores.
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 ⁴⁷ .
Chile	Consejo de Ministros Sociales, coordinado por el Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN) ⁴⁸ .	Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)	
Paraguay	Gabinete Social, coordinado por la Secretaría de Acción Social	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.	Comité Consultivo de Adultos Mayores
Uruguay	En Uruguay no existe un esquema de coordinación de las políticas de adultos mayores. De acuerdo con lo previsto en la Ley 17.796, de Protección Integral de los Adultos Mayores (aún no ratificada), se deberá estructurar un Plan Nacional que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva. La coordinación de los trabajos tendentes a estructurar el mencionado plan ha sido encomendada a la Dirección General de la Salud del Ministerio de Salud Pública.		

Si bien todos los países están avanzando en la formulación de una Política Integral hacia los Adultos Mayores, solo Brasil y Chile afirman que cuentan con ella. Argentina tiene una política integral a través del Consejo Federal de los Mayores, y Uruguay tiene en proceso de reglamentación la Ley Integral del Adulto Mayor, que prevé la estructuración de un Plan Nacional que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva. En el caso de Paraguay, donde la Ley de las Personas Adultas tampoco está todavía reglamentada, existe un Plan de Acción del Instituto de Bienestar Social, cuyas premisas son "Envejecer en Casa" y "Participación".

La concepción desde el enfoque de derechos, la no discriminación, el enfoque transversal de las políticas y la atención a las diferencias regionales, sociales, de

⁴⁶ 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.

⁴⁷ 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.

⁴⁸ 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.

etnia, género y condición de ruralidad, así como la importancia asignada a la participación organizada de los mayores está presente en los planes y programas dirigidos a los adultos mayores en los países del Cono Sur, que se inspiran en los principios y prioridades definidos en el *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, que quedan sintetizados en la formulación del objetivo general del Plan y en los temas centrales que se plantean a lo largo del mismo:

"El objetivo del Plan de Acción Internacional consiste en garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos de pleno derecho"

"En todo el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, 2002 se plantean varios temas centrales que están vinculados a esas metas, objetivos y compromisos, entre ellos:

- a) La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales;*
- b) El envejecimiento en condiciones de seguridad, lo que entraña reafirmar el objetivo de la eliminación de la pobreza en la vejez sobre la base de los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad;*
- c) La habilitación de las personas de edad para que participen plena y eficazmente en la vida económica, política y social de sus sociedades, incluso mediante trabajo remunerado o voluntario;*
- d) Las oportunidades de desarrollo, realización personal y bienestar del individuo en todo el curso de su vida, incluso a una edad avanzada, por ejemplo, mediante la posibilidad de acceso al aprendizaje durante toda la vida y la participación en la comunidad, al tiempo que se reconoce que las personas de edad no constituyen un grupo homogéneo;*
- e) La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como de sus derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad;*
- f) El compromiso de reafirmar la igualdad de los sexos en las personas de edad, entre otras cosas, mediante la eliminación de la discriminación por motivos de sexo;*
- g) El reconocimiento de la importancia decisiva que tienen para el desarrollo social las familias y la interdependencia, la solidaridad y la reciprocidad entre las generaciones;*
- h) La atención de la salud, el apoyo y la protección social de las personas de edad, incluidos los cuidados de la salud preventivos y de rehabilitación;*
- i) La promoción de una asociación entre el gobierno, a todos sus niveles, la sociedad civil, el sector privado y las propias personas de edad en el proceso de transformar el Plan de Acción en medidas prácticas;*
- j) La utilización de las investigaciones y los conocimientos científicos y el aprovechamiento del potencial de la tecnología para considerar, entre otras cosas, las consecuencias individuales, sociales y sanitarias del envejecimiento, en particular en los países en desarrollo;*
- k) El reconocimiento de la situación de las personas de edad pertenecientes a poblaciones indígenas, sus circunstancias singulares y la necesidad de encontrar medios de que tengan una voz eficaz en las decisiones que les afectan directamente".*⁴⁹

Junto a esta similitud de enfoque, se perciben diferencias importantes entre los países del Cono Sur en el desarrollo de actuaciones a favor de las personas

⁴⁹ ONU, Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 a 12 de abril de 2002, Naciones Unidas, 2002
http://www.envejecimiento.gov.co/informe_onu.pdf

mayores, en materia de cobertura, ámbitos y prioridades. Estas diferencias están condicionadas, sin duda, por el diverso grado de envejecimiento demográfico de cada país, la experiencia adquirida y los recursos disponibles.

Se aprecia la voluntad de atender las situaciones de vulnerabilidad de los mayores, fomentar su participación en las decisiones que les atañen y promover su integración social. A pesar de la "feminización" de la población mayor en el Cono Sur, sólo Brasil da cuenta de diversas acciones dirigidas específicamente a mujeres mayores, a través de la Secretaría Especial de Políticas para Mujeres.

3.2.1. Seguridad Económica

Teniendo en cuenta los presupuestos asignados, ésta es el área prioritaria en todos los países.

Argentina cuenta con un *Sistema Integrado de Jubilación y Pensiones* que otorga las jubilaciones en función de la edad y de los años de servicio aportados, así como las contingencias de invalidez, fallecimiento y vejez (universal desde el año 2003 para los mayores de 70 años sin recursos).

En Brasil la *Previdência Social* tiene dos beneficios principales para la población mayor: la jubilación por edad y la jubilación por tiempo de contribución. Las personas mayores también tienen beneficios no contributivos destinados a mayores de 65 años.

Chile cuenta con un sistema de jubilaciones y pensiones, gestionado por el *Instituto de Normalización Previsional* y por las *Administradoras de Fondos de Pensiones*, y pensiones no contributivas para las personas que no posean ingresos de cualquier tipo o que éstos sean inferiores a 50% de la pensión mínima, que sean mayores de 65 años, inválidos mayores de 8 años y deficientes mentales.

En el caso de Paraguay, a través del *Instituto de Previsión Social (IPS)*, y de otras Cajas jubilatorias, se ofrecen los beneficios de pensión y jubilación a los adultos mayores afiliados. No se tienen datos de los perceptores por edad. Existe también un programa de pensiones de naturaleza no contributiva para los veteranos de la Guerra del Chaco.

En Uruguay la importancia asignada a este rubro se verifica porque el gasto público en seguridad social representa entre el 17 y el 19% del PBI. De ello, el 15% del PBI se asigna a pensiones por vejez, invalidez y sobrevivencia. El 78% de las erogaciones del sistema uruguayo de seguridad social están dirigidas a pensiones y jubilaciones. Las instituciones gestoras son el *Banco de Previsión Social (BPS)*, que proporciona cobertura al 88% del total de pasivos del país; tres Cajas Paraestatales (La Caja de Profesionales Universitarios, la Caja Bancaria y la Caja Notarial), así como los Servicios de Retiros y Pensiones de las Fuerzas Armadas y de la Policía, que atienden al 12% restante. La cobertura de previsión social (jubilaciones y pensiones) contributivas y no contributivas de los adultos mayores en Uruguay es muy cercana al 100%.

3.2.2. Salud

Argentina

El sector salud está organizado en tres grandes subsectores: público, obras sociales y subsector privado. Toda la población, sin distinción de edad, tiene acceso al hospital público.

El subsector público se concentra en la formulación de políticas, la regulación del sistema y la provisión de servicios a sectores definidos de población. Cuenta para ello con una red de hospitales y centros de atención ambulatoria que se han ido descentralizando progresivamente a nivel de las provincias y los municipios. El papel del subsector público en lo que respecta al adulto mayor se concentra en aquellos de menores ingresos y sin cobertura de salud, al igual que para el resto de la población. Asimismo para quienes son beneficiarios de una pensión no contributiva se ha implementado el programa Federal de Salud PROFE, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

El subsector de obras sociales ofrece un seguro de salud obligatorio para los trabajadores en relación de dependencia y familiares que alcanza a casi el 50% de la Población. En este subsector se ubica el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, INSSJyP, que ejerce un rol protagónico en la cobertura de salud de los adultos mayores. De hecho, popularmente se conoce al Instituto por las siglas PAMI, por el *Programa de Atención Médica Integral* que desde su fundación en mayo de 1971 se convirtió en el centro de su acción. A través de este programa, el INSSJyP presta servicios en distintos niveles de complejidad, desde la atención primaria por medio de médicos de cabecera, la internación, y la prácticas de alta complejidad. Además, el INSSJyP desarrolla un programa de asistencia alimentaria destinado a los jubilados de ingresos mínimos, así como programas de internación en residencias geriátricas y de subsidios para vivienda.

El INSSJyP cuenta con más de cuatro millones de beneficiarios, de los cuales más del 70% tiene por encima de 60 años. Si bien el INSSJyP cubre al 60% de la población adulta mayor, más de 40 obras sociales han manifestado su disposición a recibir adultos mayores como beneficiarios. El subsector privado se dirige fundamentalmente a la provisión de asistencia a poblaciones de altos ingresos.

ARGENTINA- Cobertura de salud de la población de 60 años y más, 2001 (porcentajes)	
Población de 65 años y más con cobertura de salud por obra social y otros	81,3
Sólo PAMI	46,6
Sólo una obra social que no es PAMI	25,4
Sólo pre-pago privado o mutual	8,0
Combinación de más de una modalidad*	1,3
Sin afiliación**	18,7

(*) Combinación de PAMI y/o obra social y/o pre-pago privado.

(**) Sin afiliación a PAMI, obra social, pre-pago o mutual

Fuente: INDEC. Aquí se cuenta. Revista informativa del Censo 2001, nº 10, diciembre de 2003

De acuerdo con el INDEC, sobre la base de los dos últimos censos realizados, la proporción de personas mayores de 65 años sin cobertura de salud por obra social o plan privado o mutual pasó del 12,1% en 1991 a 18,7% en 2001⁵⁰.

⁵⁰ INDEC. Aquí se cuenta. Revista informativa del Censo 2001, nº 10, diciembre de 2003.

Brasil

La atención a las personas mayores es realizada por el sistema de salud público (Sistema Único de Salud, SUS) y por el sistema privado, el cual actúa de forma complementaria y opcional. Dentro de las características del SUS encontramos que es universal, descentralizado hacia los municipios y participativo por medio de los Consejos Nacionales, Provinciales y Municipales de Salud. El 70 % de los adultos mayores utiliza exclusivamente el SUS, mientras que los que se manejan en el plano privado suelen también recurrir al sistema público en el caso de procedimientos de alto costo y tratamientos oncológicos.

El SUS está descentralizado al nivel de los municipios y cuenta con un alto grado de coordinación entre las provincias y la nación. Brinda a través de las distintas secretarías municipales programas de vacunación contra la gripe, estrategias de salud familiar, atención médica de alta complejidad, medicamentos, tratamientos de enfermedades predominantes de la fase de la vejez, acciones de prevención de enfermedades y tratamientos de rehabilitación. Dichos servicios son de acceso universal y no discriminativos.

Chile

El sistema de salud chileno es de carácter mixto, es decir, contempla la participación de entidades públicas y privadas. Dentro del subsistema público, los principales agentes son el Ministerio de Salud, que desarrolla el Programa de Salud del Adulto Mayor, y el Fondo Nacional de Salud (FONASA), que es el organismo público encargado de otorgar cobertura de atención, tanto a las personas que cotizan el 7% de sus ingresos mensuales para la salud en FONASA, como a aquellas que, por carecer de recursos propios, financia el Estado a través de un aporte fiscal directo. FONASA da cobertura de salud a más de 11 millones de beneficiarios, sin exclusión alguna de edad, sexo, nivel de ingreso, número de cargas familiares legales y enfermedades preexistentes, bonificando total o parcialmente las prestaciones de salud que les son otorgadas por profesionales e instituciones del sector público y privado.

El subsistema privado de instituciones de salud previsual está compuesto por ocho Instituciones de Salud Previsual (ISAPRE) abiertas a la comunidad, que son entidades privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y cargas. Existen también siete ISAPRE cerradas para atender cotizantes (y sus cargas) de determinadas empresas, algunas estatales y otras privadas. Las atenciones, por lo general, son proporcionadas por profesionales y establecimientos privados de salud.

