

**Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos**



**Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los países del Cono Sur**

**Argentina**



**Brasil**



**Chile**



**Paraguay**



**Uruguay**





***Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia  
y Servicios Sociales en los países iberoamericanos***

# **Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los países del Cono Sur**

## Contenidos

1. INTRODUCCIÓN .....	4
1.1. Estructura y contenidos.....	5
<b>PRIMERA PARTE: LA SEGURIDAD ECONÓMICA DE LOS ADULTOS MAYORES.....</b>	<b>10</b>
1. ARGENTINA .....	11
1.1. Ingresos de los adultos mayores .....	11
1.2. El consumo de los adultos mayores .....	12
1.3. Situaciones de pobreza .....	13
1.4. Pensiones.....	15
1.5. Actividad laboral .....	18
1.6. Situación patrimonial y ahorros.....	18
1.7. Red familiar externa .....	18
1.8. Experiencias y ejemplos de buena práctica .....	20
2. BRASIL.....	21
2.1. Ingreso de los adultos mayores.....	21
2.2. Consumo de los adultos mayores .....	22
2.3. Jubilación por Edad.....	22
2.4. Cobertura Previsional.....	24
3. CHILE .....	24
3.1. Ingreso de los adultos mayores.....	24
3.2. Consumo de los adultos mayores .....	25
3.3. Pobreza .....	26
3.4. Pensiones.....	31
3.5. Reformas del sistema previsional con incidencia en la seguridad económica de los adultos mayores .....	34
3.6. Trabajo de las Personas Mayores.....	38
3.7. Ahorro de los adultos mayores.....	44
3.8. Redes de apoyo .....	45
3.9. Anexo: Estadísticas del sistema previsional chileno.....	45
4. URUGUAY .....	57
4.1. Jubilaciones y Pensiones .....	57
4.2. Ingreso de los adultos mayores.....	58
4.3. Distribución de la pobreza .....	58
4.4. Actividad económica de los adultos mayores.....	60
4.5. Reformas del sistema previsional .....	61
4.6. Estudios sobre la situación económica de los adultos mayores .....	62
<b>SEGUNDA PARTE: LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES .....</b>	<b>64</b>
1. ARGENTINA .....	65
1.1. Perfil de salud los adultos mayores.....	65
1.2. Acceso y uso de los servicios de salud.....	68
1.3. Planes de Salud .....	72
1.4. Experiencias y ejemplos de buena práctica .....	78
2. BRASIL.....	80
2.1. Perfil de salud los adultos mayores.....	80
2.2. Acceso y uso de los servicios de salud.....	83

2.3. Planes, programas y actuaciones en el ámbito de la salud dirigidos a los adultos mayores .....	84
3. CHILE .....	87
3.1. Perfil de salud los adultos mayores.....	87
3.2. Condiciones de discapacidad de los Adultos Mayores.....	90
3.3. Acceso y uso de los servicios de salud por parte de los Adultos Mayores .....	91
3.4. Planes, programas y actuaciones en el ámbito de la salud dirigidos a los Adultos Mayores. ....	94
3.5. Actuaciones para la formación de recursos humanos especializados en la atención de adultos mayores.....	106
3.6. Estudios reciente sobre la salud de los adultos mayores .....	108
3.7. Reformas al sistema de salud con incidencia en los adultos mayores.....	114
3.8. Experiencias y ejemplos de buena práctica .....	114
4. URUGUAY .....	115
4.1. Perfil de salud los adultos mayores.....	115
4.2. Acceso y uso de los servicios de salud.....	121
<b>TERCERA PARTE: ATENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA .....</b>	<b>129</b>
1. ARGENTINA .....	130
1.1. Prevalencia de las situaciones de dependencia .....	130
2. BRASIL.....	131
2.1. Prevalencia de las situaciones de dependencia .....	131
2.2. Actividades en los ámbitos de la salud y/o de los servicios sociales dirigidos a asegurar cuidados de larga duración .....	132
2.3. Cooperación Técnica en el ámbito de la atención a la dependencia .....	135
2.4. Recursos para la atención a personas dependientes.....	136
3. CHILE .....	137
3.1. Una aproximación a la cuantificación de las situaciones de dependencia a partir de la ENDIS-CIF 2004 .....	137
3.2. Datos sobre dependencia en la Encuesta de Protección Social .....	140
3.3. Programas en los ámbitos de la salud y/o de los servicios sociales dirigidos a asegurar cuidados de larga duración a las personas dependientes .....	141
3.4. Programas de atención a las personas en situación de dependencia. ....	144
3.5. Experiencias y ejemplos de buena práctica .....	145
4. URUGUAY .....	146
4.1. Aproximación a la prevalencia de las situaciones de dependencia .....	146
4.2. Provisión de cuidados a las personas en situación de dependencia.....	147
4.3. Iniciativas en materia de atención a las personas en situación de dependencia .....	150
4.4. Experiencias y ejemplos de buena práctica .....	151
<b>CUARTA PARTE: LA PARTICIPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES .....</b>	<b>152</b>
1. ARGENTINA .....	153
1.1. El voluntariado en los mayores .....	153
1.2. Organizaciones de adultos mayores .....	154
1.3. Estudios sobre la participación de adultos mayores y sus organizaciones.....	155

2. CHILE .....	156
2.1. El asociacionismo en los adultos mayores.....	156
2.2. Organizaciones de adultos mayores .....	156
2.3. Instrumentos para el fomento de la participación y el asociacionismo de los adultos mayores .....	158
3. URUGUAY .....	159
3.1. El asociacionismo en los adultos mayores.....	159
3.2. Organizaciones de adultos mayores .....	161
3.3. Políticas y programas dirigidos a promover la participación y la vida asociativa de las personas mayores .....	161
3.4. Participación de los adultos mayores en la definición de las políticas y programas que les afectan .....	162
3.5. Estudios sobre participación de los adultos mayores en Uruguay .....	164

# 1. INTRODUCCIÓN

Este documento de trabajo se enmarca en el proyecto sobre **Adultos Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos**, en cuya primera fase (Cono Sur) participan destacadas instituciones de Argentina, Brasil, Chile, Uruguay y Paraguay<sup>1</sup>. El proyecto, que cuenta con la gestión y dirección de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social y la colaboración del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) de España, ha extendido sus actuaciones, en una segunda fase, a Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México.

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 iberoamericanos 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.

Durante 2006, la agenda del trabajo del proyecto se centró en la elaboración de un informe sobre la situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur, en el que se recogen los primeros resultados del proceso de

---

<sup>1</sup> Las instituciones participantes en la primera fase (Cono Sur) del 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).
- Ministerio de Salud. (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).

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 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.

Durante 2007, los países del Cono Sur han profundizado, en el marco del proyecto, en cuatro temas, que se han considerado prioritarios para la calidad de vida de los adultos mayores: la seguridad económica, la salud, la atención a las situaciones de dependencia y la participación. Este documento recoge los resultados de ese trabajo.

La información incorporada en este documento se ha obtenido a partir de una serie de cuestionarios que han sido respondidos por las instituciones responsables en cada uno de los países. Dicha información, enriquecida con datos provenientes de diversas fuentes secundarias, estudios e investigaciones existentes en cada país y del propio conocimiento de directivos y profesionales, ha sido consolidada por el equipo de Dirección del proyecto. 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.

## 1.1. Estructura y contenidos

Este documento se estructura en cuatro partes:

- **Seguridad económica de los adultos mayores.**

El logro de la seguridad económica es uno de los principales retos de la política de mayores.

La seguridad económica se define 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.

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 los sistemas de seguridad social, el trabajo generador de ingresos, los ahorros (activos físicos y financieros) y las redes de apoyo, principalmente las familiares.

Las aportaciones de los países participantes en el proyecto se centran en:

- Profundizar en el conocimiento de la situación económica de los adultos mayores en cada uno de los países, incorporando en los diagnósticos nacionales una información más detallada y precisa sobre los ingresos de los adultos mayores por pensiones y por trabajo, su situación patrimonial y la influencia de las redes de apoyo en la seguridad económica.
- Avanzar en la definición de criterios de medición de la pobreza en los adultos mayores, 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.
- Intercambiar experiencias e identificar ejemplos de buena práctica, con el objetivo de definir posibles líneas de trabajo y actuaciones concretas para mejorar la seguridad económica de los adultos mayores en los países del Cono Sur.

## • **Salud de los adultos mayores.**

La salud es, junto con la seguridad económica, una de las mayores preocupaciones de los adultos mayores.

La calidad de vida de las personas adultas mayores está relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de condiciones que les 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.

La OMS define la salud como "un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedad o dolencia". Atender todos los aspectos que hacen que la vida de un adulto mayor sea saludable significará importantes retos. Uno de los puntos críticos es lograr que la población mayor tenga cobertura de salud integral, servicios de clínica y de salud mental. Los adultos mayores, junto con los adolescentes y las personas que viven en zonas aisladas son los que pueden sufrir de una forma más acusada la falta permanente de acceso a los cuidados de salud.

La mejora de la salud de los adultos mayores requiere de la formulación de políticas específicas de salud para este grupo etario, programas de atención sociosanitaria y servicios médicos que atiendan las condiciones crónicas que acompañan la longevidad. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que la salud de los adultos mayores no depende únicamente de factores médicos y de la capacidad de resolución del sistema sanitario, sino que también está



influida por múltiples factores socioeconómicos y ambientales, como el desempleo, el ingreso, la educación, las pautas y estilos de vida, los determinantes medio ambientales, etc. Esto implica que también es posible incidir en la salud a través de políticas de ingreso o educativas, y no solo a través de cambios en los sistemas sanitarios.

El estado de salud de la persona mayor es el resultante de las interacciones multidimensionales entre la salud física, la salud mental, la independencia en la vida cotidiana, la integración social, el apoyo familiar y la independencia económica. Si se compromete alguna de esas dimensiones, la capacidad funcional del mayor puede verse afectada.

Los gastos de atención de la salud son, junto con las pensiones, el componente más importante de las transferencias hacia los adultos mayores. Conocer el nivel de estos gastos y su proyección en el futuro próximo es de vital importancia para un diseño adecuado de las políticas de salud y para evaluar las fortalezas y debilidades de los programas de seguridad social.

En circunstancias en que los recursos son escasos y las prioridades muy numerosas, es preciso decidir por dónde comenzar y cuáles son las medidas de menor costo y mayor impacto en función de los beneficios. Los desafíos en materia de salud son enormes: terminar de sanear el medio ambiente y derrotar definitivamente las enfermedades infecciosas y, al mismo tiempo, desarrollar un sistema de promoción de la salud y de asistencia médica que atienda a las necesidades de una población creciente de personas mayores afectadas por problemas crónicos que requieren procedimientos caros y especializados, y cuyo estado puede agravarse debido a las discapacidades asociadas con la enfermedad de base.

El aumento de la expectativa de vida producirá un crecimiento importante de la demanda de servicios de salud, que hará necesario incrementar la cobertura y calidad de los servicios que actualmente se prestan. Esto nos propone el desafío de cómo enfrentar esa mayor demanda en un contexto de escasez de financiamiento. Esta preocupación ha sido central en muchos de los debates sobre la reformas de los sistemas de salud, que han de ser capaces de conciliar aumentos de eficacia y eficiencia en la asignación de recursos con mejoras en materia de solidaridad y equidad en los servicios. Partimos de una situación bastante inequitativa en términos de acceso a servicios de salud y lo más probable es que, si no se adoptan medidas decididas, este estado de cosas tienda a perpetuarse o a empeorar, con un impacto especialmente negativo en los adultos mayores.

Las aportaciones en relación con este tema se centran en los siguientes aspectos:

- Profundizar en el conocimiento de la situación de salud de los adultos mayores en cada uno de los países, incorporando en los diagnósticos nacionales una información más detallada y precisa sobre las demandas de salud de los mayores, los dispositivos de atención, la cobertura de los sistemas de salud y las necesidades insatisfechas.
- Avanzar en la identificación de buenas prácticas y en la definición de criterios de actuación en relación con la prevención de la salud, la promoción de hábitos de vida saludable, atención y seguimiento a personas con factores de riesgo, y acceso a la salud de los adultos mayores.

- Identificar líneas de trabajo y proponer actuaciones concretas para mejorar la salud de los adultos mayores en los países del Cono Sur.

- **Atención a las situaciones de dependencia.**

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.

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.

En elemento clave para impulsar ese debate sería la realización de un diagnóstico exhaustivo de la situación de las personas dependientes y la elaboración, sobre la base de los hallazgos de ese diagnóstico, de un "Libro blanco", 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.

Las aportaciones en relación con este tema se centran en los siguientes aspectos:

- Profundizar en el conocimiento de las situaciones de dependencia que afectan a los adultos mayores en cada uno de los países, la forma en que se están afrontando esas situaciones, los recursos e iniciativas existentes y las necesidades no cubiertas.
- Avanzar en la identificación de buenas prácticas y en la definición de criterios de actuación en relación con la atención de las situaciones de dependencia.

- Identificar enfoques, elementos, líneas de trabajo y actuaciones concretas para promover la adopción de una estrategia destinada a dar respuesta a los retos que plantea el incremento de las situaciones de dependencia.

### • **Participación de los adultos mayores.**

La participación de los adultos mayores en la vida social y comunitaria, directamente y a través de asociaciones y otro tipo de organizaciones, es un aspecto esencial, que ha sido incluido como uno de los temas de profundización del proyecto "Personas mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos" a propuesta del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) de Chile.

Las aportaciones en relación con este tema se centran en los siguientes aspectos:

- Profundizar en el conocimiento del nivel de asociacionismo y de participación social de los adultos mayores, así como de las barreras y dificultades que condicionan el desarrollo del movimiento asociativo de los adultos mayores.
- Recopilar y analizar los datos existentes sobre las organizaciones de adultos mayores, su implantación territorial, sus equipamientos y su actuación.
- Identificar los programas y actuaciones dirigidos a la promoción de la participación y el desarrollo del movimiento asociativo de los adultos mayores.
- Conocer las iniciativas que se están llevando a cabo para garantizar la participación de los adultos mayores en la formulación de las políticas y programas que les afectan.

Los datos y aportes que se recogen en este documento, facilitados por las instituciones participantes en el Proyecto sobre Adultos Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos de Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, complementan y actualizan los recogidos en el informe "Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico", elaborado en el marco del proyecto "Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos" durante el año 2006.



*Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia  
y Servicios Sociales en los países iberoamericanos*

# **PRIMERA PARTE: LA SEGURIDAD ECONÓMICA DE LOS ADULTOS MAYORES**

# 1. ARGENTINA

## 1.1. Ingresos de los adultos mayores

Según el Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de los Programas Sociales (SIEMPRO) con base en la Encuesta Permanente de Hogares, en el año 2006 el ingreso per cápita mensual promedio de la población de 60 años y más se situaba en 664 pesos argentinos. Al considerar la fuente del mismo, se observan ingresos mayores entre los que mantienen actividad laboral junto con ingresos por jubilación.