Paraguay

En Paraguay, la cobertura de salud la realizan un subsistema público y un subsistema privado.

Dentro del subsistema público, la entidad más importante es el Instituto de Previsión Social, IPS. La afiliación al IPS es obligatoria para trabajadores del sector privado en situación de dependencia, titulares del Magisterio Estatal, personal del servicio doméstico y veteranos de la Guerra del Chaco (no contributivos). Su cobertura alcanza al 10,9 % de la población. Incluye consultas, internaciones, cirugías, partos, medicamentos de una lista básica, accidentes de trabajo y

enfermedades profesionales. También forman parte del subsistema público la Sanidad Militar y Policial, que atiende a los integrantes de las Fuerzas Armadas y de la Policía y sus familiares y da cobertura al 1,1 % de la población, y los Seguros Mixtos, que son pequeños emprendimientos municipales de cobertura simple cuya significación porcentual en la cobertura de la población total es mínima.

El Instituto de Previsión Social y el Departamento de Adultos Mayores y Discapacidad del Instituto de Bienestar Social (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social) realizan acciones de prevención y promoción de la salud de los adultos mayores tales como el Programa Nacional sobre Envejecimiento Saludable, el Programa para el Autocuidado de la Persona Mayor, el Programa Nacional de Osteoporosis y la Campaña de información sobre Salud Mental y Envejecimiento. Por su parte el IPS cuenta con proyectos de prestaciones sociales como el denominado 'Ciudadano de Oro', a la vez que brinda atención médica, quirúrgica y dental con amplia cobertura ambulatoria a todos los adultos mayores aportantes del seguro. El número de personas jubiladas y pensionadas que se encuentran afiliadas al IPS asciende a 25.220.

El subsistema privado se articula a través de seguros privados, cuya extensión depende de las cotizaciones. Mayoritariamente los seguros privados tienen plazos de exclusión inicial y ofrecen una cobertura simple, excluyendo medicamentos, accidentes, enfermedades crónicas o pre-existentes, complejidad, tratamientos prolongados con severas restricciones al igual que terapia intensiva. Su cobertura alcanza al 6,9% de la población.

Uruguay

El sistema de salud del Uruguay está constituido por los subsectores público y privado. Las instituciones del subsector público son el Ministerio de Salud Pública (MSP), que brinda sus servicios a través de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Banco de Previsión Social (BPS), la Universidad de la República, los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior a través de la Sanidad Militar y la Sanidad Policial, las Intendencias Municipales, y otras entidades públicas y entes autónomos. El subsistema privado está constituido por las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), instituciones de seguro de prepago que brindan una atención integral, las empresas que brindan seguros parciales de salud, los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que son empresas públicas o privadas que realizan alguno de los procedimientos establecidos como de alta tecnología y/o de alto costo, pagados a través del Fondo Nacional de Recursos, los sanatorios y clínicas privados, y las residencias para ancianos. Existe vinculación entre las IAMC y el Seguro de Enfermedad del Banco de Previsión Social, que brinda la cuota mutual para trabajadores activos. También existen algunas instituciones privadas que otorgan a sus afiliados o a sus funcionarios derechos específicos para la atención de la salud, como la Caja Notarial, La Caja de Auxilio de Canillitas y la Caja de Profesionales Universitarios.

Según la Encuesta Continua de Hogares (2005), el 31,6% del total de la población mayor de 60 años residente en localidades de 5.000 o más habitantes está cubierta por los servicios del MSP y el Hospital de Clínicas (aproximadamente la cuarta parte de ellos cuentan también con emergencia móvil); el 60,4% por las IAMC (casi dos de cada tres cuentan, además, con servicios de emergencia móvil) el 6,4% por la Sanidad Militar, la Sanidad Policial, las Policlínicas Municipales, Asignaciones Familiares y otros agentes, el 0,8% cuenta sólo con servicios de Emergencia Móvil y un 1,3% de la población mayor de 60 años no cuenta con cobertura formal de

salud. Con respecto a la población general, se observa que entre los adultos mayores es más elevado el porcentaje de quienes cuentan con cobertura mutual y menor el de los cubiertos por el MSP

Los medios de prevención y asistencia a los indigentes o carentes de recursos suficientes de cualquier edad son proporcionados gratuitamente por el Ministerio de Salud Pública. Un servicio particularmente destinado a los mayores de 65 años es el Centro Geriátrico Hospital Piñeyro del Campo, disponible para los mayores jubilados sin familiares a cargo ni familiares que se hagan cargo de él, sin bienes a su nombre.

3.2.3. Acciones específicas y ejemplos de buena práctica

En todos los países se han identificado actuaciones específicas en las áreas de seguridad económica, salud, vivienda, ocio, participación social, capacitación e investigación, así como programas y acciones dirigidos a incentivar y fortalecer la solidaridad intergeneracional, promover una imagen positiva de la vejez y detectar y prevenir situaciones de malos tratos hacia las personas mayores, con la participación activa de los adultos mayores, que son ejemplo de buena práctica. Estas experiencias dan cuenta de la capacidad organizativa de los adultos mayores y su alta motivación a la hora de “devolver a la comunidad” sus saberes, y experiencias. En los respectivos diagnósticos nacionales que han servido de base para la elaboración de este diagnóstico regional se incluye una breve descripción de las actuaciones más relevantes.

4. RED DE RECURSOS

4.1. Red de recursos sociosanitarios

La red de recursos sociosanitarios para los adultos mayores en los países del Cono Sur es de desarrollo variado según los países. En Argentina existe una red de residencias para adultos mayores, centros de día y servicios de atención domiciliaria a nivel nacional a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, el PAMI y el Programa Federal de Salud, que articulan con las prestaciones brindadas por los organismos provinciales y locales de adultos mayores. En el resto de los países el número de residencias y hogares de larga estancia para los adultos mayores que, por su situación de dependencia o sus circunstancias sociales, no pueden vivir y recibir la atención que necesitan en sus domicilios, es insuficiente, al igual que el número de hospitales geriátricos o de unidades especializadas en geriatría en hospitales generales. Aunque existen centros de convivencia y centros comunitarios de atención diurna, los recursos especializados como los Centros de Día para mayores dependientes, el Servicio de Ayuda a Domicilio y el Servicio de Teleasistencia son casi inexistentes.

La falta de una oferta suficiente de recursos públicos ha hecho que las instituciones sin ánimo de lucro y, más recientemente, empresas de carácter lucrativo, desarrollen una oferta propia, que en el primer caso se dirige preferentemente a personas con bajos ingresos y en el segundo se especializa en aquéllos que tienen una capacidad de pago suficiente para afrontar el elevado costo que tienen estos recursos.

La información recopilada en el proceso de realización de este diagnóstico sobre la extensión y características de la red de recursos sociosanitarios es fragmentaria y desigual. Se considera, por ello, que una labor importante de cara al futuro es realizar un inventario de los recursos sociosanitarios existentes para la atención de los mayores en el Cono Sur.

4.2. Redes de apoyo social

En los países del Cono Sur las entidades del sector social (Fundaciones, Asociaciones y otras organizaciones no gubernamentales) prestan una atención creciente a los retos derivados del envejecimiento, y muchas de ellas se han especializado en la atención de las necesidades de los adultos mayores. El asociacionismo de los mayores se está desarrollando, y la acción de estas asociaciones no se limita a la defensa de los derechos de los mayores, sino que también aborda actividades sociales en la que participan gran cantidad de adultos mayores.

También en este caso la información obtenida sobre las redes de apoyo social a los adultos mayores es fragmentaria y desigual, y debe ser objeto de profundización.

TERCERA PARTE: LÍNEAS DE TRABAJO FUTURO Y PROPUESTA DE ACTUACIONES CONCRETAS

1. INTRODUCCIÓN

El objetivo focal que ha fundamentado el trabajo realizado en el marco del proyecto sobre *Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales* es el de contribuir a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores y/o en situación de dependencia en los países del Cono Sur.

El punto de partida para la consecución de este objetivo ha sido la elaboración de los **informes nacionales sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores en el Cono Sur**. La elaboración de estos informes ha sido posible gracias al compromiso de las instituciones gubernamentales con responsabilidad en la atención de los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, y al esfuerzo coordinador de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, que ha asumido la dirección y gestión del proyecto. Este trabajo ha permitido esbozar un mapa básico de las diversas dimensiones e implicaciones del envejecimiento poblacional en los países del Cono Sur: desde los aspectos demográficos hasta las acciones concretas dirigidas a los adultos mayores, pasando por el estudio de las condiciones de vida en los ámbitos de salud, seguridad económica, actividad laboral, convivencia y participación y por el análisis del marco jurídico e institucional, con una especial consideración de los derechos reconocidos a los adultos mayores y de las políticas, programas o planes dirigidos a hacerlos efectivos.

Se ha contado también con un **análisis de las experiencias y modelos internacionales en el ámbito de la protección social de la dependencia**, elaborado a partir del material recopilado en el marco de los trabajos preparatorios del proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, que se estaba debatiendo en el Parlamento español mientras se preparaba este informe, en el que se destacan las valiosas enseñanzas extraídas del debate europeo e internacional en relación con la protección de las personas en situación de dependencia.

A partir de la consideración de las particularidades del proceso de envejecimiento en los países del Cono Sur, a la vista de los logros, problemas y vacíos detectados y de las enseñanzas que proporcionan las experiencias internacionales analizadas, se plantean en las páginas siguientes una serie de **líneas de trabajo** que son esenciales para avanzar en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores y/o en situación de dependencia en los países del Cono Sur. También se identifican una serie de **actuaciones concretas** que podrían emprenderse a corto y medio plazo para avanzar hacia los objetivos de mejora de la calidad de vida de los adultos mayores y/o en situación de dependencia en los países del Cono Sur.

2. LÍNEAS DE TRABAJO PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

2.1. Avanzar hacia un conocimiento más profundo de las condiciones de vida de los adultos mayores y de los dispositivos de promoción y atención

El Cono Sur está experimentando un importante proceso de envejecimiento que ha llevado a que, en la actualidad, viva en la región la mitad de la población de 60 años y más de América Latina. El número de adultos mayores supera en la actualidad los 23 millones, y supone cerca del 10 por ciento de la población total de la región. Sin embargo, la información sobre la situación, necesidades y demandas de la población mayor es escasa, y los dispositivos de promoción y de atención de sus necesidades no son suficientemente conocidos.

Las proyecciones apuntan que todos los países del Cono Sur verán envejecer su población de forma sustancial en la primera mitad del presente siglo, de manera que, hacia 2050, un cuarto de la población total de la región tendrá más de 60 años. Sin embargo, dentro de ese proceso de envejecimiento general, no todos los países se encuentran en la misma fase, pues mientras en Uruguay y Argentina el envejecimiento es avanzado, en Chile y Brasil es moderado y en Paraguay es incipiente.

Ante estas constataciones, se plantean las siguientes líneas de trabajo:

- **Es necesario profundizar en el estudio de las condiciones de vida de los adultos mayores**, considerando sus diferencias de edad, género, hábitat y condiciones socioeconómicas y culturales.
- Es importante diseñar e implementar **indicadores que permitan dimensionar el logro, las dificultades y los límites de las actuaciones dirigidas a los adultos mayores** desde las instituciones públicas. La evaluación sistemática, incluyendo la perspectiva de los destinatarios, resulta crucial para el análisis fundamentado y la mejora de los programas y actuaciones.
- **Se hace necesaria una adecuación de los indicadores que se utilizan para medir la pobreza de los adultos mayores**, dado que su estructura de gasto es muy diferente a la de otros grupos de edad, y en ella tienen un peso muy significativo determinados rubros, como los vinculados a la atención de la salud y medicamentos, que inciden en mucha menor medida en otros grupos de población. En la medición de los niveles de pobreza debe tenerse en cuenta el tamaño de los hogares en los que viven los adultos mayores, pues en los hogares de menor dimensión no son posibles las economías de escala que es posible realizar en hogares con mayor número de miembros.

- **Se deben propiciar dispositivos de transferencia de información y de experiencias** entre los países que cuentan con un recorrido y una experiencia mayor en la atención a los adultos mayores y los países que se encuentran en etapas más tempranas del proceso de envejecimiento y, consecuentemente, de desarrollo de programas y servicios de atención.
- Como aportación específica del Proyecto sobre Personas Mayores, Servicios Sociales y Dependencia en los países del Cono Sur a esos dispositivos de transferencia de información y experiencias, se propone **la creación de un Observatorio Regional de Mayores**, que propicie la elaboración y difusión de información sistematizada sobre los adultos mayores (dimensión, perfiles, necesidades, demandas, etc.) y sobre las experiencias y recursos disponibles destinados a este grupo de población.

2.2. Impulsar el reconocimiento de los derechos de las personas mayores y establecer mecanismos para la evaluación del impacto real de los instrumentos de reconocimiento de derechos existentes.

El reconocimiento de los derechos de los adultos mayores en el Cono Sur cuenta con diversos instrumentos normativos de distinto nivel y ámbito. Brasil, Paraguay y Uruguay han promulgado leyes relativas a la promoción integral de los derechos de los adultos mayores, aunque las leyes de Paraguay y Uruguay están aún pendientes de reglamentación. Argentina y Chile, que no cuentan con leyes especiales orientadas a la formulación de políticas integrales para los adultos mayores, han establecido mecanismos de promoción de los derechos del adulto mayor (como la universalización de las pensiones asistenciales para adultos mayores de 70 años en Argentina, reglamentada por Decreto 582/03) y de coordinación de las políticas (creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor en Chile, por ley 19.828 de 2002). La legislación sectorial contiene, en todos los países, disposiciones que inciden de forma directa en los derechos de los adultos mayores. En especial, se tienen en cuenta a los adultos mayores en las normas relativas a los sistemas de salud, de previsión social y de asistencia social, así como en determinadas normas relativas a la vivienda, el derecho laboral o la función pública, entre otras.

La prolongación de la vida, el desarrollo de nuevos dispositivos de atención a las personas mayores y el incremento de las situaciones de dependencia que se experimentan en edades avanzadas plantean nuevos retos en materia de derechos de las personas mayores, que no siempre tienen una adecuada respuesta desde el marco normativo. Por otra parte, se evidencia la necesidad de adoptar medidas de acción positiva que contribuyan a reducir las desigualdades y a garantizar el ejercicio efectivo de los derechos reconocidos por la legislación.

Aún cuando existen diversos instrumentos de reconocimiento de derechos de los adultos mayores, no se ha evaluado, hasta el momento, el impacto que estos instrumentos tienen sobre al ejercicio real de los derechos que pretenden garantizar.

- Teniendo en cuenta que la edad avanzada hace mayores las desigualdades existentes durante el curso de la vida (género, pobreza, etnia, discapacidad,

etc.), debería promoverse la **adopción de medidas de acción positiva dirigidas a compensar esas desigualdades y evitar la discriminación que de ellas resulta.**

- Se debería fomentar el debate sobre las **consideraciones éticas relacionadas con el final de la vida** y con aspectos como la permanencia en residencias de larga estadía o las situaciones de abuso y maltrato de las que a veces son objeto las personas mayores, impulsando, en consecuencia, **iniciativas legales dirigidas a garantizar los derechos humanos de las personas mayores**, especialmente de aquellas que se encuentran en una mayor situación de vulnerabilidad.
- Sería muy positivo que **los procesos de reglamentación** de la ley 1.885, de las Personas Adultas, de Paraguay, promulgada en 2002, y de la ley 17.796, de Promoción Integral de los Adultos Mayores, de Uruguay, promulgada en 2004, **concluyeran en breve plazo**, a fin de que estas leyes puedan desarrollar todo su potencial en beneficio de las personas mayores, su promoción integral y el pleno reconocimiento de sus derechos.
- **Debe profundizarse en el conocimiento del impacto real de los instrumentos de reconocimiento de los derechos de los adultos mayores.** Para ello, sería muy positivo que los países que han promulgado y aplicado leyes de promoción integral de los adultos mayores realicen una evaluación de su impacto y un seguimiento de las condiciones y circunstancias que pueden limitar el pleno ejercicio de los derechos reconocidos en ellas, procediendo, en su caso, a completar su reglamentación. En los países que no cuentan con leyes de promoción integral de los adultos mayores sería oportuno, asimismo, evaluar las condiciones de ejercicio de los derechos reconocidos a los adultos mayores en la legislación general, al objeto de valorar, a la vista de esa evaluación, si es pertinente definir leyes específicamente dirigidas a los adultos mayores o si, por el contrario, los derechos del adulto mayor quedan suficientemente contemplados y protegidos en el marco jurídico general.
- **También debería evaluarse el impacto de las legislaciones locales**, (ordenanzas municipales, por ejemplo) que garantizan derechos específicos, con el fin de garantizar acceso, por ejemplo, a la reducción de tarifas impositivas, pases libres para el transporte, exención de esperas para turnos, etc.

2.3. Desarrollar actuaciones que cubran las diversas necesidades de las personas mayores y tengan en cuenta sus diferencias

Se perciben diferencias importantes entre los países del Cono Sur en cuanto al desarrollo de actuaciones a favor de las personas mayores, en materia de cobertura, ámbitos y prioridades. Sin embargo, se aprecia un rasgo común: la voluntad de atender las situaciones de vulnerabilidad de los mayores, fomentar su participación en las decisiones que les afectan y promover su integración social. Reconociendo estas especificidades se plantean las siguientes líneas de trabajo:

2.3.1. Potenciar el acceso a la salud, el enfoque preventivo y la promoción de los hábitos de vida saludables para mejorar la calidad de vida en la vejez

La calidad de vida de las personas adultas mayores esta relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que le permitan cuidarse a sí mismas y participar en la vida familiar y social. Una adecuada atención de la salud es esencial para el logro de esas condiciones. Es necesario readecuar los servicios de salud para atender las necesidades de una creciente población adulta mayor. Todos los adultos mayores tienen derecho a ser atendidos por un personal de salud que haya recibido una capacitación apropiada en el manejo de los problemas de salud más comunes en la vejez.

Existe una clara interrelación entre la salud y la calidad de vida en la vejez. Las mejoras en la atención de la salud y en las acciones preventivas se traducen en una reducción de la proporción de las personas que, a una determinada edad, viven en situación de discapacidad o dependencia. En concreto, se tiene constancia de la eficacia de las intervenciones sanitarias en edades medianas de la vida para prevenir la aparición de la dependencia en las edades más avanzadas, y se ha demostrado, asimismo, que la mejora de los hábitos de vida de la población contribuye significativamente a mejorar la esperanza de vida libre de dependencia.

Las políticas de salud deben adoptar un enfoque basado en el ciclo de vida, que se enfrente a los problemas de salud desde su comienzo, permitiendo así que las personas envejeczan sin discapacidades ni enfermedades crónicas.

- Es aconsejable promover desde los ministerios de Salud de cada país **políticas de prevención de la salud** que promuevan hábitos de vida saludable durante todo el ciclo de vida.
- Ha de valorarse la pertinencia de establecer **actuaciones en el ámbito de la salud para personas que se encuentran en transición a la vejez**, que fomenten hábitos saludables, y permitan detectar, atender y dar seguimiento a las personas con factores de riesgo que pueden generar situaciones de discapacidad y de dependencia.
- **El acceso a la salud de los adultos mayores debe estar garantizado**, con independencia de su encuadramiento previsional y de su nivel socioeconómico. Es necesario avanzar hacia la gratuidad de los servicios de salud en el sistema público, y hacia la supresión de la brecha de equidad en el acceso a prestaciones de salud que existe entre los diversos grupos poblacionales, según sus características de sexo, edad, ruralidad, etnia y condición socioeconómica.

2.3.2. Avanzar en la garantía de seguridad económica para las personas mayores

La seguridad económica, entendida como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares, en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida en la vejez, es uno de los retos más complejos a los que se enfrenta la política de mayores. Aunque los datos sobre pobreza que habitualmente se manejan apuntan que los adultos mayores no son un grupo especialmente empobrecido, con frecuencia esos datos subestiman las

situaciones de pobreza y vulnerabilidad en la vejez, al no tener en cuenta las economías de escala que se producen en función del tamaño de los hogares.

La alta participación de la población adulta mayor en la fuerza laboral no responde necesariamente a una opción voluntaria, sino más bien a la necesidad de garantizar un mínimo de recursos económicos necesarios para sobrevivir. La baja cobertura previsional y las reglas de cálculo de las pensiones hacen que, en muchos casos, el retiro se salde con una reducción brusca de los ingresos del adulto mayor. Además de mejorar la cobertura de los sistemas de pensiones y su poder adquisitivo, es necesario remover los obstáculos que impiden a los adultos mayores que tienen la voluntad de seguir trabajando y están en las condiciones psicofísicas para hacerlo conservar o acceder a un empleo adecuado. La edad no debería impedir ni obstaculizar en modo alguno los afanes de una persona para conseguir trabajo. Es especialmente importante garantizar que los trabajadores de edad disfruten de unas condiciones seguras de trabajo hasta su jubilación. En particular, es deseable dar empleo a trabajadores de edad avanzada en las circunstancias que permitan hacer el mejor uso de su experiencia y conocimiento.

- Es necesario **intensificar los esfuerzos que se vienen realizando para asegurar unos ingresos suficientes a los adultos mayores**. La universalización de las pensiones no contributivas, la mejora de la cobertura de los regímenes contributivos, el establecimiento de mínimos asegurados que tengan en cuenta las necesidades económicas de los adultos mayores y la eliminación de los obstáculos que encuentran para acceder a un empleo adecuado los adultos mayores que quieren y pueden trabajar, son algunas de las vías para avanzar en este sentido.
- Para **mantener un mayor número de personas mayores en la vida activa y evitar su exclusión del mercado de trabajo** éstos han de conservar y mejorar su capacidad de empleo. Para ello se debe invertir en activar programas de formación continua, reciclaje y motivación que pongan al día los conocimientos y habilidades de todos los trabajadores.
- Se debe **fomentar la movilidad de empleo de los trabajadores de más edad** (recolocación en la misma empresa o en otra) y explorar opciones alternativas que no supongan una retirada total y brusca del mercado de trabajo, como por ejemplo, reducción progresiva de la jornada.
- Es necesario promover **una cultura empresarial que ponga en alza el valor de la experiencia**. Las organizaciones de mayores han de colaborar con quienes establecen las políticas laborales para que reconozcan las aportaciones a la sociedad del colectivo de mayores y presionar para conseguir la implantación de estrategias que cambien actitudes y prejuicios sociales hacia los mayores.
- Deben fomentarse políticas que permitan a los trabajadores, si es que lo desean, **retirarse de la vida activa más tarde y de forma gradual**, como por ejemplo, reduciendo progresivamente la jornada laboral.

2.3.3. Contribuir a lograr unos entornos favorables, que potencien la participación de las personas mayores

La creación de condiciones favorables para el desarrollo social de las personas adultas mayores, tales como sistemas políticos participativos, eliminación de la violencia y discriminación, así como la promoción de condiciones materiales que faciliten la vida en comunidad, son aspectos centrales para fortalecer el protagonismo de las personas adultas mayores.

Los entornos actitudinales influyen de forma decisiva en las posibilidades de vivir una vejez participativa y gratificante. La visión de la vejez en nuestras sociedades es, por lo general, negativa y se expresa en la representación social de la vejez como pasividad, enfermedad, deterioro, carga o ruptura social. Una de las causas principales de esta visión es la construcción cultural de la vejez como una etapa de pérdidas de todo tipo, olvidando que las personas mayores tienen potencialidades, recursos, capacidad de lucha y aptitudes transformadoras.

Los entornos físicos también son muy importantes para potenciar un envejecimiento activo y saludable. La calidad de vida en el envejecimiento está estrechamente relacionada con la situación habitacional y con las condiciones de accesibilidad del entorno.