La distribución del ingreso per cápita promedio del hogar por género de las personas mayores de 60 años muestra que los hogares en los que residen varones de 60 años o más mantienen un ingreso promedio ligeramente más alto que aquellos en los que residen mujeres de 60 o más años, y que esto ocurre sobre todo cuando los ingresos del hogar provienen de la actividad laboral de alguno de sus miembros combinada con la percepción de jubilaciones o pensiones o con otros tipos de ingresos, aunque la situación se invierte cuando los ingresos provienen exclusivamente de la actividad laboral, exclusivamente de jubilación o pensión, o de jubilación o pensión y otras fuentes diferentes a la actividad laboral.

Argentina. Ingreso per cápita mensual medio del hogar según fuente de ingresos, por sexo. Personas de 60 años y más. Total del país. Segundo semestre 2006. (IPCF* medio)							
Sexo	Fuentes de Ingreso						Total
	Sólo por actividad laboral	Sólo de jubilación o pensión	Laboral más jubilación o pensión	Jubilación o pensión más otros ingresos	Laboral más otros ingresos	Otras combinaciones	
Hombres	720	575	1.128	802	1.022	474	679
Mujeres	752	603	942	888	664	458	652
<b>Total</b>	<b>731</b>	<b>592</b>	<b>1.047</b>	<b>851</b>	<b>854</b>	<b>463</b>	<b>664</b>

Fuente: SIEMPRO, en base a EPH-INDEC (segundo semestre de 2006)

\*Ingreso Per Cápita Familiar

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) es un programa nacional que tiene por objeto relevar las características sociodemográficas y socioeconómicas de la población y se aplica en aglomerados urbanos.

La principal fuente de ingresos para la población de 60 años y más es la jubilación o pensión. El 61,2% de los adultos mayores percibe ingreso por esta vía, el 20,4% recibe ingresos por actividad laboral, un 6,5% por trabajo asalariado y jubilación, un 5,9% por jubilación o pensión junto con otros ingresos y el 4,2% percibe ingresos por otras combinaciones.

Argentina. Personas de 60 años y más según fuente de ingresos (%). Total del país. Segundo semestre de 2006.						
Sólo por actividad laboral	Sólo de jubilación o pensión	Laboral más jubilación o pensión	Jubilación o pensión más otros ingresos	Laboral más otros ingresos	Otras combinaciones	Total
20,4%	61,2%	6,5%	5,9%	1,8%	4,2%	100,0%

Fuente: SIEMPRO, en base a EPH-INDEC (segundo semestre de 2006)

Al considerar la distribución por quintil de ingreso se observan diferencias importantes. Así, se aprecia que el último quintil presenta un ingreso mensual promedio tres veces mayor que el ingreso medio total y más de diez veces mayor

que el ingreso promedio en el quintil de ingresos más bajos. Mientras que el 20% de los hogares con menores

Argentina. Personas de 60 años y más: ingreso per cápita medio del hogar según quintil de IPCF. Total del país. Segundo semestre de 2006.		
Quintiles de IPCF	IPCF medio mensual del hogar (\$corrientes)	Porcentaje del ingreso total que corresponde a cada quintil
1	145	4,0
2	303	8,4
3	482	13,4
4	755	21,0
5	1.904	53,1
<b>Total</b>	<b>664</b>	<b>100,0</b>

Fuente: SIEMPRO, en base a EPH-INDEC (segundo semestre de 2006)

## 1.2. El consumo de los adultos mayores

A continuación se presentan las estructuras de gastos de diferentes tipos de hogares en Argentina. Se observa que el gasto en salud tiene más participación en los hogares "nucleares sin hijos", que son aquellos en los cuales es mayor el promedio de adultos de 65 años y más.

Argentina. Distribución del gasto de consumo de los hogares por tipo de hogar y finalidad del gasto. Total del país. Año 2004/2005.					
Finalidad del gasto	Total país	Tipo de hogar			
		Unipersonal	Nuclear sin hijos	Nuclear con hijos	Extendido
Alimentos y bebidas	33,4	29,4	30,4	33,6	37,0
Indumentaria y calzado	8,3	8,0	6,5	8,8	8,2
Propiedades, combustibles, agua y energía	10,8	15,8	12,0	9,8	10,5
Equipamiento y mantenimiento del hogar	7,2	7,9	7,8	7,2	6,3
Salud	7,6	9,5	12,1	6,3	7,7
Transporte y comunicaciones	15,2	12,4	15,7	15,9	14,1
Esparcimiento	8,2	9,4	8,9	8,3	7,0
Enseñanza	3,1	1,8	1,1	3,9	2,7
Bienes y servicios varios	6,1	5,8	5,5	6,1	6,6
Total gasto de consumo	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: INDEC, Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2004/2005

Argentina. Características de los hogares por tipo de hogar. Total del país. Año 2004/2005.					
Finalidad del gasto	Total país	Tipo de hogar			
		Unipersonal	Nuclear sin hijos	Nuclear con hijos	Extendido
Porcentaje sobre el total de hogares	100,00	14,94	13,57	53,01	18,48
<b>Indicadores promedio</b>					
Miembros por hogar	3,40	1,00	2,00	4,00	4,69
Menores de 14 años por hogar	0,90	0,00	0,00	1,29	1,17
Adultos de 65 años y más por hogar	0,35	0,45	0,82	0,12	0,58
Perceptores de ingreso en el hogar	1,81	0,99	1,56	1,86	2,54
Activos por hogar	1,60	0,55	1,07	1,85	2,13
Miembros por cuarto de uso exclusivo por hogar	1,30	0,51	0,80	1,54	1,59
Edad del jefe del hogar	50	58	58	45	52
Adultos equivalentes por hogar	2,72	0,80	1,61	3,21	3,69

Nota: el tipo de hogar clasifica a los hogares según su composición y las relaciones de parentesco que existen entre sus miembros de acuerdo a los siguientes grupos:

Unipersonal: hogares formados por un solo miembro.

Nuclear sin hijos: hogares constituidos únicamente por el jefe y su cónyuge o pareja.

Nuclear con hijos: hogares constituidos por el jefe, su cónyuge o pareja y sus hijos o hijastros, o por el jefe y sus hijos o hijastros.

Extendido: hogares en los que reside al menos una persona que no tiene relación conyugal ni filial con el jefe del hogar.

Fuente: INDEC, Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2004/2005

### 1.3. Situaciones de pobreza

Los datos sobre situaciones de pobreza en la población argentina que proporciona la Encuesta Permanente de Hogares muestran que la proporción de personas pobres e indigentes disminuye con la edad. Mientras que el 39,7% de los menores de 13 años vive en hogares cuyo ingreso per cápita medio está por debajo de la línea de pobreza, esa proporción es del 35,9% para las personas de entre 14 y 22 años, disminuye hasta el 20,7% en el caso de las personas de entre 23 y 64 años y se reduce hasta el 11,8% para los que tienen 65 años o más.

Argentina. Población total según condición de pobreza, sexo y grupos de edad. Total de 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2006					
Sexo y condición de pobreza	Grupos de edad				
	Total	0 a 13 años	14 a 22 años	23 a 64 años	65 años y más
<b>Varones (en miles, 100%)</b>	<b>11.389</b>	<b>2.873</b>	<b>1.893</b>	<b>5.631</b>	<b>992</b>
No pobre	72,8	60,3	64,1	79,3	88,2
Pobre	27,2	39,7	35,9	20,7	11,8
Pobre no indigente	18,3	25,1	23,8	14,7	8,3
Pobre indigente	8,9	14,6	12,1	5,9	3,5
<b>Mujeres (en miles, 100%)</b>	<b>12.619</b>	<b>2.756</b>	<b>1.961</b>	<b>6.421</b>	<b>1.481</b>
No pobre	73,5	58,7	66,2	78,4	89,6
Pobre	26,5	41,3	33,8	21,6	10,4
Pobre no indigente	18,1	27,3	23,6	14,9	7,4
Pobre indigente	8,4	14,0	10,3	6,7	3,0
<b>Total (en miles, 100%)</b>	<b>24.008</b>	<b>5.630</b>	<b>3.854</b>	<b>12.051</b>	<b>2.473</b>
No pobre	73,1	59,5	65,2	78,8	89,0
Pobre	26,9	40,5	34,8	21,2	11,0
Pobre no indigente	18,2	26,2	23,7	14,8	7,8
Pobre indigente	8,7	14,3	11,2	6,4	3,2

Fuente: INDEC, Encuesta Permanente de Hogares, segundo semestre de 2006.

En cuanto a la población de 60 años y más, la Encuesta Permanente de Hogares calcula que para el segundo semestre del año 2006 el porcentaje de personas en situación de pobreza ascendía al 12,7 por ciento, de los cuales un 4% se encontraba en condiciones de pobreza extrema. Al considerar los porcentajes de pobreza según el grupo etario se observa una disminución progresiva según aumenta la edad. Así, mientras el porcentaje de personas de 60 a 64 en situación de pobreza es de 19,4%, el de la población de 80 años y más se reduce hasta el 8,4%. Esta pauta se observa también para las cifras referidas a la indigencia.

Argentina- Personas de 60 años y más según sexo y condición de pobreza. Total del país. Segundo semestre de 2006.				
Sexo	Grupos de edad	Pobres	No Pobres	Total
Varones	60 a 64 años	19,4%	80,6%	100,0%
	65 a 69 años	14,1%	85,9%	100,0%
	70 a 74 años	12,5%	87,5%	100,0%
	75 a 79 años	10,0%	90,0%	100,0%
	80 años y más	8,4%	91,6%	100,0%
	<b>Total</b>		<b>14,1%</b>	<b>85,9%</b>
Mujeres	60 a 64 años	15,8%	84,2%	100,0%
	65 a 69 años	13,8%	86,2%	100,0%
	70 a 74 años	10,3%	89,7%	100,0%
	75 a 79 años	7,5%	92,5%	100,0%
	80 años y más	8,5%	91,5%	100,0%
	<b>Total</b>		<b>11,8%</b>	<b>88,2%</b>
Total	60 a 64 años	17,4%	82,6%	100,0%
	65 a 69 años	13,9%	86,1%	100,0%
	70 a 74 años	11,2%	88,8%	100,0%
	75 a 79 años	8,5%	91,5%	100,0%
	80 años y más	8,5%	91,5%	100,0%
	<b>Total</b>		<b>12,7%</b>	<b>87,3%</b>

Argentina. Personas de 60 años y más según sexo y condición de indigencia. Total del país. Segundo semestre 2006.				
Sexo	Grupos de edad	Indigentes	No indigentes	Total
Varones	60 a 64 años	7,2%	92,8%	100,0%
	65 a 69 años	3,8%	96,2%	100,0%
	70 a 74 años	4,5%	95,5%	100,0%
	75 a 79 años	3,1%	96,9%	100,0%
	80 años y más	0,9%	99,1%	100,0%
	<b>Total</b>		<b>4,5%</b>	<b>95,5%</b>
Mujeres	60 a 64 años	5,8%	94,2%	100,0%
	65 a 69 años	3,6%	96,4%	100,0%
	70 a 74 años	2,9%	97,1%	100,0%
	75 a 79 años	2,2%	97,8%	100,0%
	80 años y más	2,8%	97,2%	100,0%
	<b>Total</b>		<b>3,7%</b>	<b>96,3%</b>
Total	60 a 64 años	6,4%	93,6%	100,0%
	65 a 69 años	3,7%	96,3%	100,0%
	70 a 74 años	3,6%	96,4%	100,0%
	75 a 79 años	2,6%	97,4%	100,0%
	80 años y más	2,2%	97,8%	100,0%
	<b>Total</b>		<b>4,0%</b>	<b>96,0%</b>

Fuente: SIEMPRO, en base a EPH- INDEC (segundo semestre de 2006)

### Metodología

El cálculo de los hogares y personas bajo la Línea de Pobreza (LP) se elabora sobre la base de los datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). A partir de los ingresos de los hogares se establece si éstos tienen capacidad de satisfacer, por medio de la compra de bienes y servicios, un conjunto de necesidades alimentarias y no alimentarias consideradas esenciales. El procedimiento parte de utilizar una Canasta Básica de Alimentos (CBA) y ampliarla con la inclusión de bienes y servicios no alimentarios (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.) con el fin de obtener el valor de la Canasta Básica Total (CBT).

Para calcular la incidencia de la pobreza se analiza la proporción de hogares cuyo ingreso no supera el valor de la CBT; para el caso de la indigencia, la proporción cuyo ingreso no superan la CBA.



El procedimiento consiste en calcular los ingresos mensuales de cada uno de los hogares relevados a través de la EPH, y compararlos luego con la CBA y la CBT correspondientes a cada hogar, teniendo en cuenta su composición en términos de adultos equivalentes, es decir, considerando los valores "equivalentes" de todos sus miembros. Para determinar el costo de la CBA y la CBT correspondientes a cada hogar, se utiliza una tabla de equivalencias que permite calcular las unidades consumidoras en términos del adulto equivalente dentro de cada hogar.

El enfoque utilizado no toma en cuenta efectos como la disminución proporcional del gasto en ciertos rubros a medida que aumenta el número de miembros del hogar (componentes del gasto con economías de escala); ni tampoco contempla que algunos tipos de gastos son originados principalmente por personas con ciertas características también llamadas equivalencias de consumo (por ejemplo, gastos escolares entre la población con edad de asistir a la escuela primaria, o concentración de los gastos de salud en la población de mayor edad). Esto podría estar subestimando la pobreza en los hogares en los que viven personas mayores, pues entre estos hay una mayor proporción de hogares de reducida dimensión, que no pueden beneficiarse de las economías de escala.

## 1.4. Pensiones

De acuerdo con los datos de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, en julio del 2007 el número de personas de 60 años y más que perciben pensiones no contributivas asciende a 254.250. Más de la mitad son mujeres, 161.016 frente a 93.234 varones. Por tipo de pensión, las de vejez ocupan el primer lugar por orden de importancia (93.648 personas), le siguen las graciabiles con 73.971 y las de invalidez con 68.265 personas.

Argentina- Personas 60 años y más años según percepción de pensiones no contributivas. Total del país. Año 2007.							
Sexo	Edad	Tipo de pensión no contributiva					Total General
		Leyes Especiales	Graciabiles	Invalidez	Madres	Vejez	
Varones	60-64	58	3.831	10.877	17	23	14.806
	65-69	43	4.288	10.686	6	74	15.097
	70-74	54	4.434	6.247	8	12.257	23.000
	75-79	42	4.095	2.103	4	15.373	21.617
	80 y más	110	4.017	895	6	13.686	18.714
	<b>Total</b>		<b>307</b>	<b>20.665</b>	<b>30.808</b>	<b>41</b>	<b>41.413</b>
Mujeres	60-64	261	9.718	11.991	7.852	27	29.849
	65-69	153	10.709	12.205	4.362	73	27.502
	70-74	112	11.242	7.704	2.511	12.682	34.251
	75-79	120	10.060	3.595	1.418	17.319	32.512
	80 y más	268	11.577	1.962	961	22.134	36.902
	<b>Total</b>		<b>914</b>	<b>53.306</b>	<b>37.457</b>	<b>17.104</b>	<b>52.235</b>
Total	60-64	319	13.549	22.868	7.869	50	44.655
	65-69	196	14.997	22.891	4.368	147	42.599
	70-74	166	15.676	13.951	2.519	24.939	57.251
	75-79	162	14.155	5.698	1.422	32.692	54.129
	80 y más	378	15.594	2.857	967	35.820	55.616
	<b>Total</b>		<b>1.221</b>	<b>73.971</b>	<b>68.265</b>	<b>17.145</b>	<b>93.648</b>

Fuente: Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, julio 2007

Según se detalla en los cuadros siguientes, según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001, el 73% de los adultos mayores varones de 65 años y más años y el 60% de las mujeres de 60 años y más años contaba con una jubilación o pensión (la edad de jubilación es de 65 años para los varones y de

60 años para las mujeres). A medida que avanza la edad, la proporción de mayores que percibe este ingreso por jubilación o pensión aumenta, superando el 85% en los varones y alcanzando al 77% en las mujeres a partir de los 75 años.