- Las redes informales de apoyo son parte del capital social acumulado por las personas mayores en el transcurso de su vida. **Es necesario sensibilizar a la sociedad respecto de la importancia de mantener o generar redes familiares, vecinales o comunitarias** para prevenir la soledad y el desarraigo en la vejez.
- Se deberían realizar **campañas amplias y permanentes de sensibilización en los medios de comunicación, dirigidas a promover una imagen social positiva del envejecimiento y de la vejez** y a combatir los estereotipos negativos que afectan a las personas mayores.
- Sería muy positivo **crear oportunidades para que las personas mayores puedan prestar servicios a la comunidad y reforzar los espacios de diálogo intergeneracional**, con el fin de fomentar la solidaridad y promover una imagen realista de la vejez.
- **Los programas habitacionales han de adecuarse a la diversidad de hogares con personas mayores.** Los planes de vivienda deberían contemplar medidas de diversificación de sus esquemas de intervención, con **acciones focalizadas en las personas mayores de menores recursos.** También sería muy positivo el **otorgamiento de subsidios para la adecuación de la vivienda a las necesidades de las personas mayores.**
- Es necesario **impulsar actuaciones que contemplen los requerimientos de accesibilidad en los distintos ámbitos** (arquitectónico, del transporte y la movilidad, de las informaciones, de los bienes y servicios). Las nuevas construcciones y espacios públicos deberían incorporar diseños propicios para las personas mayores.
- Es necesario reforzar y hacer cumplir regulaciones gubernamentales tendientes a **disminuir la tasa de accidentes y facilitar la movilidad de**

las personas mayores a través de un sistema de transporte público más amigable y de bajo costo. Asimismo, se debería adecuar la señalización y diseño vial, entregar capacitación en temas de seguridad vial e implementar señalización que proteja al peatón.

2.3.4. Desarrollar una red de recursos sociosanitarios que contemple alternativas diversificadas de apoyo

La red de recursos sociosanitarios para los adultos mayores en los países del Cono Sur es de desarrollo variado según los países. En Argentina existe una red de residencias para adultos mayores, centros de día y servicios de atención domiciliaria a nivel nacional a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, el PAMI y el Programa Federal de Salud, que articulan con las prestaciones brindadas por los organismos provinciales y locales de adultos mayores. En el resto de los países el número de residencias y hogares de larga estancia para los adultos mayores que, por su situación de dependencia o sus circunstancias sociales, no pueden vivir y recibir la atención que necesitan en sus domicilios, es insuficiente, al igual que el número de hospitales geriátricos o de unidades especializadas en geriatría en hospitales generales. Aunque existen centros de convivencia y centros comunitarios de atención diurna, los recursos especializados como los Centros de Día para mayores dependientes, el Servicio de Ayuda a Domicilio son casi inexistentes, mientras que otros servicios, como el de Teleasistencia, no se han implantado aún. Ante ello:

- Se hace necesario la **elaboración de un catálogo de los recursos sociosanitarios** disponibles que considere no sólo el número de centros, sino también los servicios que se prestan, el número de profesionales, la especialidad de éstos, el tipo de financiación y el número de plazas ofrecidas.
- Argentina tiene en marcha desde hace varios años un **Programa Nacional de Cuidadores Domiciliarios** y en Brasil existen programas que con distinto alcance prestan **apoyo a las familias que tienen a su cuidado adultos mayores**. Resulta necesario afianzar y ampliar estas actuaciones, que a su vez pueden servir como referencia para el desarrollo de otras análogas en el resto de los países.
- Resulta necesario avanzar en **alternativas de apoyo diversificadas en el campo sociosanitario**, desde la atención y servicios que posibiliten la permanencia del adulto mayor en su entorno comunitario y familiar a alternativas residenciales asistidas, así como el desarrollo de recursos especializados para atender discapacidades asociadas con la edad (Alzheimer, Parkinson, demencias, enfermedades cerebrovasculares, etc.).

2.4. Prestar una atención especial a las situaciones de dependencia, que constituyen uno de los principales retos para la política de mayores

La demanda de cuidados para personas dependientes se ha venido incrementando de forma notable en los últimos años y seguirá aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas, como consecuencia de la combinación de factores de

carácter demográfico, sanitario y social (envejecimiento de la población; mayor supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves; creciente incidencia de los accidentes laborales y de tránsito). Ese crecimiento de las demandas coincide con una reducción del potencial de apoyo informal que tradicionalmente han venido dando respuesta a las necesidades de cuidados, que está motivada, fundamentalmente, por los cambios en el modelo de familia y los nuevos roles que las mujeres desempeñan en las sociedades modernas. Todo ello ha hecho que la dependencia se convierta en el mayor reto de la política social en nuestros días.

Los países del Cono Sur verán envejecer su población de forma sustancial en las próximas décadas y experimentarán cada vez una mayor demanda de cuidados de larga duración.

La experiencia de otros países muestra que la respuesta a los retos que plantean las situaciones de dependencia se ha ido construyendo en un proceso dilatado en el tiempo y de alta complejidad, y ha requerido de un amplio debate entre los diferentes agentes implicados.

- Es necesario reconocer y asumir que **la dependencia es una realidad creciente**, por su extensión cuantitativa y por sus implicaciones sociales y económicas, **que constituirá en un futuro no muy lejano uno de los mayores retos para la política social en los países del Cono Sur**. Sería muy positivo, por ello, **promover en los distintos países de la región un debate nacional en torno a la atención de las personas en situación de dependencia**, con participación de todos los actores implicados, para definir estrategias adecuadas de abordamiento a medio y largo plazo que permitan desarrollar, en un tiempo razonable, una respuesta integrada y global ante los retos que plantea la dependencia.
- Debería abordarse, en los distintos países del Cono Sur, la realización de **un diagnóstico exhaustivo de la situación de las personas dependientes** y la formulación de **una serie de propuestas dirigidas a lanzar un debate público**, con bases y fundamentos asentados en el rigor científico, que permitiera construir un deseable consenso general en torno a la promoción de la autonomía personal y la protección a las personas en situación de dependencia.
- **Las políticas públicas han de afrontar el fenómeno de la dependencia en su globalidad**, sin fragmentaciones derivadas de límites de edad o ligadas a las causas de la situación, orientándose hacia modelos universalistas de protección de los derechos sociales de las personas en situación de dependencia y de sus familias.
- Deben articularse **medidas suficientes de apoyo a las familias** que, si bien pueden y quieren cuidar a sus familiares dependientes y lo están haciendo, en numerosos casos demandan ayudas de bajo coste, pero imprescindibles, tales como programas de información, formación y asesoramiento para saber cuidar y tratar a una persona dependiente; programas de ayuda domiciliaria; programas de respiro temporal; estancias diurnas, nocturnas y temporales, etc.
- Todos los servicios de atención de la dependencia (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, servicios residenciales...) tienen un enorme

potencial de crecimiento en los países del Cono Sur, debido a la baja cobertura actual y la creciente demanda. Para favorecer su desarrollo, ha de procederse a una regulación integral del sector, estableciendo un **marco básico y estable de coordinación y colaboración entre las instituciones públicas y la iniciativa privada.**

- La expansión de los servicios de atención de la dependencia va a movilizar un importante flujo de recursos financieros en los próximos años, y será una importante fuente de creación de empleo en los países que articulen adecuadamente dicha expansión. Crecerá la necesidad de profesionales cualificados, razón por la que **debe potenciarse la formación profesional y ocupacional en atención a la dependencia.**

2.5. Impulsar la formación y capacitación de los profesionales del sector

La calidad de las actuaciones en política social está estrechamente relacionada con los niveles de formación y capacitación de los profesionales que las aplican. En el campo de la atención a los mayores es fundamental contar con recursos humanos adecuadamente capacitados, que dispongan tanto de los conocimientos y habilidades necesarias para asegurar la calidad técnica de sus intervenciones, como de los valores y actitudes idóneos para garantizar la calidad humana y el trato adecuado a las personas mayores.

- Existen distintas experiencias en los países del Cono Sur relativas a la **formación de profesionales en el ámbito de la gerontología y geriatría**, en distintos grados y especialidades. Es aconsejable valorar su aportación a las necesidades formativas presentes y próximas, identificando sus puntos fuertes y sus carencias como paso para llevar a cabo su adecuación a las nuevas realidades del envejecimiento. También en este ámbito debe promoverse la transferencia de conocimientos entre los países del Cono Sur.

2.6. Incorporar el enfoque de género y la solidaridad intergeneracional

Cualquier política de mayores debe contemplar el enfoque de género y el fortalecimiento de la solidaridad intergeneracional, que debe desarrollarse no solo en el seno familiar, sino también en la sociedad.

- Parece conveniente perfilar **actuaciones que consideren las diferentes condiciones y necesidades de hombres y mujeres**, para dar respuestas adecuadas, que tengan en cuenta el enfoque de género.
- Asimismo, resulta aconsejable que **los programas actualmente en aplicación incorporen de manera explícita la dimensión de género** a lo largo de todo su ciclo, desde el diseño a la ejecución y evaluación.
- La orientación y disposición de los recursos asignados a la protección de los adultos mayores, a partir del principio de **solidaridad intergeneracional**, no debe retraer esfuerzos de atención hacia otros grupos de edad y

colectivos vulnerables, entre los que cabe destacar la población infantil en situación de pobreza o el desempleo juvenil.

3. PROPUESTA DE ACTUACIONES CONCRETAS

Junto a las líneas de trabajo antes apuntadas, y sobre la base de la reflexión realizada, se han identificado algunas actuaciones concretas que podrían abordarse, en el corto y mediano plazo, para avanzar hacia los objetivos de mejora de la calidad de vida de los adultos mayores y/o en situación de dependencia en los países del Cono Sur.

3.1. En relación con el conocimiento de las condiciones de vida de los adultos mayores y de los dispositivos de promoción y atención

- Establecer, en los sistemas de indicadores de atención de salud, educativos, de trabajo y de inclusión social ya existentes, el registro y el procesamiento de la información por grupos de edad, con una adecuada desagregación de las edades avanzadas, a fin de incrementar la disponibilidad de datos sobre la situación, necesidades y demandas de los adultos mayores.
- Realizar estudios e investigaciones que den cuenta de la situación de las personas mayores, de la percepción que tienen sobre sus condiciones de vida, así como el grado de satisfacción con la oferta de servicios a ellos destinada.
- Revisar los criterios e indicadores de medición de la pobreza en los adultos mayores, estableciendo, en su caso, nuevos indicadores que tengan en cuenta la estructura de gastos en esta etapa de la vida y establezcan factores de corrección según el tamaño de los hogares y la edad de sus miembros.
- Desarrollar programas que generen conciencia social de la magnitud e importancia de la contribución que realiza la familia en el cuidado de los adultos mayores.

3.2. En relación con el reconocimiento de los derechos de las personas mayores y la evaluación del impacto real de los instrumentos de reconocimiento de derechos existentes

- Establecer servicios de orientación y asesoramiento jurídico para las personas mayores, que les apoyen en la defensa y ejercicio de sus derechos.
- Impulsar la investigación sobre el maltrato sufrido por las personas mayores, que constituye una de las formas de violencia y discriminación más encubiertas en la sociedad actual.

- Establecer instrumentos que permitan evaluar el impacto de las leyes generales y específicas en la calidad de vida de los adultos mayores y conocer si existen diferencias de impacto y de cumplimiento entre las legislaciones y normativas nacionales, provinciales y locales.
- Promover la participación de los mayores y de sus organizaciones representativas en la elaboración de las propuestas legislativas relativas a los derechos de las personas mayores y en el control del acceso a los derechos proclamados.