Argentina. Personas de 60 años y más por percepción de jubilación o pensiones nacionales, según sexo y grupos de edad. Total del país. Año 2001.					
Grupos de edad	Varones	Percepción de jubilación o pensión			
		Percibe jubilación o pensión	%	No percibe jubilación ni pensión	%
<b>Varones</b>					
65-74	921.970	595.395	65%	326.575	35%
75-79	289.055	249.140	86%	39.915	14%
80 y más	245.867	221.794	90%	24.073	10%
<b>Total</b>	<b>1.456.892</b>	<b>1.066.329</b>	<b>73%</b>	<b>390.563</b>	<b>27%</b>
<b>Mujeres</b>					
60-64	687.078	230.660	34%	456.418	66%
65-74	1.184.343	689.478	58%	494.865	42%
75-79	438.840	338.259	77%	100.581	23%
80 y más	507.545	434.411	86%	73.134	14%
<b>Total</b>	<b>2.817.806</b>	<b>1.692.808</b>	<b>60%</b>	<b>1.124.998</b>	<b>40%</b>

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

A partir de la reforma provisional de los últimos dos años se han incorporado al sistema como beneficiarios de las jubilaciones contributivas 1,2 millones de personas mayores que no figuran en la tabla anterior, lo que eleva la cobertura a casi el 90%.

### 1.4.1. Gasto total anual en Pensiones Asistenciales

Las pensiones asistenciales se dirigen a aquellas personas en estado de vulnerabilidad social que se encuentren sin amparo previsional o no contributivo, no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporcionarle alimentos o que, teniéndolos se encuentren impedidos para poder hacerlo. Comprenden a la vez tres grupos:

- **Vejez:** Es un beneficio orientado a personas de 70 años o más. Se regula por la Ley N° 13.478 y su Decreto Reglamentario N° 582/03. El monto percibido es el equivalente al 70% del Haber Mínimo Previsional.
- **Madres de 7 o más hijos:** Es un beneficio dirigido a mujeres que son o hayan sido madres de 7 o más hijos nacidos vivos, propios o adoptados. Se regula por la Ley N° 23.746, Decreto Reglamentario N° 2360 /90. El monto percibido es el equivalente a un Haber Mínimo Previsional.
- **Invalidez:** Está dirigida a aquellas personas que presenten un porcentaje de incapacidad igual o mayor al 76 por ciento, comprobable por Certificado Médico Oficial de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales. Se regula mediante Ley N° 18.910, Decreto Reglamentario N° 432/97. El monto percibido es el equivalente al 70% del Haber Mínimo Previsional.

Según la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales en septiembre de 2007 el gasto anual en pensiones no contributivas asciende a 1.334.743.315 pesos. El 35,13% de este gasto está destinado a pensiones por vejez cuyo valor promedio mensual es de 417,34 pesos argentinos.

Argentina. Gasto anual de las pensiones no contributivas. Total del país. Septiembre de 2007		
Tipo de pensión	Valor mensual promedio	Gasto anual total \$
Especiales	997,25	\$ 14.611.707
Graciable	426,00	\$ 377.863.704
Invalidez	428,00	\$ 350.609.040
Madres	596,20	\$ 122.662.188
Vejez	417,34	\$ 468.996.676
<b>Total</b>	<b>437,48</b>	<b>\$ 1.334.743.315</b>

\*Cálculo sobre valor promedio de los beneficios por el total de los beneficiarios.  
 Fuente: Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, septiembre 2007

Argentina- Valor mínimo y promedio de las pensiones no contributivas. Total del país. Septiembre de 2007.		
Tipo de pensión	Valor mensual mínimo \$	Valor mensual promedio \$
Especiales	417,34	997,25
Graciable	8,99	426,00
Invalidez	417,34	428,00
Madres	596,20	596,20
Vejez	417,34	417,34

Fuente: Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales, septiembre 2007

### 1.4.2. Reformas del sistema provisional

La diversidad y la dinámica que caracterizan al sistema previsional hacen que sea aconsejable brindar mecanismos ágiles que permitan responder con rapidez a las diversas situaciones que la realidad presente. En este sentido, la Administración Nacional de la Seguridad Social ha dado sobradas muestras de agilidad, responsabilidad y equidad en las resoluciones que ha debido adoptar en y para la aplicación de la normativa vigente.

A través de la Ley N° 26.222 promulgada el 7 de marzo de 2007 se modifica en varios artículos de la Ley N° 24.241 que es la ley Nacional del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones promulgada en el año 1993 y a sus modificatorias, estableciendo importantes modificaciones, como el de la **libre opción** en el momento de incorporarse al sistema jubilatorio del Régimen de Capitalización o Régimen Previsional Público, dentro del plazo de 90 días. En caso de no ejercerse esta opción, se entenderá que la misma ha sido formalizada por el Régimen Previsional Público. Los afiliados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones podrán optar por cambiar el régimen al cual están afiliados una vez cada cinco (5) años.

Por esta ley las prestaciones de Retiro por Invalidez y Pensión por fallecimiento del Afiliado en Actividad serán financiadas por el Régimen Previsional Público. También se incorpora a la ley un nuevo texto referido al criterio general, permitido y limitado al fondo de jubilaciones y pensiones.

La norma reglamentaria y complementaria para hacer operativa la ley anterior se promulgó con el Decreto 313/2007.

### Mejoras en los haberes de las jubilaciones y pensiones:

La tendencia en los últimos años en la política fijada por el Poder Ejecutivo es la de producir una notable mejora en los haberes jubilatorios y de pensión que perciben los beneficiarios del sistema nacional.

En el último período de gobierno, el **haber mínimo se incrementó en un 353 %**. Para los haberes superiores al mínimo pero inferiores a \$ 1.000, el incremento experimentado alcanzó al 37,97 %, mientras que para los haberes superiores a \$ 1.000 el aumento fue del 25,43 %. (Fuente: ANSES).

De esta manera, el Poder Ejecutivo dictó diversos decretos, que posteriormente fueron todos ellos ratificados por el Poder Legislativo, incluyendo además la movilidad en la ley de presupuesto del año 2007.

## 1.5. Actividad laboral

Según datos de la Encuesta Permanente de Hogares del segundo semestre de 2006, de la población en edad jubilatoria (varones de 65 años y más y mujeres de 60 años y más) el 72% se encuentra inactiva, el 26% ocupada y el 2% desocupada.

## 1.6. Situación patrimonial y ahorros

De acuerdo con los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2001, más del 80% de los adultos mayores argentinos reside en viviendas en propiedad, el 5,4% habita en viviendas alquiladas y un 4,8% lo hace en viviendas ocupadas o prestadas.

Argentina. Personas 60 años y más por régimen de tenencia según grupos de edad. Total del país. Año 2001.							
Grupos de Edad	TOTAL	Propietario de la vivienda y el terreno	Propietario de la vivienda solamente	Inquilino	Ocupante por préstamo	Ocupante por cesión por trabajo	Otra Situación
60-64	100,0%	83,0%	2,6%	5,5%	4,2%	2,2%	2,5%
65-69	100,0%	84,2%	2,3%	5,2%	4,4%	1,6%	2,2%
70-74	100,0%	84,8%	2,0%	5,2%	4,8%	1,1%	2,1%
75-79	100,0%	84,9%	1,8%	5,4%	5,2%	0,8%	2,0%
80 y Mas	100,0%	84,2%	1,6%	5,8%	5,8%	0,6%	2,0%
<b>TOTAL</b>	<b>100,0%</b>	<b>84,1%</b>	<b>2,2%</b>	<b>5,4%</b>	<b>4,8%</b>	<b>1,4%</b>	<b>2,2%</b>

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

## 1.7. Red familiar externa

Con relación a la tenencia de redes familiares constituidas por hijos y/o hermanos y/o otros familiares o personas cercanas así identificados, la encuesta del informe final del Proyecto SABE verifica que existe una red familiar externa en el 96,6% de las personas de edad entrevistadas.

Los resultados de este estudio provienen de las personas entrevistadas en el área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA)

Argentina. Personas de 60 años y más según tenencia de red familiar externa por sexo y edad. Año 2002				
Tenencia de red familiar externa y sexo	Edad			Total
	60 a 69	70 a 79	80 y más	
<b>Mujeres</b>				
Si, tiene red familiar	97,3	97,9	91,7	96,7
No, tiene red familiar	2,7	2,1	8,3	3,3
<b>Total (100%)</b>	<b>504.101</b>	<b>437.811</b>	<b>155.981</b>	<b>1.097.893</b>
<b>Hombres</b>				
Si, tiene red familiar	97,3	96,4	92,7	96,5
No, tiene red familiar	2,7	3,6	7,3	3,5
<b>Total (100%)</b>	<b>333.450</b>	<b>279.612</b>	<b>67.451</b>	<b>680.513</b>
<b>Total</b>				
Si, tiene red familiar	97,3	97,3	92,0	96,6
No, tiene red familiar	2,7	2,7	8,0	3,4
<b>Total (100%)</b>	<b>837.552</b>	<b>717.423</b>	<b>223.432</b>	<b>1.778.407</b>

Fuente: Proyecto SABE. "Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe" OPS. BID. CENEP Enero 2002

### 1.7.1. Transferencias externas

De acuerdo con los datos del proyecto SABE en Argentina, el 35,7% de los adultos mayores que cuentan con una red familiar fuera del hogar participan bidireccionalmente en intercambios de ayudas con esa red, es decir, reciben ayudas económicas o de otro tipo de alguno de los miembros de la red y prestan ayudas a otro u otros familiares no residentes en el hogar. Sólo un 17,2% de los que tienen red externa reciben ayuda pero no la dan, y un 10,5% dan ayuda pero no la reciben. Por otra parte, un 36,6% de la población mayor con red externa no participa en ninguna transferencia de ayuda externa. Más de la mitad de las ayudas que declaran recibir los adultos mayores son en dinero, y también son en dinero un tercio del total de las ayudas que ellos dan a los demás miembros de la red familiar.

Argentina. Personas de 60 años y más, con red familiar externa, según tipo de participación en el intercambio de ayudas, por grupos de edad. Año 2002.				
Participación en el intercambio	Edad			Total
	60 a 69	70 a 79	80 y más	
<b>Tipo de participación</b>				
Recibe y da ayuda	37,5	34,5	32,3	35,7
Sólo recibe	12,7	18,6	30,0	17,2
Sólo da	11,4	11,5	3,7	10,5
No participa	38,4	35,4	34,0	36,6
<b>Tipo de ayuda recibida o prestada</b>				
Recibe ayuda	50,2	53,1	62,3	52,9
Recibe ayuda en dinero	26,9	25,0	32,8	26,9
Da ayuda	48,8	45,7	34,8	46,0
Da ayuda en dinero	16,9	14,0	12,3	15,2
<b>Total (100%)</b>	<b>814.897</b>	<b>697.970</b>	<b>205.639</b>	<b>1.718.506</b>

Fuente: Proyecto SABE. Salud, "Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe" OPS. BID. CENEP Enero 2002

En la investigación de Claudia J. Arias (2004), donde se evalúa la red de apoyo social de personas mayores de 65 años residentes en la ciudad de Mar del Plata, se estudió la cantidad de personas de la red de apoyo que proporcionaban ayuda económica a los mayores. La frecuencia más alta correspondió a adultos mayores que recibían ayuda de una o dos personas de su red de apoyo (47,6% del total), seguidos de aquellas que recibían ayuda económica de tres o cuatro personas diferentes (29,5%). Los miembros de la red de apoyo que prestan ayuda económica son, predominantemente, los hijos, los amigos íntimos y los hermanos. Un 8,6% de las personas mayores manifestaron no contar con ninguna persona que les proporcionara ayuda económica.

Argentina. Red de apoyo de los adultos mayores, Cantidad de vínculos que cumplen funciones de ayuda económica		
Cantidad de vínculos que cumplen funciones de ayuda económica	Nº	%
Ninguno	9	8,6
1 - 2	50	47,6
3 - 4	31	29,5
5 - 6	6	5,7
7 - 8	4	3,8
9 - 10	5	4,8

Fuente: "Red de Apoyo Social y Bienestar Psicológico en personas de edad. Claudia J. Arias (Mar del Plata 2004)

## 1.8. Experiencias y ejemplos de buena práctica

La mejora de la seguridad económica de los adultos mayores en Argentina se debe fundamentalmente a los aumentos económicos en las jubilaciones y pensiones, a la universalización de las pensiones no contributivas, y a las leyes de jubilación anticipada y jubilación del ama de casa, que permitieron llegar a una cobertura del 90% de la población adulta mayor.

Como ejemplo de buena práctica, cabe citar *La Experiencia Cuenta*, un proyecto de escala nacional implementado por la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación) en asociación con los gobiernos provinciales, municipales y ONGs desde el año 2006.

El proyecto reconoce a los adultos mayores como portadores de habilidades vinculadas a oficios desaparecidos o en vías de extinción. Por tanto, empodera a las personas de edad al adjudicarles el rol de capacitadoras de oficios seleccionados estratégicamente y favorece la situación socio laboral de jóvenes y personas de mediana edad en situación de exclusión.

Una primera evaluación de las experiencias realizadas a lo largo de los últimos dos años indica que el proyecto impacta positivamente en la representación social de la vejez y favorece la situación de empleabilidad de los participantes prevista a través del módulo socio laboral del proyecto.

Así mismo, las entrevistas en profundidad realizadas recientemente a un número significativo de adultos mayores permiten afirmar que la beca que cada adulto mayor recibe como retribución por sus tareas de capacitador incide en su economía

cotidiana al mismo tiempo que los posiciona como ciudadanos con acceso al mercado de trabajo.

## 2. BRASIL

### 2.1. Ingreso de los adultos mayores

La proporción de jubilados y pensionistas en Brasil es de un 78,2%. De ellos, un 65,3% son jubilados, y el resto pensionistas.

De acuerdo con los datos del IBGE, la proporción de hombres pensionistas aún es muy pequeña (sólo un 3,2% frente a un 33,3% de mujeres en esta condición). El Nordeste es la región con mayor proporción de jubilados: un 72,2%, lo que puede ser explicado por la jubilación rural, que es representativa en esa región. (Senado Federal, 2005)

En 2005 se registró cerca de un 19% de adultos mayores clasificados en la condición de ocupados, lo que corresponde la 3,4 millones de personas. Ese indicador es más representativo entre los mayores de 60 a 69 años. (Senado Federal, 2005).

El ingreso medio es bastante más alto en quienes combinan la percepción de una pensión de jubilación (1.564,2 reales en los varones, 959,8 reales en las mujeres) que entre quienes sólo trabajan (966,2 y 627,0 reales según sean varones o mujeres, respectivamente) o sólo tienen una pensión de jubilación (570,3 y 364,4 reales). El menor ingreso medio corresponde a quienes ni trabajan ni cuentan con una jubilación (314,7 reales en el caso de los varones y 227,3 en el caso de las mujeres).

Brasil. Ingreso medio de las personas mayores según situación de jubilación y actividad laboral (mayores de 60 años)				
	Jubilación	Jubilación y trabajo	Solo trabaja	Ni es jubilado, ni trabaja
<b>Hombres</b>				
60-64	690,47	1.708,14	915,46	231,98
65-69	583,83	1.507,50	1.030,82	313,67
70-74	550,86	1.443,71	1.205,86	443,31
75-79	541,38	1.439,91	1.371,24	465,05
80 y más	462,96	1.503,54	1.007,51	408,24
<b>Total</b>	<b>570,29</b>	<b>1.564,20</b>	<b>966,20</b>	<b>314,70</b>
<b>Mujeres</b>				
60-64	361,63	1.018,42	609,07	142,08
65-69	345,13	914,94	659,47	196,08
70-74	355,79	883,56	743,98	268,80
75-79	351,19	954,95	683,15	356,94
80 y más	311,64	866,51	525,79	406,67
<b>Total</b>	<b>346,37</b>	<b>959,83</b>	<b>626,98</b>	<b>227,32</b>

Fuente: IBGE/ Censo Demográfico del 2000

En el año 2005 sólo un 10% de la población mayor de 65 años recibió el Beneficio de Prestación Continuada por edad avanzada (BBC)

## 2.2. Consumo de los adultos mayores

Los adultos mayores brasileños se encuentran en mejores condiciones de vida que la población más joven, cuentan con más ingreso, una buena parte tiene casa propia y contribuye significativamente en la renta familiar (IPEA, 2005). Datos confirmados por el índice de precio al consumidor de la tercera edad (IPC-31).

## 2.3. Jubilación por Edad

La jubilación por edad sustituye la renta del trabajador urbano que alcanza los 60 años, si es mujer, y 65, si es hombre. Los trabajadores rurales del sexo masculino se jubilan por edad a los 60 años, y las mujeres, a los 55. El tiempo mínimo de contribución es de 15 años.

El valor de la jubilación es del 70% del salario de beneficio, más un 1% de este por grupo (período) de 12 contribuciones, no pudiendo sobrepasar un 100% en conjunto. El salario de beneficio puede calcularse o no con la aplicación del factor previsional, de acuerdo con lo que sea más ventajoso al asegurado.

La jubilación por edad puede prorrogarse, pues cuanto mayor sea la contribución, la edad y el periodo contributivo, mayor será el valor de la jubilación. La jubilación por edad obligatoria se da a los 70 años de edad, si es hombre, y a los 65, si es mujer.

Puede ser íntegra o proporcional (asegurados inscritos antes de 16/12/1998). Para tener derecho a la jubilación íntegra, el trabajador hombre debe comprobar por lo menos 35 años de contribución y en el caso de las mujeres, 30 años. Para solicitar la jubilación proporcional, el trabajador tiene que combinar dos requisitos: tiempo de contribución y la edad mínima.

Los hombres pueden solicitar la jubilación proporcional a los 53 años de edad y 30 años de contribución (más un adicional del 40% sobre el tiempo que faltaba en 16 de diciembre de 1998 para completar 30 años de contribución).

Las mujeres tienen derecho a la proporcional a los 48 años de edad y 25 de contribución (más un adicional del 40% sobre el tiempo que faltaba en 16 de diciembre de 1998 para completar 25 años de contribución). La jubilación por tiempo de contribución es irreversible e irrenunciable: a partir del primer pago, el asegurado no puede desistir del beneficio. El trabajador no necesita haber cesado en el empleo para solicitar la jubilación.

Dentro del Régimen General de Seguridad Social existe una previsión de reglas diferenciadas para trabajadores rurales en régimen de economía familiar (los asegurados rurales). Este tratamiento diferenciado contempla procedimientos de contribución sobre la producción comercializada (responsabilidad del comprador), comprobación del tiempo de trabajo en la agricultura familiar en lugar del tiempo de contribución individualizado y edades y criterios de acceso a beneficios diferentes de los jubilados 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 y el indio que ejerce actividad rural y sus familiares.



Las diferencias se justifican por el hecho de que el agricultor en régimen de economía familiar no obtiene renta de la misma forma que el trabajador urbano (que puede contribuir sobre su salario mensual regularmente). Dado que no existe vínculo contributivo clásico, la determinación del valor del beneficio de jubilación, pensión por muerte, auxilio-enfermedad o auxilio por maternidad sigue el principio del modelo universal, con beneficio de valor constante a un salario mínimo.

La Seguridad Rural brasileña utiliza criterios que permiten un alto impacto de inclusión social de familias trabajadoras rurales pobres y mejora de forma sostenida el tejido social rural: reducción de migración rural-urbano, desarrollo de la agricultura familiar, seguridad alimentaria (porque la agricultura familiar produce la mayoría de los alimentos consumidos en Brasil), mayor solidaridad entre familias de trabajadores rurales que cuentan con jubilados y pensionistas.

Los adultos mayores también disponen de la protección de beneficios no contributivos, que quedan bajo responsabilidad de la Asistencia Social y se destinan a aquellos mayores de 65 años que, aun sin haber contribuido a la Seguridad Social, posean una renta familiar inferior a la cuarta parte del salario mínimo brasileño. Esos beneficios están vinculados al Ministerio de Desarrollo Social y Combate el Hambre y son financiados por el Fondo Nacional de Asistencia Social. La gestión se lleva a cabo conjuntamente además con El Instituto Nacional del Seguro Social (INSS) / Ministerio de la Sanidad Social.

Las siguientes tablas presentan la cantidad y valores de los beneficios dirigidos a la población adulta mayor.

Brasil- Cantidad de beneficios emitidos 2000-2005. Diciembre de cada año							
Tipo de beneficio	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Variación % 2000/2005
Jubilaciones	8.940.186	9.111.608	9.439.882	9.725.323	10.108.718	10.379.075	16,1%
por tiempo de contribución	3.350.935	3.390.616	3.499.591	3.555.515	3.661.612	3.702.117	10,5%
por edad	5.589.251	5.720.992	5.940.291	6.169.878	6.447.106	6.676.958	19,5%
Asistenciales- Adultos Mayores	706.345	740.876	821.759	873.172	1.114.178	1.223.464	73,2%

Fuente: Anuario Estadístico de Previsión Social. AEPS. Boletín Estadístico de Previsión Social- BEPS.  
 Elaboración SPS/MPS

Brasil- Cantidad de nuevos beneficios concedidos cada año 2000-2005							
Tipo de beneficio	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Variación % 2000/2005
Jubilaciones	522.634	435.196	588.857	582.699	634.370	605.700	15,9%
por tiempo de contribución	114.686	110.886	159.961	138.966	148.746	154.746	34,9%
por edad	407.948	324.310	428.896	443.733	486.209	450.954	10,5%
Asistenciales- Adultos Mayores	107.517	90.051	139.768	316.817	316.817	185.042	72,1%

Fuente: Anuario Estadístico de Previsión Social. AEPS. Boletín Estadístico de Previsión Social- BEPS.  
 Elaboración SPS/MPS

Brasil- Gastos con beneficios emitidos 2000 -2005. Total anual, Valores en R \$ billones corrientes							
Tipo de beneficio	2000	2001	2002	2003	2004	2005	Variación % 2000/2005
Jubilaciones	37,9	42,7	48,1	57,5	65,6	71,9	89,6%
por tiempo de contribución	25,4	27,8	30,9	36,5	41,3	44,0	72,9%
por edad	12,5	14,9	17,2	21,0	24,3	27,9	123,8%
Asistenciales- Adultos Mayores	1,2	1,5	1,8	2,4	3,1	4,1	235,9%

Fuente: Anuario Estadístico de Previsión Social. AEPS. Boletín Estadístico de Previsión Social- BEPS.  
Elaboración SPS/MPS

## 2.4. Cobertura Previsional

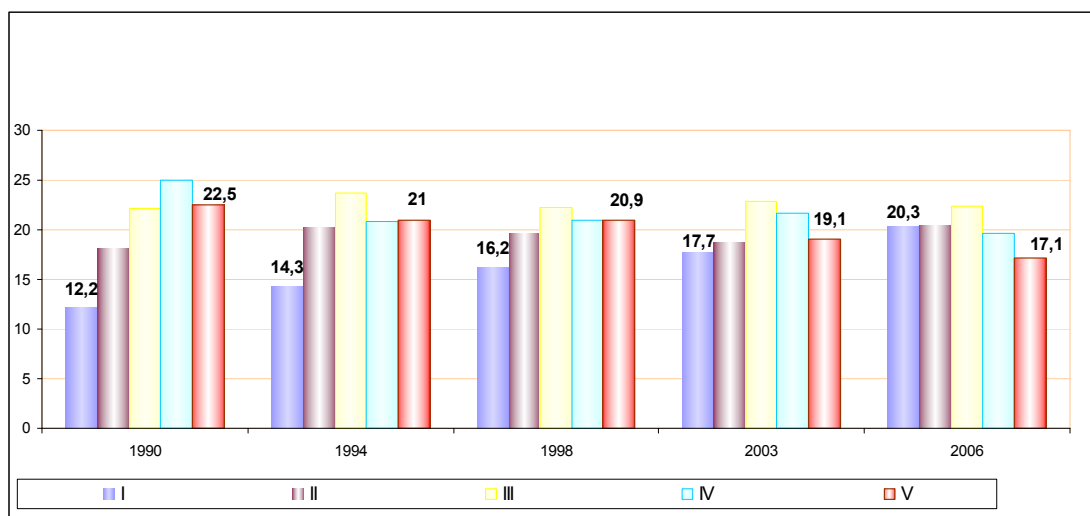
Considerando los beneficios provisionales (urbanos y rurales) y asistenciales, la tasa de cobertura de los trabajadores ocupados se encuentra en una franja algo superior al 60%. La protección social de los adultos mayores definida como la participación de los adultos mayores que reciben beneficio previsional o asistencial, o que aún realizan contribuciones previsionales, en el total de la población mayor (por encima de 60 años) supera el 81%.

## 3. CHILE

### 3.1. Ingreso de los adultos mayores

La encuesta CASEN 2006 aporta información respecto a los adultos mayores y sus ingresos. Como es posible observar en el gráfico siguiente, la población adulta mayor ha tendido, a lo largo de los últimos años, a aumentar su proporción en el quintil de menor ingreso y a disminuir en el de mayores ingreso, lo que supone un deterioro relativo de su nivel de ingresos.

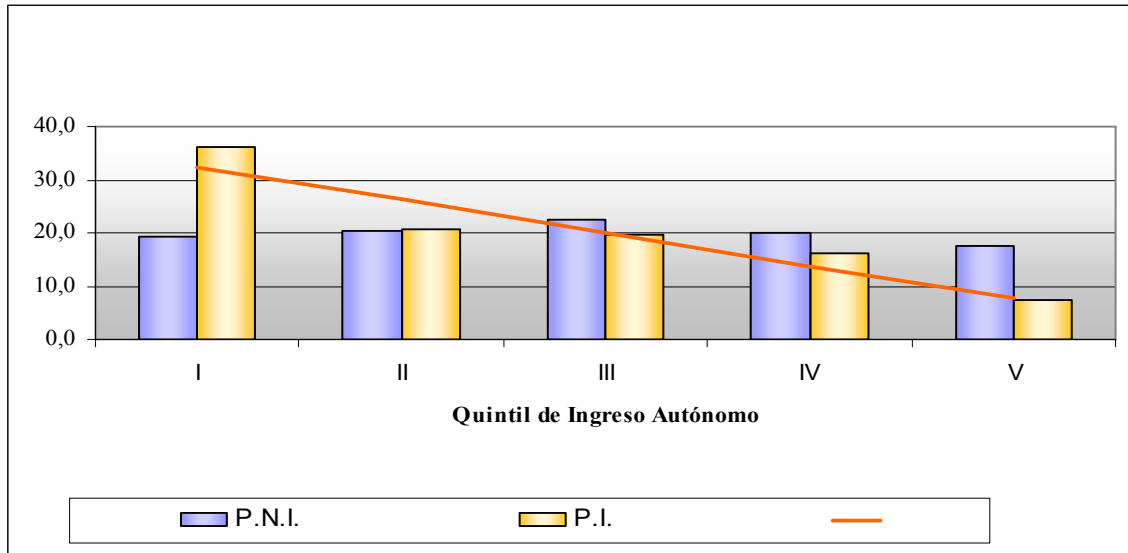
**Distribución de la PAM por quintil de ingreso autónomo.  
1990 - 2006.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2006

La población indígena envejecida se concentra en los hogares de menores ingresos en mayor medida que la población de origen no indígena.

**Distribución de la PAM, por quintil de ingreso autónomo según pertenencia a población indígena. Año 2006.**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2006

Según datos de la encuesta CASEN 2006, el ingreso promedio mensual per cápita de los adultos mayores es de \$247.698 (US \$ 485 aprox.); mientras que por hogar donde vive un adulto mayor, es de \$597.511 (US \$ 1.171 aprox.)

### 3.2. Consumo de los adultos mayores

De acuerdo con el estudio realizado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) sobre la canasta de gastos de los adultos mayores que reciben pensiones asistenciales (PASIS) o pensiones mínimas del INP, la suma total de gastos bordea los \$130.000, cifra que se acerca bastante al sueldo mínimo, lo que significa que la población de adultos mayores que participó del estudio alcanza a cubrir a duras penas sus gastos, teniendo una capacidad de ahorro nula. En los estratos C1 y C2, los egresos superan los ingresos.

El estudio de SENAMA logra ilustrar con cierta precisión las características de la canasta, estableciendo las principales fuentes tanto de gasto como de ingreso. En este sentido se visualizan tres áreas principales que explican alrededor del 75% del gasto: alimentación, salud y pagos relacionados con la vivienda. Aproximadamente las dos terceras partes de los ingresos provienen de la pensión, un 18% son ingresos propios y un 15% aportes de familiares.