3.3. En relación con la cobertura de las necesidades de las personas mayores

3.3.1. Acceso a la salud, enfoque preventivo y promoción de hábitos de vida saludables

- Realizar acciones y campañas de educación para el envejecimiento saludable a lo largo de toda la vida.
- Capacitación a los funcionarios y profesionales de servicios públicos y privados de salud respecto de las modificaciones que se están produciendo en la demanda de servicios como consecuencia del envejecimiento poblacional.
- Establecer campañas de ejercicios o jornadas contra el sedentarismo para ayudar a las personas mayores que han perdido movilidad a recuperarla y prevenir el deterioro de la población que envejece.
- Formar e informar a los cuidadores informales (muchos de ellos, a su vez, adultos mayores) sobre los cuidados que se deben brindar a sus familiares y la prevención de su propia salud.
- Eliminar los límites de edad para la detección y tratamiento del HIV/SIDA y, en general, para cualquier actuación en materia de promoción y atención de la salud.

3.3.2. Garantía de seguridad económica de los adultos mayores

- Profundizar el proceso de extensión de cobertura previsional contributiva y no contributiva, reconociendo el avance logrado a través de mecanismos de flexibilización de acceso a la jubilación.
- Analizar las leyes y normas sectoriales que promueven la discriminación por edad en el acceso al empleo y en la continuidad en el mismo, con el fin de impulsar la supresión de estas discriminaciones.
- Elaborar códigos de conducta o de buenas prácticas sobre el tratamiento de las personas de edad en los entornos laborales y en las ofertas de empleo, al que pueden adherirse, libremente, todo tipo de empresas y negocios.

- Promover procesos de capacitación de adultos mayores a nivel público y privado para rescatar habilidades y actualizar conocimientos que les permitan mantener su puesto de trabajo o bien promocionar a otro.
- Brindar espacios para establecer programas de reinserción laboral individualizados según habilidades y conocimientos del adulto mayor.
- Apoyar micro-emprendimientos de adultos mayores que han quedado fuera o han sido desplazados del mercado laboral.
- Eliminar trabas para el acceso al crédito basadas en la edad.
- Implementar mecanismos coadyuvantes para la generación de empleo para los adultos mayores (incentivos tributarios, capacitaciones, etc.).
- Establecer métodos e instrumentos para medir la productividad de las personas mayores.

3.3.3. Entornos favorables

- Establecer campañas de sensibilización sobre las contribuciones que las personas mayores hacen y pueden seguir realizando, con el fin de promover una imagen social positiva del envejecimiento.
- Poner en marcha programas de voluntariado de mayores que refuercen la solidaridad intergeneracional.
- Sensibilizar a la sociedad sobre la necesidad de avanzar en la construcción de ciudades amigables con la edad, promoviendo el concepto de diseño universal.
- Promover la adecuación del transporte público y privado mejorando el acceso de personas con discapacidades físicas o limitaciones en su movilidad y autonomía.
- Impulsar acciones de accesibilidad a los servicios sociosanitarios por parte de las personas mayores, no solo desde lo arquitectónico, sino también desde lo organizativo y funcional (adecuación de horarios, simplificación de trámites, etc.).
- Promover la capacitación del personal que trabaja en servicios de transporte, bancos, oficinas de atención al público en la temática del envejecimiento como estrategia para la mejora de la atención a los mayores.
- Promover la accesibilidad en las nuevas tecnologías de información y comunicación (páginas web, PC, e-mail, uso de banca automática, etc.) entre las personas mayores.

3.3.4. Red de recursos sociosanitarios

- Establecer un registro de instituciones destinadas a atender a las personas mayores dependientes.
- Desarrollar programas de baja complejidad para el cuidado de las personas mayores en sus domicilios.
- Promover modalidades tales como hogares, centros de día y otras alternativas de servicios comunitarios que eviten internaciones innecesarias.
- Establecer marcos de valores y normativas que aseguren el cumplimiento de los derechos de las personas mayores dependientes e institucionalizadas.
- Establecer mecanismo de acreditación y categorización de residencias de mayores.

3.4. En relación con la atención de las situaciones de dependencia

- Promover la elaboración, en cada uno de los países, de un diagnóstico compartido, realizado sobre bases científicas, sobre la atención a las personas en situación de dependencia.
- Posteriormente, y sobre la base de los hallazgos de ese diagnóstico, podría abordarse la elaboración de un “Libro blanco de la dependencia”, en el que se establezca el enfoque y los principales elementos de una estrategia destinada a dar respuesta a los retos que plantea el incremento de las situaciones de dependencia.

3.5. En relación con el impulso de la formación y capacitación en materia de atención a las personas mayores

- Incluir programas de capacitación en gerontología para profesionales que se desempeñan en el nivel primario de atención de la salud.
- Impulsar la inclusión de contenidos gerontológicos y geriátricos en todas las carreras de grado vinculadas al campo socio-sanitario.
- Desarrollar programas de capacitación en la gestión de servicios de gerontología, con énfasis en modalidades de atención a personas dependientes.
- Establecer normativas de créditos para la capacitación de cuidadores formales en domicilio y de asistentes geriátricos en instituciones.
- Realizar actividades de capacitación de cuidadores formales e informales.

3.6. En relación con la incorporación del enfoque de género y de la solidaridad entre generaciones

- Establecer como un requisito para la aprobación de las diferentes políticas, programas y actuaciones en materia de adultos mayores la incorporación en las mismas del enfoque de género.
- Impulsar programas y actuaciones dirigidos específicamente a las mujeres mayores.
- Impulsar programas y actuaciones dirigidos a promover el intercambio intergeneracional, aprovechando la complementariedad de las destrezas y habilidades de mayores y jóvenes.

ANEXO 1: SELECCIÓN DE DOCUMENTOS EN LA RED SOBRE LA SITUACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE Y EN LOS PAÍSES DEL CONO SUR

1. Situación de los adultos mayores en América Latina y el Caribe

1.1. Aspectos sociodemográficos

Albala C, Lebrão ML, León Díaz EM, Ham-Chande R, 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>

Arinabar, Paula (2001), "Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina en *Serie Población y Desarrollo*, núm. 21, CELADE-CEPAL, diciembre.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/6/LCL1656PE/lcl1656p.pdf>

Cáritas (2005), *Los retos del envejecimiento al trabajo social de las Cáritas en América Latina y Caribe*, Río de Janeiro, Brasil. 27 de Junio.

<http://caritashile.org/home/uploadDoc/AM/CongresoInterGeron.doc?idinfo=392>

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2006), "América Latina y El Caribe: Desafíos y oportunidades de una sociedad que envejece". *Temas de Población y Desarrollo*, nº 5.

http://www.eclac.cl/celade/noticias/noticias/7/23867/PyDEN_5.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2005) *Boletín Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y El Caribe*.

http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/boletin2_web.pdf

http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/boletin_envejecimiento.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2003), *Las Personas Mayores en América Latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la Situación y las Políticas*, 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, 19 al 21 de noviembre de 2003.

<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/13233/DLE1973-Sintesis.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 (2002), *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe*. Datos e indicadores, Boletín informativo, Edición Especial con ocasión de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid.

http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/3/9353/boletin_envejecimiento.PDF

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2000), "Sesión III. La situación socioeconómica de la población adulta mayor: un grupo vulnerable, Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, CEPAL- *Serie Seminarios y Conferencias*, núm. 2, Santiago de Chile, agosto.

http://www.cepal.org/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S3.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2004), *Población, envejecimiento y desarrollo*, CEPAL, junio.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/6/LCG2235SES3016/dge2235.pdf>

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>

Chackiel, Juan (2000). El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?, en *Serie Población y Desarrollo*, núm. 4, CELADE-CEPAL, agosto.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/1/LCL1411/lcl1411e.pdf>

Guzmán, José Miguel (2002), "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe" en *Serie Población y Desarrollo*, núm. 28, CELADE-CEPAL, mayo.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/7/LCL1737P/serie28.pdf>

Hakkert, Ralph y Guzmán José Miguel, "Envejecimiento demográfico y arreglos familiares de vida en América Latina", *Working Papers Series CST/ LAC*, núm.21, UNFPA

<http://www.cstlac.org/documents/doctec/WorkingpapersCSTLAC21.pdf>

HelpAge Internacional (2002), *Estado mundial de las personas mayores 2002*, Editorial: Jane Scobie, Sarah Graham-Brown y Development Initiatives, Reino Unido.

<http://www.helpage.org/Worldwide/LatinAmerica/Resources#H9tN>

HelpAge Internacional (2002), *Envejecimiento de la población y desarrollo- Nuevas estrategias de protección social*, Informe del seminario realizado el 31 de octubre de 2002 en el National Press Club, Washington, DC, Estados Unidos, Reino Unido.

www.helpage.org/Resources/Policyreports/main_content/1118337618-0-11/SpanishFinalWashingtonReport.pdf

Popolo, Fabiana del (2001), Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina. *Serie Población y Desarrollo*, N° 19, CEPAL

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/0/LCL1640PE/LCL1640.pdf>

http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/0/LCL1640PE/LCL1640_anexo.pdf

Palloni, Alberto y Peláez Martha (2001), *Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)*, OPS-OMS.

<http://www.ssc.wisc.edu/sabe/docs/informeFinal%20EspaNoI%20noviembre%202004.pdf>

1.2. Seguridad Económica

Bertranou, Fabio (2005), *Envejecimiento y los Sistemas de Protección Social, 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/FBertranou.pdf>

Bertranou, Fabio (2002), *Ampliando la protección: El papel de las pensiones mínimas y de la asistencia social Pensiones no contributivas y asistenciales en Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*, Oficina Internacional del Trabajo-OIT, Santiago de Chile.

http://www.oit.org.pe/secsoc/acervo/pdf/pensiones_no_contr_res.pdf

Bertranou, Fabio (editor) (2001), *Cobertura previsional en Argentina, Brasil y Chile*, Oficina Internacional del Trabajo- OIT, Santiago de Chile.

<http://www.seguridadsocial.gov.ar/>

Bertranou, Fabio y Sánchez Andrea (2003), *Tendencias en indicadores de empleo y protección social de adultos mayores en América Latina*, Organización Internacional del Trabajo, marzo.

http://www.oit.org.pe/secsoc/acervo/pdf/empleo_protsoc_adultos_2003.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2000), "Sesión IV: Envejecimiento y Sistema de pensiones", Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, CEPAL- *Serie Seminarios y Conferencias, núm. 2*, Santiago de Chile, agosto 2000.

http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/5604/lcl1399e_S4.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/tpl/top-bottom.xsl>

Murro Oberlín, Ernesto R (2004), *El dilema de la seguridad social en el Cono Sur*, OIT, Oficina Regional para América Latina y El Caribe, Lima.

http://www.oit.org.pe/spanish/260ameri/oitreg/activid/proyectos/actrav/proyectos/pdf/doc_180/doc180.html

Nieves Rico, María (2003), *Los sistemas de pensiones y sus deudas con la equidad de genero entre las personas adultas mayores*, 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, 19 al 21 de noviembre de 2003.

http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/1/13611/nieves_rico.pdf

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2002), *Una sociedad inclusiva para una población que envejece: El desafío del empleo y la protección social*, documento presentado por la OIT ante la Segunda Asamblea de Envejecimiento, Madrid, abril.

<http://www.ilo.org/public/spanish/employment/skills/older/publ/spaage.pdf>

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (2004), *Banco de Información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericano*. Secretaria General de la OISS.

http://www.oiss.org/rubrique.php?id_rubrique=116

Paiva, Luis Enrique, Ansiliero, Graziela y Ferreira dos Passos, Alessandro (2005), Ministerio de Previsión Social de Brasil. *Impactos da Previdência Social Sobre a Pobreza*, 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/EBasso_d.pdf

Suárez R, Pescetto (2005), "Sistemas de protección social para el adulto mayor en América Latina y el Caribe" en *Revista panamericana de salud pública*, 17(5/6):419-428.

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26279.pdf>

1.3. Salud

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

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>

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>

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

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

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>

1.4. Entornos Favorables

Aromando, Jorge (2003) *Una visión sobre la perspectiva educativa y cultural del adulto mayor en MERCOSUR*. Documento presentado en las VII Jornadas de la Asociación Argentina de Población (AEPA), Tafi del Valle, Noviembre.