Chile. Ingresos y egresos de los adultos mayores perceptores de pensiones asistenciales y mínimas según estrato socioeconómico (Pesos de 2006)				
	Total	Estrato medio alto (C1)	Estrato medio medio (C2)	Estrato medio bajo (C3)
<b>Egresos</b>				
Salud	17.200	14.000	24.900	10.000
Alimentación y artículos de aseo	50.300	64.200	46.000	45.100
Vestuario	1.500	1.000	2.200	900
Vivienda	29.600	40.300	28.800	22.100
Ocio y entretenimiento	3.680	6.600	3.360	1.720
Transporte	6.840	10.210	6.950	3.850
Otros gastos	23.000	26.000	23.300	20.000
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>132.120</b>	<b>162.310</b>	<b>135.510</b>	<b>103.670</b>
<b>Ingresos</b>				
Pensión de vejez o asistencial	86.400	109.600	86.900	68.300
Ingresos propios	23.700	30.500	21.300	21.300
Aporte de familiares	18.700	22.000	18.600	16.300
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>128.800</b>	<b>162.100</b>	<b>126.800</b>	<b>105.900</b>
<b>Diferencia</b>	<b>-3.320</b>	<b>-210</b>	<b>-8.710</b>	<b>2.230</b>

Fuente: SENAMA: "Estudio para determinar la canasta mínima de consumo de Personas Mayores que reciben pensiones asistenciales de vejez (PASIS) o pensión mínima del INP, en la Región Metropolitana"

Chile. Estructura de los ingresos y egresos de los adultos mayores perceptores de pensiones asistenciales y mínimas según estrato socioeconómico (porcentajes)				
	Total	Estrato medio alto (C1)	Estrato medio medio (C2)	Estrato medio bajo (C3)
<b>Egresos</b>				
Salud	13,0%	8,6%	18,4%	9,6%
Alimentación y artículos de aseo	38,1%	39,6%	33,9%	43,5%
Vestuario	1,1%	0,6%	1,6%	0,9%
Vivienda	22,4%	24,8%	21,3%	21,3%
Ocio y entretenimiento	2,8%	4,1%	2,5%	1,7%
Transporte	5,2%	6,3%	5,1%	3,7%
Otros gastos	17,4%	16,0%	17,2%	19,3%
<b>TOTAL EGRESOS</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>
<b>Ingresos</b>				
Pensión de vejez o asistencial	67,1%	67,6%	68,5%	64,5%
Ingresos propios	18,4%	18,8%	16,8%	20,1%
Aporte de familiares	14,5%	13,6%	14,7%	15,4%
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: SENAMA: "Estudio para determinar la canasta mínima de consumo de Personas Mayores que reciben pensiones asistenciales de vejez (PASIS) o pensión mínima del INP, en la Región Metropolitana"

### 3.3. Pobreza

En cuanto a la pobreza, ésta se ha medido en función de los ingresos promedios mensuales per cápita por hogar. La encuesta CASEN 2006 muestra que la incidencia de la pobreza en los adultos mayores ha descendido notoriamente en los últimos años. Entre 1990 y el 2006, ha decrecido en un 13% en la cohorte de 60-64 años, lo mismo que en el grupo de 65-69. Entre los de 70-74 la disminución es del 12%, mientras que entre los de 75 años y más ha sido del 14%.

La encuesta CASEN 2000 da cuenta de 1.640.506 personas mayores de 60 años, lo que representa el 10,9% de la población nacional a ese año. Para la medición de 2006, la población mayor de 60 años totalizaba 2.100.378, aumentando su participación a un 13,0% de la población total estimada al 2006, con lo que aumentó su participación en la población total del país en 2,1 puntos porcentuales entre los seis años.

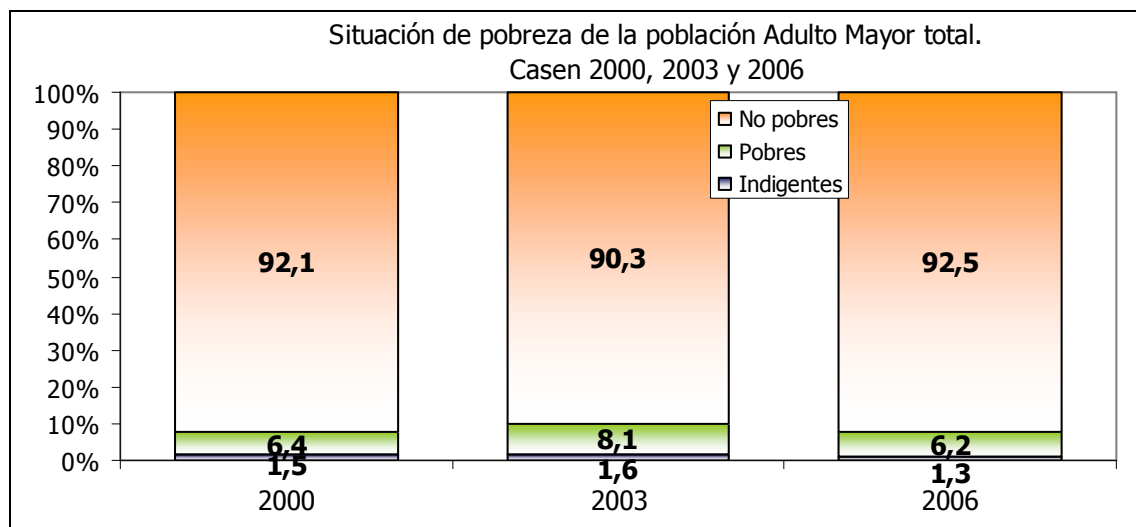
Chile. Estructura de los ingresos y egresos de los adultos mayores perceptores de pensiones asistenciales y mínimas según estrato socioeconómico (porcentajes)				
	2000	%	2006	%
<b>Urbana</b>				
Indigente	18.836	1,4%	22.683	1,3%
Pobre no indigente	86.819	6,4%	115.345	6,5%
No pobre	1.258.661	92,3%	1.628.423	92,2%
<b>Total</b>	<b>1.364.316</b>	<b>100,0%</b>	<b>1.766.451</b>	<b>100,0%</b>
<b>Rural</b>				
Indigente	6.465	2,3%	5.041	1,5%
Pobre no indigente	17.590	6,4%	14.077	4,3%
No pobre	252.135	91,3%	309.689	94,2%
<b>Total</b>	<b>276.190</b>	<b>100,0%</b>	<b>328.807</b>	<b>100,0%</b>
<b>Rural</b>				
Indigente	25.301	1,5%	27.724	1,3%
Pobre no indigente	104.409	6,4%	129.422	6,2%
No pobre	1.510.796	92,1%	1.938.112	92,5%
<b>Total</b>	<b>1.640.506</b>	<b>100,0%</b>	<b>2.095.258</b>	<b>100,0%</b>

Fuente: Encuesta CASEN

La distribución de la población adulto mayor según línea de pobreza indica que el 92,5% de los mayores de 60 años son no pobres, lo que correspondió a 1.510.796 personas según Casen 2000 y 1.938.112 en Casen 2006.

En el caso de los adultos mayores indigentes, según Casen 2000, en valores absolutos alcanzaban a 25.301 personas, valor que se incrementa a 27.724 en la medición de 2006. Sin embargo, las tasas de indigencia descendieron del 1,5% en el año 2000 a 1,3% en el 2006.

En cuanto a la población adulto mayor pobre no indigente, en valores absolutos, en el año 2000 alcanzaban a 104.409 personas, valor que se incrementa a 129.422 en la medición Casen 2006. Esto significó pasar de un 6,4% de población adulto mayor pobre no indigente en el año 2000 a un 6,2%, es decir, un decremento de 0,2 puntos porcentuales en seis años.



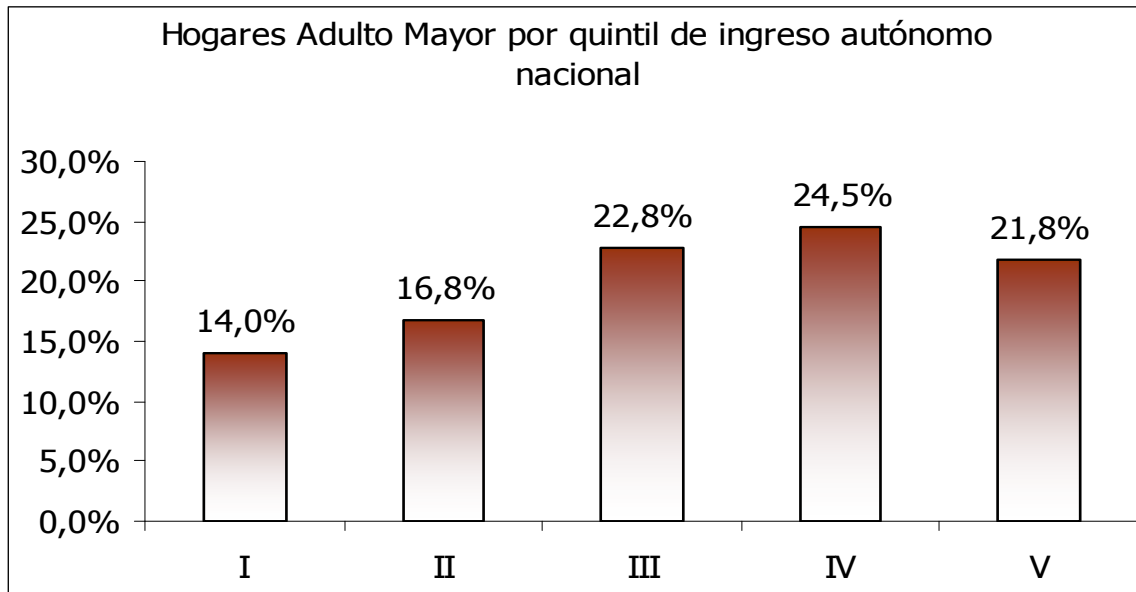
Por otra parte, a partir de datos de la encuesta CASEN 2006, ha sido posible determinar los niveles de pobreza en las Personas Mayores por comuna.

Ranking de comunas según proporción de adultos/as mayores en situación de pobreza

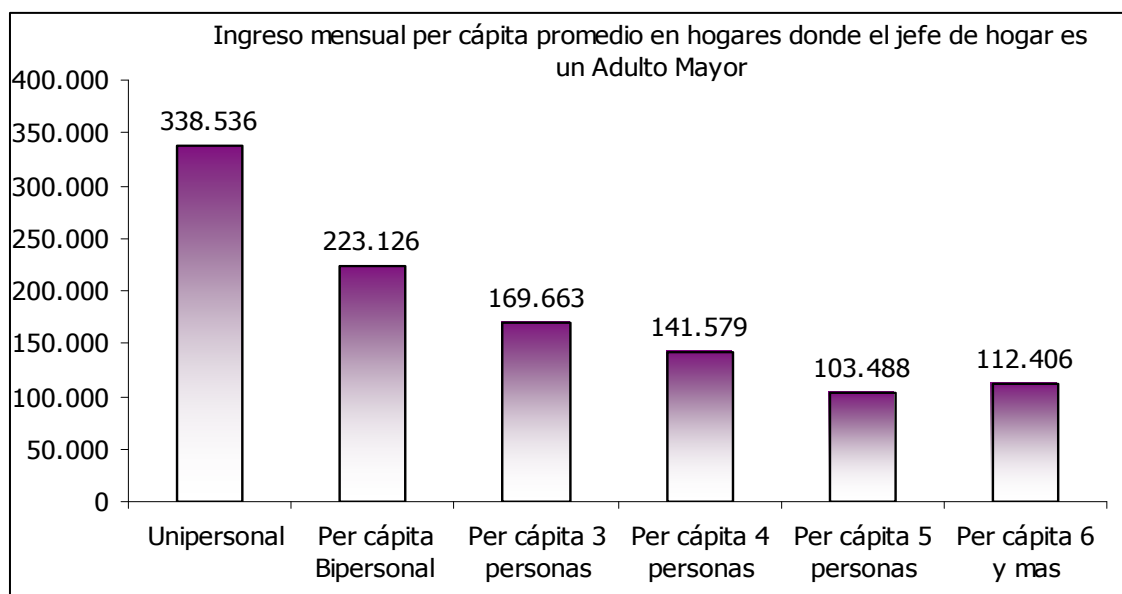
ranking	Comuna	Indigente	Pobre no indigente	No pobre	proporción de adultos mayores	Total
1	Tirúa	116	296	1.000	29,2	1.412
2	Quilleco	38	436	1.396	25,3	1.870
3	Lebu	35	715	2.512	23,0	3.262
4	Negrete	28	207	888	20,9	1.123
5	Los Sauces	42	227	1.017	20,9	1.286
6	Toltén	36	272	1.204	20,4	1.512
7	El Carmen	28	372	1.577	20,2	1.977
8	San Fabián	48	99	586	20,1	733
9	Victoria	329	545	3.499	20,0	4.373
10	Retiro	189	387	2.326	19,8	2.902
11	Calbuco	247	575	3.368	19,6	4.190
12	Teodoro Schimdt	96	434	2.190	19,5	2.720
13	Colbún	82	342	1.813	19,0	2.237
14	Saavedra	42	359	1.740	18,7	2.141
15	Ollague	6	2	35	18,6	43
16	Lota	96	1.059	5.242	18,1	6.397
17	Punitaqui	85	337	1.933	17,9	2.355
18	Cholchol	39	222	1.231	17,5	1.492
19	Gorbea	64	300	1.728	17,4	2.092
20	Alto Bío Bío	34	102	672	16,8	808
21	Carahue	203	580	3.875	16,8	4.658
22	Coelemu	56	390	2.292	16,3	2.738
23	Chillán	546	3.721	21.948	16,3	26.215
24	Lago Ranco	102	158	1.347	16,2	1.607
25	Colchane	29	2	162	16,1	193
26	Hualpén	365	1.615	10.348	16,1	12.328
27	Paillaco	176	203	1.989	16,0	2.368
28	Ercilla	32	202	1.254	15,7	1.488
29	Arica	561	3.244	20.410	15,7	24.215
30	La Ligua	209	693	4.859	15,7	5.761
31	Chiguayante	545	1.662	11.911	15,6	14.118
32	Andacollo	12	196	1.123	15,6	1.331
33	Quilaco	32	100	715	15,6	847
34	Cauquenes	455	634	5.938	15,5	7.027
35	Pelluhue	5	130	747	15,3	882
36	Los Alamos	106	339	2.471	15,3	2.916
37	Cabrero	236	466	3.901	15,3	4.603

Nota: En este ranking se han seleccionado aquellas comunas en que existe más de un 15% de adultos mayores en situación de pobreza

Para caracterizar las condiciones socioeconómicas y de seguridad económica de las personas mayores, en función de los datos disponibles, se pueden utilizar indicadores de hogar y jefatura de hogar según quintil de ingreso e ingreso promedio per cápita, así como también línea de pobreza e indigencia y canasta de gastos. Si se observa los hogares donde habitan personas mayores y su ubicación en los quintiles de ingreso, tenemos que cerca del 30% de estos hogares corresponde a los 2 quintiles más pobres, mientras que algo más del 45% forman parte de los dos quintiles más ricos.



Otra forma de aproximarse a la situación socioeconómica de las personas mayores es analizar la situación de hogares en los que el jefe de hogar es una persona mayor. En el año 2000, un cuarto de los hogares del país (24,93%), dependía económicamente de una persona mayor. Si a ello agregamos que el ingreso de las personas mayores hombres, después de los 65 años, disminuye drásticamente (luego de la jubilación), se observa un panorama donde los hogares en los que los jefes adultos mayores entre 60 y 64 años (grupo quinquenal mayoritario) que contaban con los ingresos más bajos, comienzan a enfrentar condiciones económicas aún más precarias al momento de jubilar, aumentando la presión sobre el sostenedor; esto se acentúa al aumentar la cantidad de personas que integra el hogar.