<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ARGEN020.pdf>

Barreto, Luz (2005), *Red Tiempos, Actuando en Red hacia un Nuevo Paradigma del Envejecimiento en la Región Latinoamericana: Envejecer En Democracia*, 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/LBarreto_d.pdf

CELADE, Cooperazione Italiana, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) (2003) "Redes de apoyo social de las personas mayores en América Latina y el Caribe" en *Serie seminarios y conferencias núm.30*, Santiago de Chile, octubre.

http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/5/LCL1995PE/lcl1995_p_e.pdf

Engler, Tomás (2005), El empoderamiento de adultos mayores organizados en la búsqueda de un nuevo contrato social: experiencias del Banco Interamericano de Desarrollo y la Red Tiempos, *Revista panamericana de salud pública*, 17(5-6) p.438-443

<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v17n5-6/26281.pdf>

Gascón, Silvia (2005), *Los Movimientos Sociales y la Participación Social de los Mayores. En el Marco del Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento, Madrid 2002*, 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/SGascon_d.pdf

Huenchuan Navarro, Sandra (2004), "Pobreza y redes de apoyo en la vejez. Acercamiento desde las diferencias de género", Trabajo presentado en el *Primer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP*, realizado en Caxambú -MG- Brasil, del 18 al 20 de Septiembre.

http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/ALAP2004_410.PDF

Kohanoff, Rafael (2005), *Entornos Propios y Favorables de las Personas Mayores*. Tecnologías aplicadas a los adultos mayores que presentan discapacidades, 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/RKohanoff_d.pdf

Organización de las Naciones Unidas, ONU (2002) *Mujeres de edad: cuando las que siempre ayudan necesitan ayuda*, Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.

<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/newpresskit/mujeres.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>

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

1.5. Marco Legal

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>

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://weblog.maimonides.edu/gerontologia/documentos/Legislacion_Adultos_Mayores_AMLAT.rtf

1.6. Declaraciones, planes y programas

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2004), *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento*, 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, 19 al 21 de noviembre de 2003. Editado por CEPAL, marzo.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/8/LCG2228/LCG2228-1.pdf>

HelpAge Internacional (2001), *Igualdad de trato, igualdad de derechos. 10 acciones para poner fin a la discriminación de edad*, HelpAge International, Reino Unido.
<http://www.helpage.org/Worldwide/LatinAmerica/Resources>

Huenchuan Navarro, Sandra (2005), *Los Derechos Humanos de las Personas mayores en el Contexto Internacional*, 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/SHuenchuan_d.pdf

Huenchuan Navarro, Sandra (2004), "Políticas sobre vejez en América Latina. Elementos para su análisis y tendencias generales" en *Notas de Población*, núm. 78, CELADE-CEPAL, diciembre.
<http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/9/LCG2229P/lcg2229-p5.pdf>

Huenchuan Navarro, Sandra (2003), *Políticas públicas y políticas de vejez. Aspectos teóricos conceptuales*. CEPAL-UNFPA.
http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/REDES004_Huenchan.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 Geriátría y Gerontología*, número 37(S2):74-105
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oms-envejecimiento-01.pdf>

Organización de Naciones Unidas, ONU (2002), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Madrid, abril.
http://www.envejecimiento.gov.co/informe_onu.pdf

Organización de Naciones Unidas, ONU (2001), *Derechos humanos y personas de edad- 1999*, Traducido y editado en español por el Centro de Información de las Naciones Unidas para España, julio.
<http://www.onu.org/temas/edad/ddhhyedad.pdf>

Organización Panamericana de la Salud, OPS (2005). Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción internacional de Madrid sobre el envejecimiento. *Revista panamericana de salud pública*. 2005;17(5-6):452-454,
http://journal.paho.org/?a_ID=213#xpan4

Viveros Madariaga, Alberto (2001), "Envejecimiento y vejez en América Latina: políticas públicas y las acciones de la sociedad" en *Serie Población y Desarrollo*, núm. 22, CELADE-CEPAL, Santiago de Chile.
<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/cepal/lcl1657p.pdf>

2. Situación de los adultos mayores en los países del Cono Sur

2.1. ARGENTINA

Aromando, Jorge (2001), *Situación de los adultos mayores en Argentina*. Red para el Desarrollo de los Adultos Mayores.

<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ARGEN001.pdf>

Bertranou, Fabio y Bonari, Damián (coords.) (2005), *Protección social en Argentina. Financiamiento, cobertura y desempeño, 1990-2003*. Santiago, Oficina Internacional del Trabajo.

<http://www.oit Chile.cl/pdf/pro021.pdf>

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2005) "Informe de avances. Argentina". *Boletín envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Nº 2.

<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/ARGENTINA2.pdf>

Espínola, B (2005), *Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Argentina*, 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/BEspinola_d.pdf

Gascón Silvia (2002), *Argentina: políticas y programas para personas adultas mayores*, CEPAL, Santiago de Chile.

<http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/7/11497/SGascon.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos, INDEC (2005) "Proyecciones provinciales de población por sexo y grupos de edad 2001-2015", *31 Serie de Análisis Demográfico*, Buenos Aires.

<http://www.indec.mecon.gov.ar/>

Instituto Nacional de Estadística y Censos, INDEC (2004) "La población con discapacidad en Argentina", en *Aquí se cuenta*, núm. 14, diciembre, revista informativa del Censo 2001,

<http://www.indec.mecon.ar/>

Observatorio Social, La situación de los adultos mayores en la ciudad de Buenos Aires. En *Informe de Situación Social de la Ciudad de Buenos Aires*. Sin fecha

<http://www.observatoriosocial.com.ar/ucuernillo5.pdf>

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Secretaría de Seguridad Social (2003), *Libro Blanco de la Previsión Social*, Buenos Aires.

<http://www.oiss.org/IMG/pdf/libroblanco-arg.pdf>

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (2002), *El sistema de recaudación de la Seguridad Social en Argentina: Antecedentes, situación actual y conclusiones*, OISS, Madrid, julio.

<http://www.seguridadsocial.gov.ar/>

Organización Internacional del Trabajo, OIT (2002), *Diagnóstico Institucional del Sistema Previsional Argentino pautas para enfrentar la crisis*, Organización Internacional del Trabajo, julio.

<http://www.seguridadsocial.gov.ar/>

Roqué, Mónica (2005), *Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre Envejecimiento. Argentina*, 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/MRoque_d.pdf

Spagnuolo, Alejandro (2005), Consejo Federal de Adultos Mayores, Argentina, *Participación Institucional de los 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/ASpagnuolo_d.pdf

Ley 25.724, *Programa de Nutrición y Alimentación Nacional*.

<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/80000-84999/81446/norma.htm>

Ley 21.074, *Subsidios y Asignaciones Familiares*.

<http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/30000-34999/32199/norma.htm>

Ley 24417 de *Protección contra la Violencia Familiar*.

<http://www.ispm.org.ar/violencia/images/respuestas/Ley%20Nacional.%20Ley%2024417.doc>

Ley Nº 24734 - *Utilización de Servicios de Cobertura Médica*.

http://www.jusneuquen.gov.ar/share/legislacion/leyes/leyes_nacionales/ley_24734.html

2.2. BRASIL

Barros de Mendonça, Jurilza María, Secretaría Ejecutiva del Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos, Ministerio de Previsión y Asistencia Social (2005), *Plan de Acción para el enfrentamiento de la violencia contra 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.

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

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2005) "Informe de avances. Brasil". *Boletín envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Nº 2.

<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/BRASIL2.pdf>

Ministério da Saúde (2003), *Estatuto do idoso*.

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/estatuto_do_idoso.pdf

Ministério da Saúde (2002), *Secretaria de Assistência à Saúde, Redes estaduais de atenção à saúde do Idoso. Guia operacional e portarias relacionadas*, Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasil.

http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_estaduais.pdf

Guía Serasa de Orientación al Ciudadano.

<http://www.serasa.com.br/guiaidoso/ftp/guiaidoso.pdf>

HelpAge International (2003), *Non-contributory pensions and poverty prevention: A comparative study of Brazil and South Africa*, septiembre.

<http://www.helpage.org/Worldwide/LatinAmerica/Resources>

Magno de Carvalho, José Alberto y Drumond Andrade, Flávia Cristina (2000), "Envejecimiento de la población brasileña: oportunidades y desafíos", 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_FinS1.pdf

2.3. CHILE

Arriagada, Luco Camilo, Ministerio de Vivienda del Gobierno de Chile (2005), *Programas Especiales de Vivienda Social para Personas Mayores: Evaluación de la Experiencia Chilena durante los Años Noventa*, 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/CARriagada_d.pdf

Bravo, Jorge y Bertranou, Fabio (2006), *Evolución demográfica y sistema de pensiones en Chile*. (borrador) mayo.

http://www.cedeplar.ufmg.br/demografia/seminario/Nota_Poblacion_Pensiones_Chile_new.pdf

Centro de Estudios Nacionales de Desarrollo Alternativo, CENDA (2006), *Algunos Principios Básicos a Considerar en el Diseño del Nuevo Sistema Previsional Chileno*, Documento presentado por CENDA el 4 de abril de 2006 al Consejo Asesor para la Reforma Previsional, nominado por la Presidenta Michelle Bachelet. Santiago, 4 de abril.

http://www.cep.cl/Cenda/Cen_Documentos/Indice_AFP_Cenda/Reforma_Pensiones/Propuesta_Cenda_2006/Anexos/Ejemplos.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2005) "Informe de avances. Chile". *Boletín envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Nº 2.

<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/CHILE2.pdf>

Comité Nacional para el Adulto Mayor (2002), *Encuesta: Imagen de la Vejez*.

<http://www.senama.cl/Archivos/716.pdf>

Departamento de Estadísticas Demográficas y Sociales (1999), *Chile y los adultos mayores: impacto en la sociedad del 2000*. Instituto Nacional de Estadísticas, Santiago de Chile.

http://www.ine.cl/ine/canales/chile_estadistico/calidad_de_vida/adultosmayores/pdf/mayor2000.pdf

Fajnzylber, Eduardo (2006), "Pensiones para todos: Análisis de alternativas para extender la cobertura del sistema previsional chileno" en *Foco*, núm. 65, Expansiva.
http://www.expansiva.cl/en_foco/documentos/07032006105928.pdf

Huenchuan Navarro, Sandra y Sosa Portillo, Zulma, (2003), "Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile". En *Notas de Población*, núm. 77, CELADE-CEPAL, diciembre de 2003
http://www.eclac.cl/publicaciones/Poblacion/3/LCG2213P/lclq2213_p4.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2005), *Chile hacia el 2050. Proyecciones de población*, Instituto Nacional de Estadísticas, agosto.
http://www.ine.cl/ine/canales/actualidad/menu_apoyo_canal/archivo_documentos/pdf/2005/chile2050.pdf

Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2003), *Censo 2002, Síntesis de Resultados*, Santiago de Chile, marzo 2003
<http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf>

Instituto Nacional de Estadísticas, INE (2003), "El adulto mayor y las condiciones de viviendas" en *Enfoques estadísticos*, Boletín informativo del Instituto Nacional de Estadísticas, núm. 17, octubre.
http://200.29.21.4/~gerontol/postnuke/pdf/adultos_mayores16.pdf

Kornfeld, Rosita, Programa Adulto Mayor de la Universidad Católica de Chile (2005), *Programa de fortalecimiento de la capacidad emprendedora en los adultos mayores "aprender a emprender"*, 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/RKornfeld_d.pdf

Lizama Portal, Luis (2004), "Reformas legales para la inserción laboral de los pensionados por vejez", en *Foco*, núm. 32, Expansiva.
http://www.expansiva.cl/en_foco/documentos/15092004125721.pdf

Ministerio de Planificación, MIDEPLAN (2003) *Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional* (2003). CASEN 2003. Principales resultados, situación de los adultos mayores. Gobierno de Chile, MIDEPLAN.
http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/CASEN_AMayor_2003.pdf