Por otra parte, al cotejar la incidencia de la pobreza en las personas mayores con la del resto de la población, por hogar, se encuentra que ésta en los hogares con personas mayores es menor que la que se encuentra en los hogares sin personas mayores.

De todos modos, es necesario aclarar el hecho que ciertas características de la población adulta mayor le 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 distintos a los de otros tramos de edad, tales egresos se encuentran asociados a prestaciones de salud, alimentación y pago de servicios entre otros; estos reducen el nivel de vida de las personas mayores, erosionando el diferencial entre ingreso y gasto. De este modo, al ubicar a la población de 60 años y más en los quintiles de ingreso se debe tener presente que la indeterminación de la estructura de gastos de esta población genera una distorsión que se debe tener en cuenta.

El año 2006 SENAMA realizó la investigación “Estudio para determinar canasta mínima de consumo de Adultos Mayores que reciben pensiones asistenciales de vejez (PASIS) o pensión mínima del INP, en la Región Metropolitana”. Sus principales resultados se presentan a continuación:

Después de haber analizado los distintos ítems que constituyen gasto se procedió a analizar las diferentes fuentes de ingreso económico de cada adulto mayor. Se debe considerar, sin embargo, que al total obtenido por estas fuentes se debe agregar el aporte no monetario que se recibe en cada una de las categorías antes analizadas, ya sea a través de instituciones del estado, organismos privados o bien la red de apoyo constituida principalmente por familiares y vecinos.

Entre los ítems de ingreso que se analiza se cuenta pensiones, rentas de propiedades, rentas por depósitos bancarios, rentas vitalicias, beneficios por seguro de vida y actividades particulares que generan ingreso.

Chile. Pensión promedio de los adultos mayores perceptores de pensiones asistenciales (PASIS) y pensiones mínimas del INP (Pesos de 2006)							
Total	Por estrato socioeconómico			Por tipo de pensión		Por sexo	
	C2	C3	D	PASIS	INP	Hombre	Mujer
86.400	109.600	86.900	68.300	45.800	93.500	99.700	77.000

La canasta de gastos fue construida en función de los egresos reales de los personas mayores contemplados en la muestra, y, en atención al balance total que muestra el cuadro, tales gastos fueron realizados, en definitiva, en función de los ingresos percibidos, en palabras simples, las personas no gastan más de lo que tienen, sobre todo pensando en el escaso acceso a crédito con que cuentan las personas mayores.

Es posible apreciar que la capacidad de ahorro es nula, y, más aún, que en los estratos C1 y C2, los egresos superan los ingresos, además el promedio de los segmentos exhibe de igual forma una cifra negativa, es decir, que a las personas mayores que reciben pensiones asistenciales y mínimas, no les es posible, o les es posible a duras penas, cubrir sus necesidades con los ingresos que perciben.



Chile. Canasta de gastos, promedio de ingresos y balance. Personas mayores que reciben pensiones asistenciales y mínimas. RM (pesos del 2006)				
	Total	C1	C2	C3
Total Ingresos	128.800	162.100	126.800	105.900
Total egresos	131.120	162.310	135.510	103.670
Balance total	-2.320	-210	-8.710	2.230

Fuente: SENAMA. "Estudio para determinar canasta mínima de consumo de personas mayores que reciben pensiones asistenciales de vejez (PASIS) o pensión mínima del INP, en la Región Metropolitana"

### 3.4. Pensiones

En 2005, a nivel Nacional, un total de 1.178.185 personas mayores percibieron pensiones públicas de algún tipo, las que se desglosan de la siguiente forma:

- 744.605 pensiones no asistenciales (sistema antiguo)
- 235.433 pensiones asistenciales, ambas asumidas por el INP.
- Adicionalmente se otorgan 65.000 pensiones mínimas garantizadas a afiliados a las AFP.
- Finalmente se solventan 133.147 pensiones CAPREDENA (caja de previsión de la defensa nacional) y DIPRECA (dirección de previsión de carabineros).

Por su parte, el sistema de AFP (entidades privadas) otorga pensiones a 69.207 personas mayores (2004), financiadas íntegramente con los fondos acumulados en las cuentas individuales. Ello equivale sólo a un 4,3% de las personas mayores. Adicionalmente, las AFP financian una quinta parte de 65.000 pensiones mínimas garantizadas, debiendo el Estado aportar los cuatro quintos restantes. Ello da un total de 134.207 pensiones de vejez otorgadas por las AFP.

De este modo, la cobertura actual del sistema previsional chileno alcanza a un 78.3% de los adultos de mayores.

Según la superintendencia de seguridad social, en Mayo de 2006 se otorgaron 414.014 pensiones, no incluyendo aquellas otorgadas por el sector privado (AFP).

La distribución de las pensiones de vejez en función del sexo es la siguiente:

Chile. Número total de afiliados pensionados por Vejez				
	2003	2004	2005	2006
<b>Total Vejez Edad (1)</b>	<b>241.278</b>	<b>267.339</b>	<b>292.508</b>	<b>322.166</b>
Pensionados hombres	129.801	140.553	149.678	161.997
Pensionadas mujeres	111.477	126.786	142.830	160.169
<b>Total Vejez Anticipada (2)</b>	<b>245.681</b>	<b>262.492</b>	<b>269.793</b>	<b>276.514</b>
Pensionados hombres	210.698	224.991	231.315	237.157
Pensionadas mujeres	34.983	37.501	38.478	39.357
<b>Total Vejez</b>	<b>486.959</b>	<b>529.831</b>	<b>562.301</b>	<b>598.680</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

(1) Incluye afiliados pensionados por vejez edad fallecidos de cada año

(2) Incluye afiliados pensionados por vejez anticipada fallecidos de cada año

El monto promedio mensual de las pensiones asistenciales ascendió en 2006 a 19.113 millones de pesos chilenos (unos 36,3 millones de dólares). En 2007 (datos

de enero a abril) el monto promedio asciende a 21.055 millones de pesos (algo más de 40 millones de dólares).

Chile. Número y monto promedio mensual (en dólares y en miles de pesos) de las Pensiones Asistenciales según tipo de Pensión. Años 2006 y 2007 (1)						
Tipo de Pensión	2006			2007		
	Número	Monto en US\$	Monto en miles de \$	Número	Monto en US\$	Monto en miles de \$
Vejez	189.150	16.918.958	8.899.372	201.369	18.898.179	9.940.442
Invalidez	197.794	16.367.544	8.609.328	203.213	17.703.030	9.311.794
Deficiente Mental	37.395	3.050.567	1.604.598	39.964	3.426.990	1.802.597
<b>Total País</b>	<b>424.339</b>	<b>36.337.070</b>	<b>19.113.299</b>	<b>444.546</b>	<b>40.028.200</b>	<b>21.054.833</b>

Fuente: Boletín Estadístico, Subsecretaría de Previsión Social del Ministerio del Trabajo.

(1) Para el 2006 se consideran los promedios mensuales de todos los meses del año y para el año 2007 se considera el promedio mensual tomando los meses de enero a abril.

El importe medio mensual de las pensiones asistenciales que reciben los adultos mayores en 2007 es de algo más de 47.000 pesos (la pensión mínima garantizada mensual es de 45.000 pesos).

Chile. Número y monto promedio mensual (en miles de pesos) de las Pensiones Asistenciales según Región. Años 2006 y 2007 (1)				
REGIONES	2006		2007	
	Número	Monto	Número	Monto
I	6.249	282.220	6.750	319.964
II	5.862	263.641	6.064	286.674
III	5.980	270.571	6.222	296.086
IV	20.273	920.557	21.527	1.026.972
V	32.502	1.461.835	34.366	1.624.585
VI	23.730	1.065.764	24.637	1.163.596
VII	30.825	1.388.065	32.410	1.534.327
VIII	77.195	3.450.309	81.185	3.813.410
IX	54.944	2.490.582	56.755	2.705.338
X	56.699	2.570.569	58.939	2.808.432
XI	4.144	187.565	4.323	205.708
XII	2.107	96.191	2.153	103.372
RM	103.829	4.672.439	109.217	5.166.370
<b>TOTAL</b>	<b>424.339</b>	<b>19.120.309</b>	<b>444.546</b>	<b>21.054.834</b>

Fuente: Boletín Estadístico, Subsecretaría de Previsión Social del Ministerio del Trabajo.

(1) Para el 2006 se consideran los promedios mensuales de todos los meses del año y para el año 2007 se considera el promedio mensual tomando los meses de enero a abril.

### 3.4.1. Estudios reciente sobre las pensiones de los adultos mayores

#### "EL DERECHO A UNA VIDA DIGNA EN LA VEJEZ". Informe del Consejo Asesor Presidencial para la Reforma del Sistema Previsional.

El 17 de marzo pasado se constituyó el Consejo Asesor para la Reforma Previsional, con la misión de elaborar propuestas de ajustes al sistema de pensiones regido por el D.L. 3.500 que prevengan las carencias que pudieran afectar a la actual y futuras generaciones de trabajadores al momento de su retiro.

Entre los temas que se encomendó analizar al Consejo se cuentan los de cobertura, rentabilidad, competencia, rol del Estado y eventuales discriminaciones hacia sectores específicos de la población.

El Consejo identificó diez características que, en su opinión, debería reunir un sistema previsional integrado, capaz de responder a las exigencias del país. Estas características constituyen los criterios ordenadores sobre la base de los cuales se elaboró la propuesta de reforma:

- **Universalidad.** El sistema previsional debe ser capaz de proteger de las contingencias asociadas a la vejez, a la invalidez y a la sobrevivencia, a todas las trabajadoras y trabajadores del país, independientemente de su actividad, dependencia, modalidad de trabajo y sistema remuneratorio. Los derechos que entregue el sistema deben tener como contrapartida obligaciones que garanticen el compromiso de todas las personas con los principios de éste.
- **Autonomía.** La reforma del sistema de pensiones debe ser capaz de asegurar a las trabajadoras y trabajadores una situación económica digna en la vejez, resguardando su autonomía personal. El sistema debe respetar y, en lo posible, apoyar la solidaridad intrafamiliar, pero no utilizarla para suplir sus responsabilidades.
- **Equidad social.** El sistema de pensiones debe otorgar los mismos beneficios a trabajadoras y trabajadores que, en igualdad de otras condiciones, han realizado un esfuerzo contributivo equivalente. El sistema debe reconocer y promover el esfuerzo contributivo, ofreciendo mayores beneficios a quienes realizan un mayor esfuerzo, sin perjuicio de los mecanismos solidarios.
- **Equidad de género.** La reforma debe ser capaz de minimizar la brecha de beneficios entre hombres y mujeres, reconociendo que las mujeres tienen derechos propios por su condición de ciudadanas y no sólo derechos derivados de su posición en la familia.
- **Solidaridad.** El sistema debe ser capaz de proteger a todas las trabajadoras y trabajadores de los riesgos derivados de su condición socioeconómica y de la precariedad de su inserción en el mercado del trabajo, en reconocimiento a las interdependencias existentes. El sistema debe establecer los mecanismos necesarios para prevenir la pobreza en la vejez e invalidez, con cargo a recursos provenientes de la sociedad en su conjunto.
- **Eficiencia.** Los beneficios del sistema se deben obtener a un costo solventable para los trabajadores y para la sociedad, evitando que su operación y funcionamiento distorsionen otros mercados y actividades necesarios para el desarrollo del país.
- **Transparencia.** Los beneficios del sistema, los requisitos necesarios para obtenerlos y los mecanismos financieros e institucionales en que éstos se apoyen deben ser plenamente conocidos por las trabajadoras y trabajadores afiliados, permitiendo proyectar las condiciones que éste entregará para enfrentar la vejez, la invalidez o la sobrevivencia y los mecanismos para hacer válidos sus derechos.
- **Responsabilidad compartida.** La operación del sistema de pensiones es responsabilidad del estado, de los administradores y aseguradores privados, de los trabajadores y de los empleadores, desde los distintos roles que les

asigna la ley. En particular, el estado es el responsable último de la integridad del sistema y de su capacidad de cumplir con las garantías que establece la Constitución. Debe contar con las facultades ejecutivas, de gestión, fiscalizadoras, regulatorias, y las estructuras y los recursos para ejercer esa responsabilidad. Sin perjuicio de las diferencias en las responsabilidades de cada actor en la gestión y regulación del sistema, éste debe facilitar que las visiones de unos y otros se expresen oportunamente respecto del cumplimiento y actualización de sus normas, y la difusión de sus principios.

- **Sostenibilidad.** El sistema debe ser capaz de mantener sus compromisos a través del tiempo, requiriendo para ello resguardar sus diversas fuentes de financiamiento.
- **Complementariedad.** El sistema de pensiones debe ser capaz de cumplir sus objetivos de mitigar los riesgos de pérdida de ingresos asociados a la vejez y la invalidez, complementando otras prestaciones de la seguridad social, programas públicos e iniciativas comunitarias, orientados a cubrir estados de necesidad producidos por ciertas contingencias sociales y elevar la calidad de vida de los adultos mayores, los inválidos y sus familiares.

En consecuencia, el Consejo propone pasar desde un sistema dominado por el régimen de capitalización individual, a un sistema previsional capaz de equilibrar e integrar sus distintos componentes, incluido dicho régimen. Esto significa que, en lugar de privilegiar un régimen de pensiones por sobre otro, o desarrollar sistemas paralelos, se propone estructurar el sistema en base a tres pilares: un pilar solidario, un pilar contributivo y un pilar complementario. Estos pilares deben ser capaces de complementarse e integrarse para contribuir a que los adultos mayores tengan una vida digna en la vejez.

### **“Sistema de pensiones en Chile, Antecedentes y propuesta de modernización”**

Subsecretaría de Previsión Social  
Santiago, Agosto de 2007

En este documento se presenta el sistema actual de pensiones para luego exponer los alcances de la reforma previsional, caracterizando el proyecto, además se presentan datos estadísticos referentes a la actual cobertura previsional, con distintas desagregaciones, como sexo, región etc.

## **3.5. Reformas del sistema previsional con incidencia en la seguridad económica de los adultos mayores**

El Proyecto de Reforma del Sistema Previsional recoge los elementos deficientes del sistema previsional y propone mecanismos de solución. Entre los aludidos elementos se cuenta la falta de un Pilar Solidario. Se ha observado que el sistema PASIS funciona con una lógica diversa de aquella que impera en el sistema previsional, absolutamente desligado de los sistemas contributivos, tanto en lo que respecta al fondo como en su administración. Actualmente las Pensiones

Asistenciales no se perciben como un derecho previsional, sino más bien como un subsidio a la pobreza.

El proyecto crea un Sistema de Pensiones Solidario (SPS), que entregará beneficios de vejez e invalidez, integrados a los beneficios del sistema contributivo, que reemplazará al actual programa de Pensión Asistencial y, gradualmente, al programa de pensión mínima garantizada por el Estado (PMGE). Los beneficios que integra el Sistema de Pensiones Solidario son: la Pensión Básica Solidaria (PBS) y el Aporte Previsional Solidario (APS).

### **Pensión Básica Solidaria (PBS)**

Pensión Básica Solidaria (PBS): pensión de carácter no contributivo, de vejez e invalidez, dirigida a aquellas personas que no hayan podido contribuir al sistema de capitalización individual, y que no posean ningún otro tipo de pensión y que cumplan con los requisitos de acceso.

### **Aporte Previsional Solidario (APS)**

Aporte Previsional Solidario (APS), beneficio que consiste en un aporte solidario, a las pensiones de vejez e invalidez, que complementa las pensiones de los beneficiarios que cumplan los requisitos de acceso y que financien con su ahorro previsional pensiones inferiores a \$200.000.

### **Beneficiarios y requisitos para acceder al Sistema de Pensiones Solidarias (SPS)**

- Hombres y mujeres
- De 65 años de edad
- Pertenecientes a los tres primeros quintiles de ingreso (60% de la población de menores ingresos)
- 20 años de permanencia en el país y 4 años de permanencia en los 5 años previos a la solicitud del beneficio.

### **Calificación y procedimiento**

Para la determinación de la pertenencia al grupo socio económico beneficiario del SPS se considera la utilización de un instrumento de focalización (test de afluencia), con derecho de apelación. Para garantizar la mayor agilidad en el otorgamiento de los beneficios se utilizará toda la información disponible por el Estado.

La solicitud de los beneficios se deberá efectuar ante el Instituto de Previsión Social, que, según se verá, será en órgano encargado de la administración del Sistema de Pensiones Solidario.

### **Montos de los beneficios del Sistema de Pensiones Solidario**

El monto de la pensión básica solidaria de vejez (PBSV) será igual al monto de la pensión básica solidaria de invalidez (PBSI). Por su parte, esta última representará el mismo valor tanto para la invalidez parcial como la total.

Los beneficios de pensión mínima garantizada seguirán vigentes para todos aquellos pensionados que deseen optar por éstos en lugar de los que otorga el Sistema de Pensiones Solidarias.

Asimismo, los beneficiarios de pensión mínima garantizada de sobrevivencia continuarán percibiendo dicho beneficio. Para aquellas personas afiliadas al sistema de A.F.P., que a la fecha de entrada en vigencia de la presente ley tengan 50 o más años, cumpliendo los requisitos legales, podrán acceder a las PMGE, y podrán también optar por una sola vez, en cualquier época, por el Sistema de Pensiones Solidarias.

### **Situación de personas ante la entrada en vigencia de la Pensión Básica Solidaria (PBS) y el Aporte Previsional Solidario (APS)**

#### *Personas actualmente beneficiarias de pensiones asistenciales (PASIS)*

Las personas que a la fecha de entrada en vigencia de la ley sean beneficiarias de pensiones asistenciales (PASIS) tendrán derecho a la PBS de vejez e invalidez, según corresponda, dejando de percibir las referidas pensiones asistenciales.

#### *Personas con Discapacidad Mental Menores de Edad*

Las personas con discapacidad mental menores de 18 años de edad, que se encuentren percibiendo una pensión asistencial PASIS, tendrán derecho a un subsidio específico, dejando de percibir la PASIS. El nuevo Instituto de Previsión Social administrará este subsidio y la Superintendencia de Seguridad Social (SUSES) asumirá su supervigilancia y fiscalización.

#### *Personas mayores de 50 años*

Las personas que a la fecha de la entrada en vigencia de la ley tengan cincuenta años de edad o más y se encuentren afiliadas a una AFP podrán acceder a las pensiones mínimas de vejez e invalidez garantizadas por el Estado y podrán optar por el Sistema de Pensiones Solidario (SPS).

#### *Personas Actualmente Beneficiarias de Pensiones Mínimas Garantizadas*

Los pensionados que a la fecha de entrada en vigencia de la ley (hoy Proyecto), sean beneficiarios de pensiones mínimas garantizadas por el Estado, podrán ejercer el derecho de opción por el SPS.

#### *Personas Afectas a Regímenes Previsionales administrados por el INP*

Las personas que se encuentren afectas a alguno de los regímenes previsionales administrados por el Instituto de Normalización Previsional (INP), siempre que cumplan con los requisitos de acceso al Sistema de Pensiones Solidarias, tendrán derecho a la Pensión Básica Solidarias o al Aporte Previsional Solidario de vejez o invalidez.

#### *Personas que perciben pensión mínima de sobrevivencia*

Las personas que a la fecha de entrada en vigencia de la ley (hoy Proyecto) perciban pensión mínima de sobrevivencia con garantía estatal, continuarán percibiéndola, también podrán seguir accediendo quienes cumplan los requisitos hasta el último día de los próximos 15 años de la publicación de la ley. También podrán acogerse al sistema solidario, renunciando a la garantía estatal.

## **Equidad entre hombres y mujeres en el sistema previsional**

A nivel mundial las mujeres han ido accediendo a nuevos espacios de participación, insertándose paulatinamente al mercado laboral y obteniendo un reconocimiento creciente de sus derechos. De esta forma, en Chile el número de mujeres que trabaja de manera remunerada asciende a cerca de 2.200.0000, lo que representa el 38.1% del total de la fuerza de trabajo. Se espera que esta cifra siga en aumento ya que aún es significativamente menor que la que presentan muchos países de nuestro continente, como: Uruguay, Paraguay, Argentina, Brasil, donde se registran tasas de participación femenina superiores al 50%.

En Chile muchas mujeres no trabajan remuneradamente, ya que por diversas razones decidieron quedarse en el hogar y realizar tareas domésticas vinculadas con el cuidado de sus hijos y familia. Sin embargo, por el hecho de ejercer esta actividad no remunerada, por ser "dueñas de casa", no reciben sueldo ni realizan cotizaciones previsionales, lo que implica que cuando llegue la hora de jubilarse no tendrán derecho a percibir ningún tipo de pensión.

Las estadísticas muestran que las mujeres, que trabajan remuneradamente, siempre tendrán una pensión un 30% o 40% inferior a la de los hombres principalmente debido a factores vinculados al mundo laboral, por una parte, y por la otra, a factores relacionados con el sistema previsional vigente.

El Proyecto de Reforma Previsional recoge las situaciones descritas precedentemente y formula una serie de medidas tendientes a mejorar la situación previsional de la mujer, todo, sin perjuicio de los beneficios del Sistema Solidario de Pensiones, que mayoritariamente favorecerá a las mujeres.

### *Bonificación por hijo para las mujeres*

Se otorgará a toda pensionada por AFP -reciba o no aporte previsional solidario (APS)- o a todas aquellas que accedan a una pensión básica solidaria (PBS), una bonificación por cada hijo nacido vivo. Esta bonificación, a la cual se le aplicará una tasa de rentabilidad, que el Proyecto, originalmente propuso en un 4% real por cada año contado desde el nacimiento del niño hasta la edad de 65 años, será equivalente a doce cotizaciones por el sueldo mínimo. De igual forma, se consideran los hijos adoptivos como causantes de beneficios.

Lo relativo a la tasa de rentabilidad fue modificado por indicación adoptada en la Cámara de Diputados, así dicha tasa correspondería a la rentabilidad real neta de costos del fondo tipo C.

### *Separación del seguro de invalidez y sobrevivencia entre hombres y mujeres*

Esta medida contribuirá a aumentar el nivel de pensiones de las mujeres y disminuirá la brecha existente con las pensiones de los hombres. En efecto, si el costo del seguro de invalidez y sobrevivencia es distinto para hombres y mujeres, el diferencial a favor de la mujer será enterado en la cuenta de capitalización de ella.

### *Compensación económica en materia previsional en caso de divorcio o nulidad*

En caso de nulidad o divorcio el juez podrá ordenar el traspaso de fondos desde la cuenta de capitalización individual del cónyuge que deba compensar a la cuenta de

capitalización del cónyuge compensado. De no existir dicha cuenta, el traspaso se realizará a una cuenta de capitalización voluntaria, que deberá abrirse a tal efecto.

Dicho traspaso, no podrá exceder del 50% de los recursos acumulados en la cuenta de capitalización individual del cónyuge que debe compensar, respecto de los fondos acumulados durante el matrimonio.

*Pensión de sobrevivencia de la mujer al cónyuge hombre no inválido.*

Se incluirá como beneficiario de pensión de sobrevivencia generada por la mujer a su cónyuge no inválido y al padre soltero de hijos legalmente reconocidos que viva a sus expensas.

*Uniformar la cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia.*

Se iguala en 65 años la edad máxima de cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia para hombres y mujeres.

*Equiparación de la renta mínima imponible para trabajadores de casa particular.*

El proyecto plantea, sin perjuicio de lo establecido en el Código del Trabajo, que la remuneración mínima imponible para efectos de seguridad social de estos trabajadores, no podrá ser inferior a un ingreso mínimo mensual para jornadas completas, o proporcional a la pactada, si ésta fuere inferior.

*Creación del afiliado voluntario*

En la actualidad las personas que se encuentran realizando actividades no remuneradas, por ejemplo las dueñas de casa, están imposibilitadas de realizar cotizaciones previsionales en una Administradora. Para remediar esta situación se crea la figura de "afiliado voluntario", el cual podrá afiliarse a una AFP y realizar cotizaciones a pesar de no estar ejerciendo actividades mediante las cuales percibe un ingreso.

### **3.6. Trabajo de las Personas Mayores**

En el período 2000-2006, según datos de la Encuesta Nacional de Empleo, la desocupación en la población adulta mayor descendió en 1,7 puntos porcentuales, llegando al 7,71% el año 2006. Esta disminución es atribuible fundamentalmente al descenso en la desocupación de los mayores de los subrangos etarios 60-64 y 65-69 años, ya que el grupo de adultos mayores de 70 años y más presenta una tendencia al alza de la desocupación, desde el 1,14 % el año 2000, al 2,01% el 2006.

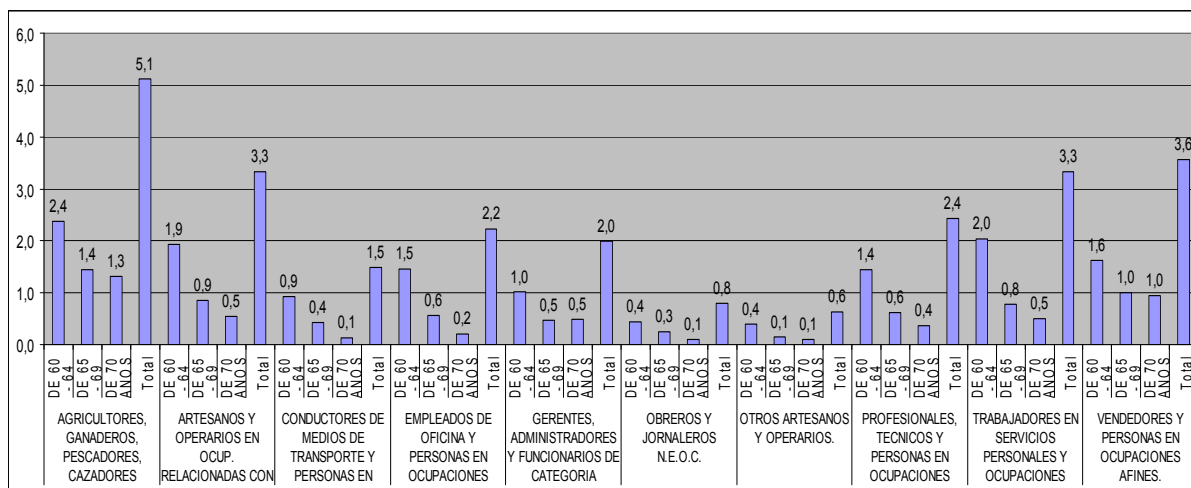
De acuerdo a la encuesta CASEN 2006, la población adulta mayor se encuentra concentrada en las siguientes ramas de actividad: Servicios comunales y sociales (28,4%), Comercio (19,7%), Agricultura, Caza y silvicultura (17,5%) y en la Industria manufacturera (11,4%). En las dos primeras ramas, es notoria la alta proporción de mujeres en relación a los hombres. (El 46,3% de las mayores trabaja en servicios comunales, donde labora el 20,1% de los hombres mayores. En el comercio trabaja el 30,7 por ciento de las mujeres mayores, frente al 14,6 por ciento de los hombres mayores). Las demás ramas de actividad económica presentan porcentajes por debajo del 10%.



Rama de actividad	Adultos Mayores (60 años y más)			Total Población 15 a 59 años
	Hombres	Mujeres	Total AM	
Agricultura, caza y silvicultura	23,0	5,6	17,5	12,0
Explotación de minas y canteras	1,2	0,0	0,9	1,8
Industria manufacturera	11,0	12,1	11,4	13,7
Electricidad, gas y agua	0,6	0,0	0,4	0,5
Construcción	12,6	0,5	8,7	9,4
Comercio, restaurante y hoteles	14,6	30,7	19,7	19,6
Transporte y comunicaciones	9,6	0,9	6,9	7,7
Establecimientos financieros y seguros	6,6	2,4	5,3	7,4
Servicios comunales y sociales	20,1	46,3	28,4	26,7
Actividades no bien especificadas	0,7	1,4	0,9	1,1
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

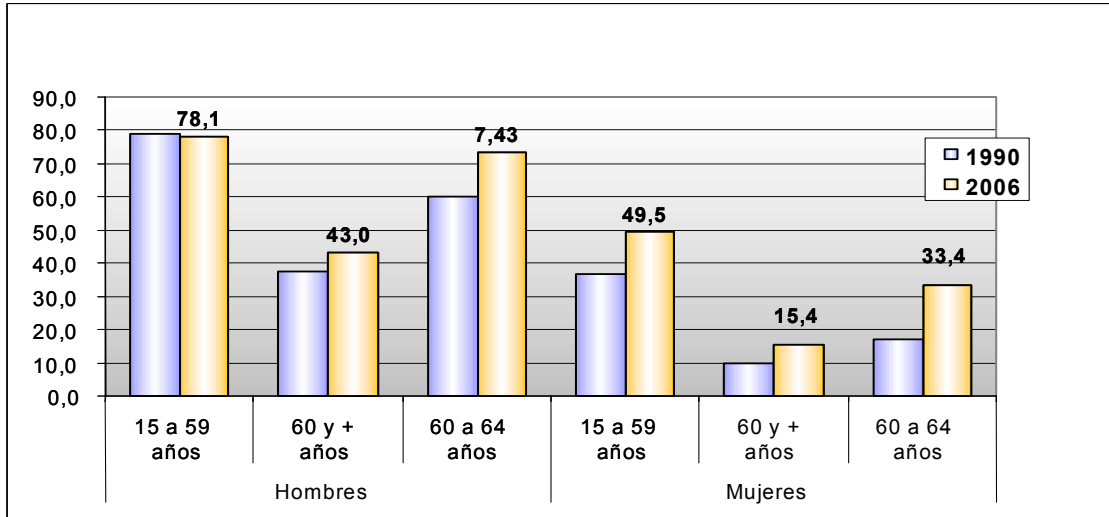
Fuente: Casen, 2006.