Ministerio de Trabajo y Previsión Social (2006) *Encuesta de Protección Social 2004. Presentación General y principales Resultados*, Gobierno de Chile, Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Subsecretaría de Previsión Social, enero.
http://www.proteccionsocial.cl/docs/Encuesta_Protección_Social%2020041.pdf

Ministerio de Hacienda. Dirección de presupuestos (2006), *Reforma al sistema de pensiones en Chile. Informe de Diagnóstico para el Consejo Asesor para Reforma Previsional*, Santiago de Chile, marzo.
<http://www.consejoreformaprevisional.cl/documentos/tema-0-introduccion-general.pdf>

Oyarzo M, César (2004), "Una propuesta de política para reducir la inseguridad en la población adulta mayor", en *Foco*, núm. 31, Expansiva.

http://www.expansiva.cl/en_foco/documentos/15092004125445.pdf

Riesco, Manuel (2006), "Tres exigencias mínimas para la reforma previsional", en *Foco*, núm. 67, Expansiva.

http://www.expansiva.cl/en_foco/documentos/07032006110505.pdf

Ruiz-Tagle, Jaime (2006), "La cobertura previsional y el acceso a la pensión mínima legal" en *Foco*, núm. 63, Expansiva.

http://www.expansiva.cl/en_foco/documentos/06032006130727.pdf

Silva O, Juana (2004), "Inseguridades sociales y tercera edad", en *Foco*, núm. 30, Expansiva.

http://www.expansiva.cl/en_foco/documentos/15092004125149.pdf

Tokman, Andrea y Berstein, Solange (2006), "Mejores pensiones para las mujeres: Una evaluación de políticas" en *Foco*, núm. 64, Expansiva.

http://www.expansiva.cl/en_foco/documentos/07032006105026.pdf

Utofh, Andras (2001), "La reforma del sistema de pensiones en Chile: desafíos pendientes", CEPAL, Santiago de Chile.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Comercio/5/LCL1575P/lcl1575e.pdf>

Valdés Prieto, Salvador (2006), *Propuestas para reformar el Pilar Solidario del Sistema de Pensiones Chileno*, Seminario en el Centro de Estudios Públicos, Santiago de Chile, 15 de mayo.

<http://www.cepchile.cl/>

Villalobos, A (2005), *Atención Integral del Adulto Mayor en Extrema Pobreza en el Sistema de Protección Social. Chile Solidario*, 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/AVillalobos_d.pdf

Wallace, S (2002), "Equidad en la atención médica del adulto mayor en Chile: papel de la previsión" en *Revista de la CEPAL*, núm. 78, diciembre, páginas 121-138

http://www.eclac.cl/publicaciones/SecretariaEjecutiva/7/LCG2187PE/lcg2187e_Wallace.pdf

2.4. PARAGUAY

Barrios Kück, María Elizabeth (2002), *Evolución de la población de la tercera edad en el Paraguay. Algunas implicancias de políticas*. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Programa para el mejoramiento de las encuestas y las mediciones de las condiciones de vida en Paraguay (Mecovi - Paraguay), enero.

<http://www.dgeec.gov.py/MECOVI/Evoluci%C3%B3n%20tercera%20edad.pdf>

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2005) "Informe de avances. Paraguay". *Boletín envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Nº 2.

<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/PARAGUAY2.pdf>

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (2001), *Condiciones de Vida de la Población de Tercera Edad*. Paraguay.

<http://www.dgeec.gov.py/publicaciones/biblioteca/terceraedadinternet/tepresentacion.pdf>

Romero, Carlos María, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2005) *Situación de las Personas Adultas Mayores en Paraguay*, 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/CMRomero_d.pdf

Ley 1885 *de las Personas Adultas*

<http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/PARAG002.pdf>

2.5. URUGUAY

Bertranou, Fabio (2004), *Protección social, mercado laboral e institucionalidad de la seguridad social en Uruguay*, Editado Delano, noviembre.

http://www.bps.gub.uy/taller_ss/pdf/08-Proteccion%20Social-%20Bertranou%2011-2004.pdf

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE - División de Población de la CEPAL (2005) "Informe de avances. Uruguay". *Boletín envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*. Nº 2.

<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/URUGUAY2.pdf>

Cruz, Anabel y Pérez, Lucía (2006), *Envejecer Ayudando, Envejecer Aprendiendo. Adultos Mayores en Uruguay: actores del voluntariado y del servicio cívico*. Informe de investigación, Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD), Montevideo, Uruguay, julio.

http://www.lasociedadcivil.org/uploads/ciberteca/older_adults_final_report.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL (2000), *Cómo envejecen los uruguayos*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/2/LCMVDR185Rev2/Parte%201y2.pdf>

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/2/LCMVDR185Rev2/parte%203.pdf>

Damonte, Ana María (1999), *Uruguay: envejecimiento demográfico y salud. Características generales de la población adulta mayor. Estudio Analítico de datos secundarios*, CEPAL- Oficina de Montevideo, abril.

<http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/1/LCMVDR173Rev1/LC-R173.pdf>

De Marco, Eugenia, Directora del Programa Nacional de Adultos Mayores (2005), *Informe Uruguay*, 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/EMarco_d.pdf

Huenchuan Navarro, Sandra y Peláez, Martha (2006), *Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas*, CEPAL/CELADE, Cooperazione Italiana, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

http://www.cepal.org/celade/noticias/noticias/7/26677/Uruguay_Políticas%20de%20vejez%20escenarios%20futuros.pdf

Rossi, Máximo y Triunfo, Patricia (2004), El estado de salud del adulto mayor en Uruguay, *Documentos de trabajo*, documento Nº 14/04, Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Economía, diciembre.
<http://decon.edu.uy/publica/2004/Doc1404.pdf>

Ley No. 17.796 de *Promoción Integral del Adulto Mayor* (2004).
<http://www.parlamento.gub.uy/Leyes/Ley17796.htm>

Ley No. 17.066 de *Política general en materia de ancianidad* (1998).
<http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/2905.PDF>

Paredes, Marina (2004), "Envejecimiento demográfico y relación entre generaciones en Uruguay", Trabajo presentado en el *Primer Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, ALAP*, realizado en Caxambú –MG- Brasil, del 18 al 20 de Septiembre.
http://www.abep.nepo.unicamp.br/site_eventos_alap/PDF/ALAP2004_445.PDF

3. 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.

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/>

Organización Panamericana de la Salud

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

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.

Ministerio de Desarrollo Social. Argentina

<http://www.desarrollosocial.gov.ar/>

El Ministerio de Desarrollo Social asiste al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en orden a sus competencias, en todo lo inherente a la promoción y asistencia social orientada hacia el fomento de la integración social y desarrollo humano, la atención y la reducción de las situaciones de vulnerabilidad social, el desarrollo de igualdad de oportunidades para estos sectores, capacidades especiales, menores, mujeres y ancianos, la protección de la familia y el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, así como en lo relativo al acceso a la vivienda digna, y al cumplimiento de los compromisos asumidos en relación con los tratados internacionales y los convenios multinacionales, en materia de su competencia.

Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina

<http://www.desarrollosocial.gov.ar/pensiones/pensiones2.asp>

Es el organismo que realiza la tramitación, otorgamiento, liquidación y pago de prestaciones no contributivas.

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina

www.pami.org.ar/

El Instituto es la Obra Social de los jubilados y pensionados nacionales. Es un organismo pionero en la asistencia sociosanitaria de los mayores, la mayor obra social de América Latina, y una de las más grandes del mundo con más de 3.200.000 afiliados

Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Argentina

www.anses.gov.ar

ANSES es un organismo descentralizado, en jurisdicción del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Está facultada para administrar los fondos correspondientes a los regímenes nacionales de jubilaciones y pensiones, en relación de dependencia y autónomos, de subsidios y asignaciones familiares.

Ministerio de Salud y Ambiente. Argentina

www.msal.gov.ar

Programa Federal de Salud. Argentina

<http://profeonline.no-ip.info/>

Tiene el objetivo de brindar cobertura médico integral a los beneficiarios de pensiones no contributivas otorgadas y a otorgarse con la intervención de la COMISIÓN NACIONAL DE PENSIONES ASISTENCIALES, residentes en todo el territorio nacional que se encuentren afiliados al PROFE-SALUD. A través de su accionar asegura el cumplimiento de las políticas de prevención, promoción y recuperación de la salud y el ejercicio del derecho de los afiliados a gozar de las prestaciones médicas conforme lo establecido por el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO y otras leyes nacionales.

Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre. Brasil

<http://www.mds.gov.br/>

El Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à FOME, MDS) es el responsable para las políticas nacionales de desarrollo social, seguridad alimentaria y nutricional, de

asistencia social y de renta ciudadana, y el gestor del Fondo Nacional de Asistencia Social, FNAS.

Ministerio de Previsión Social. Brasil

<http://www.mpas.gov.br/>

La "Previdência Social" es el seguro social contributivo de Brasil. Es una institución que tiene como objetivo reconocer y conceder derechos a los asegurados. La renta transferida por la Previdência Social sustituye a las rentas del trabajador contribuyente cuando éste pierde su capacidad de trabajo, sea por enfermedad, invalidez, edad avanzada, muerte, desempleo involuntario, maternidad o reclusión.

Consejo Nacional de Derechos de las Personas Mayores, CNDI. Brasil

<http://www.mj.gov.br/sedh/cndi/>

El Consejo Nacional de Derechos de las Personas Mayores (Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, CNDI), creado por Decreto nº 4.227, de 13 de mayo de 2002, es un órgano colegiado de carácter deliberativo, integrado en la estructura básica de la Secretaría Especial de los Derechos Humanos de la Presidencia de la República, que tiene por finalidad elaborar las directrices para la formulación e implementación de la política nacional del adulto mayor, observando las líneas de acción y las directrices de la Ley 10.741, de 1 de octubre de 2003, del Estatuto de las Persona Mayor, así como acompañar y evaluar su ejecución.

Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile

<http://www.senama.cl/>

EL SENAMA tiene como objetivos proponer políticas y coordinar acciones, especialmente del sector público, que faciliten la integración del adulto mayor en todos los ámbitos sociales, ya sea en la familia, en la educación, en el trabajo y en la recreación, entre otros. Además debe coordinar acciones y programas entre el sector privado y público. Es un servicio público, funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, adscrito al Ministerio Secretaría General de la Presidencia de Chile.

Instituto de Normalización Previsional. Chile

<http://www.inp.cl/>

El Instituto de Normalización Previsional (INP) tiene como misión contribuir al desarrollo con equidad y a elevar la calidad de vida de los trabajadores, promoviendo la prevención de riesgos y la salud laboral; de los adultos mayores, personas con discapacidad y aquellas en situación de extrema pobreza, ejecutando iniciativas que fomenten la protección social; y de los imponentes y pensionados del INP, otorgando eficientemente las prestaciones previsionales vigentes.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay

<http://www.mspbs.gov.py/>

La misión del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es contribuir a la producción y la administración del conocimiento, y a la ampliación de la cobertura sanitaria, la calidad de la atención y la participación social, dentro del marco de la equidad y el desarrollo humano sostenible.

Instituto de Previsión Social. Paraguay

www.ips.gov.py/

El Instituto de Previsión Social de Paraguay tiene como misión garantizar la prestación de servicios del seguro social a sus asegurados y beneficiarios con calidad, mediante la búsqueda de la excelencia en la administración de sus recursos, contribuyendo al bienestar de la población.

Ministerio de Salud Pública. Uruguay

<http://www.msp.gub.uy/>

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay desarrolla, dentro de sus programas de salud, el Programa Nacional del Adulto Mayor, PRONAM, que tiene como objetivo promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas entre el estado y la sociedad civil.

Banco de Previsión Social. Uruguay

<http://www.bps.gub.uy/>

En el Uruguay el Banco de Previsión Social (BPS) es el organismo encargado, por mandato de la Constitución y de las leyes, de planificar, coordinar y administrar la seguridad social para un amplio colectivo de trabajadores entre los que se destacan los de la industria, el comercio, el agro, la construcción y los funcionarios públicos.

Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina.

<http://www.indec.mecon.gov.ar/>

Instituto Brasileño de Geografía y Estadística

<http://www.ibge.gov.br/>

Instituto Nacional de Estadísticas (Chile)

http://www.ine.cl/ine/canales/chile_estadistico/home.php

Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos. (Paraguay)

<http://www.dgeec.gov.py/>

Instituto Nacional de Estadística, (Uruguay)

<http://www.ine.gub.uy/>

Idosos no Brasil

<http://dtr2001.saude.gov.br/bvs/exposicoes/idoso/idosob.swf>

Portal sobre las personas mayores en Brasil, creado por el Ministerio de Salud Brasileño.

Direito do idoso

<http://www.direitodoidoso.com.br/>

Página sobre los derechos de las personas mayores. Creado por Pérola Melissa Vianna Braga.

Portal adulto mayor (Chile)

<http://www.portaladultomayor.com/index.php>

Página con información sobre servicios especializados para personas mayores en Chile

Expansiva

<http://www.expansiva.cl/>

Expansiva es una Corporación que busca promover un debate amplio sobre los temas fundamentales de la sociedad chilena actual. Para ello desarrolla un programa de investigaciones orientado a renovar las propuestas en el ámbito de las políticas públicas. Los resultados de este esfuerzo se publican en la serie de documentos *en foco*, que pueden consultarse en su página web contienen ideas y propuestas concretas de reforma en política, economía, educación, salud, seguridad social y empleo

Observatorio Social sobre Envejecimiento y Vejez en Chile

<http://www.csociales.uchile.cl/observa/index.html>

El Observatorio Social sobre Envejecimiento y Vejez en Chile se encuentra a cargo de la Universidad de Chile dentro del programa de Magíster en Antropología y Desarrollo (MAD) de la Facultad de Ciencias Sociales. El fundamento del Observatorio Social es el reconocimiento del carácter complejo y multifacético de los fenómenos sociales que caen bajo su mirada. En tal sentido, se constituye en una herramienta privilegiada como espacio de confluencia de las distintas interlocuciones relacionadas con los temas del envejecimiento y la vejez.

ANEXO 2: EQUIPO DEL PROYECTO

1. Equipo del Proyecto “Personas Mayores, dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur”

Director del Proyecto

- José Carlos Baura Ortega, OISS.

Miembros del Comité Técnico en representación de los países participantes

Argentina

- Monica Roqué, Directora Nacional de Políticas para el Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social.
- Javier Goñi, Gerente de Promoción Social y Comunitaria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina.

Brasil

- Jurilza Barros de Mendonça, Secretaria Ejecutiva del Consejo Nacional de los Derechos del Adulto Mayor, CNDI.
- Patricia Souza de Marco, Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre
- Valdir Simão, Presidente del Instituto Nacional del Seguro Social.

Chile

- Paula Forttes Valdivia, Directora Nacional del Servicio del Adulto Mayor, SENAMA.
- Rafael del Campo Mullins, Director Nacional del Instituto de Normalización Previsional.

Paraguay

- Palmira Soto Torres, Jefa Departamento de Adultos Mayores. Instituto de Bienestar Social. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Carlos Vidal Cabral Núñez, Director de Jubilaciones. Instituto de Previsión Social

Uruguay

- Eugenia de Marco, Directora del Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública.
- Leticia Pugliese, Socióloga, Asesoría en Políticas de Seguridad Social dependiente de la AGSS. Banco de Previsión Social. Uruguay.

Miembros del Comité Técnico por parte de la OISS

- Carlos Alberto Garavelli, Director del Centro de Acción Regional de la OISS para el Cono Sur en Buenos Aires.
- Hugo Cifuentes Lillo, Director de la Delegación Nacional de la OISS en Chile.
- Baldur Schubert, Representante de la OISS en Brasil.
- Alberto Lucio Di Benedetto, designado por la OISS para coordinar tareas en Paraguay.

Otros directivos y técnicos que han participado en los trabajos del proyecto

- Paola Vesvessian, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
- Adriana Fassio, Dirección Nacional de Políticas para el Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
- Jorge Di Paola, Dirección Nacional de Políticas del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
- Laura Amaral, Gerencia de Promoción Social y Comunitaria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina.
- Estela Altaf, Gerencia de Promoción Social y Comunitaria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina.
- M. Alejandra Arlegui, Gerencia de Promoción Social y Comunitaria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina.
- Alba Maria Abigalis, Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de Derechos de las Personas Mayores (CNDI). Brasil.
- Elizabethy C. S. Hernandez, Ministerio de Salud. Brasil
- Lissette Garcia, Subsecretaria de Previsión del Ministerio de Trabajo. Chile.
- Pamela Acevedo, Asesora del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile.
- Christian Klenner, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile.
- María Cristina Rojo Bahamonde, Asesora del Director Nacional del Instituto de Normalización Previsional. Chile.
- José Valladares Venegas, Jefe de División de Programas y Beneficios Sociales del Instituto de Normalización Previsional. Chile.
- Edgar Aguilera, Presidente de la Sociedad Paraguaya de Geriatria y Gerontología. Paraguay
- Felisa Acevedo, Responsable del Departamento de Servicios Sociales. Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay.
- Geza Stari, Director Social. Banco de Previsión Social. Uruguay.

Coordinación Técnica

- Silvia Gascón, Coordinadora Técnica (Argentina).
- Mónica Sequeira, Apoyo a la coordinación técnica (Argentina).

Asistencia Técnica a la Dirección del Proyecto

- Antonio Jiménez Lara, Consultor principal (España).
- Martha Quezada García, Consultora asociada (España).

Secretarios de actas

- Sergio Gallardo Vera (Chile).
- Nora Sarda (Argentina).
- Mónica Sequeira (Argentina).

2. Relación de asistentes a las reuniones técnicas celebradas durante 2006

Reunión de Arranque. Buenos Aires (Argentina), 31 de mayo y 1 de junio de 2006

- José Carlos Baura Ortega, Director del Proyecto
- Carlos Alberto Garavelli, Director del Centro de Acción Regional de la OISS para el Cono Sur en Buenos Aires.
- Silvia Gascón, Coordinadora Técnica del Proyecto.
- Hugo Cifuentes Lillo, Director de la Delegación Nacional de la OISS en Chile.
- Baldur Schubert, Representante de la OISS en Brasil.
- Alberto Lucio Di Benedetto, designado por la OISS para coordinar tareas en Paraguay.
- Paola Vesvessian, Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
- Mónica Roqué, Directora Nacional de Políticas para el Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
- Adriana Fassio, Dirección Nacional de Políticas para el Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
- Jorge Di Paola, Dirección Nacional de Políticas del Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
- Javier Goñi, Gerente de Promoción Social y Comunitaria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina.
- Laura Amaral, Gerencia de Promoción Social y Comunitaria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina.

- Estela Altaf, Gerencia de Promoción Social y Comunitaria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina.
- M. Alejandra Arlegui, Gerencia de Promoción Social y Comunitaria del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina.
- Jurilza María Barros de Mendonça, Secretaria Ejecutiva. Consejo Nacional de Derechos de las Personas Mayores (CNDI). Brasil.
- Patricia Souza de Marco, Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre. Brasil.
- Paula Forttes Valdivia, Directora Nacional del Servicio del Adulto Mayor. Chile.
- Rafael del Campo Mullins, Director Nacional del Instituto de Normalización Previsional. Chile.
- Carlos Vidal Cabral Núñez, Director de Jubilaciones. Instituto de Previsión Social. Paraguay.
- Felisa Acevedo, Responsable del Departamento de Servicios Sociales. Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay.
- Eugenia de Marco, Directora del Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública. Uruguay.
- Geza Stari, Director Social. Banco de Previsión Social. Uruguay.
- Leticia Pugliese, Socióloga, Asesoría en Políticas de Seguridad Social dependiente de la AGSS. Banco de Previsión Social. Uruguay.

Secretaria de Actas

- Nora Sarda, OISS. Argentina.

Segunda Reunión Técnica. Santiago (Chile), 21 y 22 de septiembre de 2006

- José Carlos Baura Ortega, Director del Proyecto
- Carlos Alberto Garavelli, Director del Centro de Acción Regional de la OISS para el Cono Sur en Buenos Aires.
- Silvia Gascón, Coordinadora Técnica del Proyecto.
- Hugo Cifuentes Lillo, Director de la Delegación Nacional de la OISS en Chile.
- Baldur Schubert, Representante de la OISS en Brasil.
- Alberto Lucio Di Benedetto, designado por la OISS para coordinar tareas en Paraguay.
- Mónica Roqué, Directora Nacional de Políticas para el Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
- Jurilza María Barros de Mendonça, Secretaria Ejecutiva. Consejo Nacional de Derechos de las Personas Mayores (CNDI). Brasil.
- Patricia Souza de Marco, Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre. Brasil.
- Lissette Garcia, Subsecretaria de Previsión del Ministerio de Trabajo. Chile.

- Paula Forttes Valdivia, Directora Nacional del Servicio del Adulto Mayor. Chile.
- Rafael del Campo Mullins, Director Nacional del Instituto de Normalización Previsional. Chile.
- Pamela Acevedo, Asesora del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile.
- María Cristina Rojo Bahamonde, Asesora del Director Nacional del Instituto de Normalización Previsional. Chile.
- José Valladares Venegas, Jefe de División de Programas y Beneficios Sociales del Instituto de Normalización Previsional. Chile.
- Carlos Vidal Cabral Núñez, Director de Jubilaciones. Instituto de Previsión Social. Paraguay.
- Palmira Soto Torres, Jefa Departamento de Adultos Mayores. Instituto de Bienestar Social. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay.
- Eugenia de Marco, Directora del Programa Nacional del Adulto Mayor. Ministerio de Salud Pública. Uruguay
- Leticia Pugliese, Socióloga, Asesoría en Políticas de Seguridad Social dependiente de la AGSS. Banco de Previsión Social. Uruguay.

Secretarios de Actas

- Sergio Gallardo Vera, Apoyo técnico. Chile.
- Mónica Sequeira, Fundación ISALUD. Argentina.

Tercera Reunión Técnica. Santiago (Chile), 28 y 29 de noviembre de 2006

- José Carlos Baura Ortega, Director del Proyecto
- Carlos Alberto Garavelli, Director del Centro de Acción Regional de la OISS para el Cono Sur en Buenos Aires.
- Hugo Cifuentes Lillo, Director de la Delegación Nacional de la OISS en Chile.
- Baldur Schubert, Representante de la OISS en Brasil.
- Alberto Lucio Di Benedetto, designado por la OISS para coordinar tareas en Paraguay.
- Adriana Fassio, Coordinación Técnica General de la Dirección Nacional de Políticas para el Adulto Mayor. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina.
- Patricia Souza De Marco, Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre. Brasil.
- Valdir Simão, Presidente del Instituto Nacional del Seguro Social. Brasil.
- Alba Maria Abigalis, Secretaría Ejecutiva del Consejo Nacional de Derechos de las Personas Mayores (CNDI). Brasil.
- Paula Forttes Valdivia, Directora Nacional del Servicio del Adulto Mayor. Chile.
- Christian Klenner, Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile.
- Rafael del Campo Mullins, Director Nacional del Instituto de Normalización Previsional. Chile.

- María Cristina Rojo Bahamonde, Asesora del Director Nacional del Instituto de Normalización Previsional. Chile.
- José Valladares Venegas, Jefe de División de Programas y Beneficios Sociales del Instituto de Normalización Previsional. Chile.
- Carlos Vidal Cabral Núñez, Director de Jubilaciones. Instituto de Previsión Social. Paraguay.
- Edgar Aguilera, Presidente de la Sociedad Paraguaya de Geriátrica y Gerontología. Paraguay
- Leticia Pugliese, Socióloga, Asesoría en Políticas de Seguridad Social dependiente de la AGSS. Banco de Previsión Social. Uruguay.

Secretarios de Actas

- Sergio Gallardo Vera, Apoyo técnico. Chile.
- Mónica Sequeira, Fundación ISALUD. Argentina.