Al interior de las ramas de actividad, las personas mayores se encuentran concentradas, en primer lugar, en el grupo Agricultores, ganaderos, pescadores y cazadores (5,1%), el segundo lugar lo ocupan los Vendedores y personas en ocupaciones afines (3,6%), mientras que el tercer lugar es compartido por Trabajadores en servicios personales y ocupaciones afines y Artesanos y operarios en ocupaciones relacionadas con hilandería, confección (3,3%). Los restantes grupos ocupacionales se encuentran todos por debajo del 2,5%. Es posible asociar la concentración en las ocupaciones mencionadas, con menores ingresos por tratarse de actividades donde se encuentran los mejores empleos ni se reciben las mejores remuneraciones.

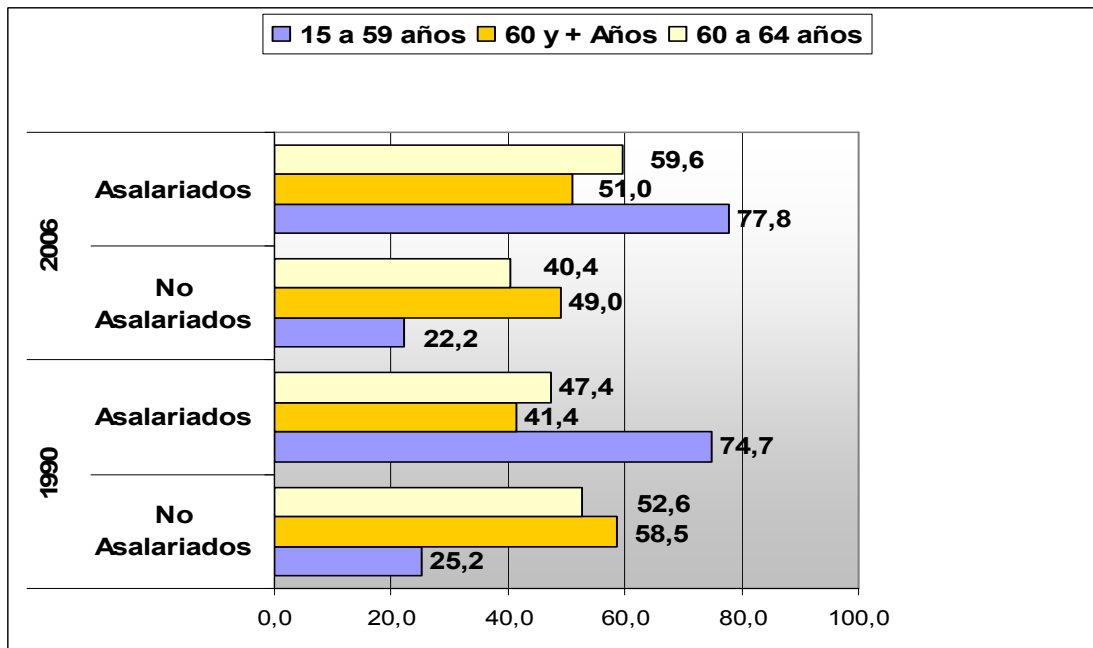


En los últimos 16 años la participación de las personas mayores en el sector activo de la población ha crecido, incluso de manera más dinámica que entre la población de entre 15 y 59 años. El aumento se concentra en el segmento etario comprendido entre los 60 y 64 años.

**Tasa de participación laboral, por sexo y tramos de edad**



En los 16 años transcurridos entre 1990 y 2006, los trabajadores ocupados no asalariados han disminuido en casi 10 puntos porcentuales. Entre los mayores de 60 a 64 años los asalariados aumentan en más de 12 puntos porcentuales.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN 2006

### **3.6.1. Estudios recientes sobre la actividad laboral de los adultos mayores**

#### **“Alternativas de empleabilidad en población mayor de 50 años”.**

El estudio se ha planteado los siguientes objetivos

##### *Objetivo General*

Proponer un conjunto de formas de empleo que permitan a las personas mayores de 50 años que son desvinculadas de sus trabajos, contar con una oferta laboral que genere ingresos y seguridad social.

##### *Objetivos Específicos*

- a. Realizar un estudio de fuentes secundarias acerca de las opciones que toman las personas que son desvinculadas laboralmente después de los 50 años.
- b. Realizar un estudio que permita observar las diferencias de género, tipo de empleo y tamaño de empresa.
- c. Hacer un examen exhaustivo de grandes empresas chilenas y sus programas de desvinculación laboral para mayores de 50 años.
- d. Conocer buenas prácticas de empresas privadas en Europa y Canadá acerca de programas de desvinculación laboral para mayores de 50 años.
- e. Proponer a SENAMA una oferta de modalidad de empleo y emprendimiento<sup>2</sup> para personas desvinculadas laboralmente después de los 50 años que tenga factibilidad económica y social.

Los principales resultados, en relación a la actividad laboral, son los que siguen:

- El 41,2% de la población de 50 años más se encuentra ocupada, sólo el 2,7% desocupada y el 56,1% inactiva.
- Se aprecia en todas las situaciones ocupacionales diferencias entre los sexos. Las mujeres presentan mayor inactividad y menores niveles de ocupación y de desocupación que los hombres.
- Asimismo, se observa una notable caída de la ocupación a medida que avanza la edad, de esa forma mientras el 61,5% del grupo de 50 a 59 años está ocupado, el 37,1% del grupo de 60 a 69 y el 10,8% de los de 70 y más años lo están respectivamente. Esta caída también se observa en los niveles de desocupación y se invierte en los niveles de actividad de la población.
- Respecto a la zona de residencia se aprecia más ocupación en las ciudades que en el campo y más inactividad en este último.

---

<sup>2</sup> Definido como un modelo de desvinculación laboral programada o “outplacement” para trabajadores/as mayores de 50 años, tendiente a incrementar la empleabilidad futura.

Chile. Distribución de población mayor de 50 años de acuerdo a situación ocupacional según sexo, tramos de edad y zona								
Situación ocupacional	Total	Sexo		Edad (años)			Zona	
		Hombre	Mujer	50 a 59	60 a 69	70 y +	Urbana	Rural
Ocupado	41,2	59,8	25,6	61,5	37,1	10,8	42	36,5
Desocupado	2,7	3,9	1,7	4,4	2,2	0,4	2,9	1,4
Inactivo	56,1	36,3	72,6	34,2	60,6	88,8	55,1	62,1
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Casos: 3.209.565

Fuente: Encuesta CASEN 2003, MIDEPLAN.

### Rotación Laboral

Se observa mayor rotación laboral a medida que bajan los ingresos del hogar, en los hombres y en las personas de menor edad. La relación mayor rotación laboral-menores ingresos del hogar probablemente revela una mayor precariedad laboral, más bien que una rotación vinculada a la generación o consolidación de una carrera laboral.

Chile. Distribución de población activa mayor de 50 años por número de empleos en último año, según sexo, edad y zona								
Número de empleos	Total	Sexo		Edad (años)			Zona	
		Hombre	Mujer	50 a 59	60 a 69	70 y +	Urbana	Rural
Uno	96,8	95,8	98,9	96,6	96,8	99	97	95,5
Más de uno	3,2	4,2	1,1	3,4	3,2	1	3	4,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Casos: 1.428.170

Fuente: Encuesta CASEN 2003, MIDEPLAN.

Distribución de población activa mayor de 50 años por número de empleos en último año según quintil autónomo de ingresos

Chile. Distribución de población activa mayor de 50 años por número de empleos en último año, según quintil autónomo de ingresos						
Número de empleos	Total	I	II	III	IV	V
Uno	96,8	92	95	96,5	98,1	99,1
Más de uno	3,2	8	5	3,5	1,9	0,9
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Casos: 1.428.170

Fuente: Encuesta CASEN 2003, MIDEPLAN.

### Categoría Ocupacional

Casi el 60% de la población ocupada de 50 años y más está en calidad de "empleado", el 32,6% es independiente y el 7,2% es patrón o empleador. Las mujeres tienden a ocuparse más como empleadas que los hombres, con el 66,1% y 56,4% respectivamente. Evidentemente a medida que las personas se acercan a la edad de jubilación, la posibilidad de mantener una ocupación se traslada desde la categoría "empleado" hacia "independiente". Esta última situación es más frecuente en zonas rurales que urbanas.

Chile. Distribución de población ocupada mayor de 50 años de acuerdo a categoría ocupacional según sexo, tramos de edad y zona								
Categoría ocupacional	Total	Sexo		Edad (años)			Zona	
		Hombres	Mujeres	50 a 59	60 a 69	70 y más	Urbana	Rural
Patrón/Empleador	7,2	8,3	4,9	6,1	7,8	15,8	7,4	5,7
Independiente	32,6	34,5	28,9	28,3	38,7	51,9	30,1	48,9
Empleado	59,6	56,4	66,1	65	52,9	32,1	61,8	45,3
Otros	0,6	0,8	0,2	0,6	0,7	0,2	0,7	0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Casos: 1.300.819

Fuente: Encuesta CASEN 2003, MIDEPLAN.

Distribución de población ocupada mayor de 50 años de acuerdo a categoría ocupacional según quintil autónomo de ingresos

Chile. Distribución de población ocupada mayor de 50 años de acuerdo a categoría ocupacional según quintil autónomo de ingresos						
Categoría ocupacional	Total	I	II	III	IV	V
	7,2	0,9	1,0	3,1	4,1	17,8
Patrón/Empleador	32,6	39,0	29,2	33,2	36,7	29,8
Independiente	59,6	60,1	69,7	63,1	58,0	51,8
Empleado	0,6		0,1	0,5	1,2	0,6
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

Casos: 1.300.819

Fuente: Encuesta CASEN 2003, MIDEPLAN.

### Contrato de Trabajo

El 75,8% de la población ocupada de 50 años y más declara tener contrato, lo cual se aprecia levemente en mayor medida entre los hombres, en las personas pertenecientes a los tramos menores y en las ciudades.

Probablemente las diferencias se aprecian más profundamente cuando se analizan los niveles de formalidad de acuerdo al quintil de ingresos autónomos, de esa forma mientras el 54,2% de las personas del Quintil I tiene contrato el 88,5% del V quintil lo tiene, vinculando de esta forma la informalidad a los bajos ingresos autónomos de la población.

Distribución de población ocupada mayor de 50 años de acuerdo a formalidad, según sexo, tramos de edad y zona de residencia

Chile. Distribución de población ocupada mayor de 50 años de acuerdo a formalidad, según sexo, tramos de edad y zona de residencia								
Formalidad	Total	Sexo		Edad (años)			Zona	
		Hombres	Mujeres	50 a 59	60 a 69	70 y más	Urbana	Rural
No	24,2	21,3	29,0	21,7	29,4	40,9	22,7	37,0
Sí	75,8	78,7	71,0	78,3	70,6	59,1	77,3	63,0
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Casos: 775.390

Fuente: Encuesta CASEN 2003, MIDEPLAN.

Chile. Distribución de población ocupada mayor de 50 años de acuerdo a formalidad según quintil de ingresos autónomos						
Formalidad	Total	I	II	III	IV	V
No	24,2	45,8	32,4	25,8	21,7	11,5
Sí	75,8	54,2	67,6	74,2	78,3	88,5
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Casos: 775.390

Fuente: Encuesta CASEN 2003, MIDEPLAN.

### 3.7. Ahorro de los adultos mayores

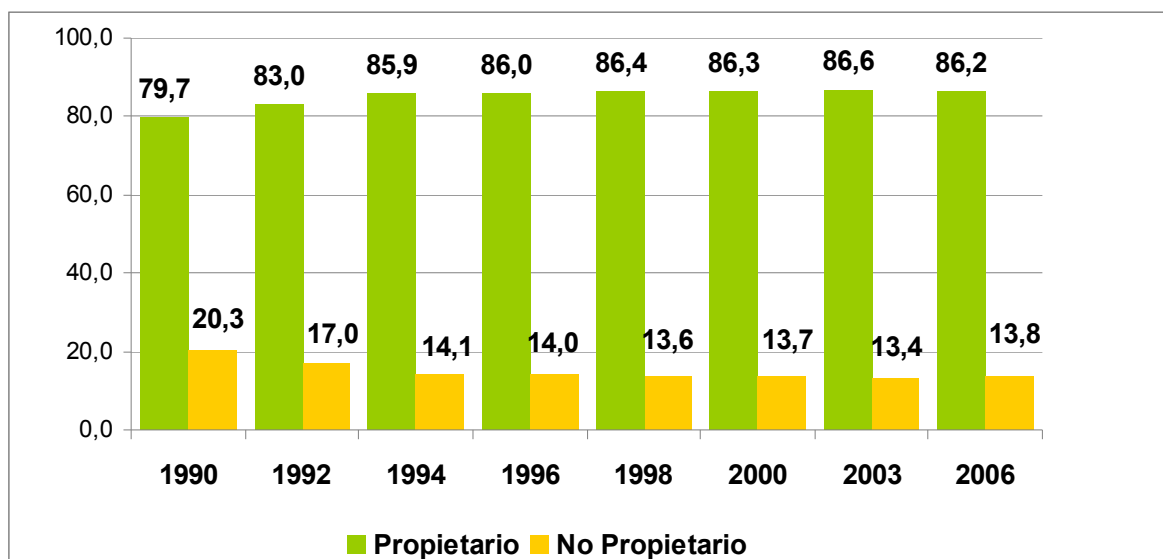
Es claro que el mayor patrimonio de las personas de edad es la vivienda, ya que un gran porcentaje de éstos es propietario de la vivienda donde reside. Según el último Censo 2002, sobre el 70% de los adultos mayores entre 60 y 74 años vivían en viviendas particulares propias, ya sea de ellas o de sus familiares. Las proporciones superan el 80% para los de 75 años y más. Se ha planteado que una buena manera de generar seguridad económica en los años de vejez es aprovechando este patrimonio, mediante instrumentos como la hipoteca revertida.

#### Proporción de adultos mayores, por sexo y grupos de edad, según propiedad de la vivienda que habitan

Propiedad de la vivienda	60-64		65-69		70-74		75-79		80-84		85 y más	
	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer	hombre	mujer
Propia (pagada totalmente)	72,1	75,2	76,3	78,8	70,6	80,3	81,5	80,5	82,4	79,4	80,7	78,7
Propia (pagando a plazo)	11,3	11,0	8,7	8,6	6,6	7,1	5,2	6,5	4,5	6,6	5,5	7,1
Arrendada	8,6	8,1	7,5	7,5	6,1	7,5	6,7	8,0	6,5	8,3	6,9	8,6
Cedida por trabajo o servicio	4,5	2,6	3,8	2,1	3,3	1,9	3,0	1,6	2,8	1,8	2,8	1,9
Gratuita	3,6	3,1	3,6	3,1	3,6	3,2	3,6	3,5	3,9	3,8	4,1	3,9
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Censo 2002

Según datos de la encuesta CASEN 2006, el 86,2% de las personas sería propietaria de la vivienda que habita.



### 3.8. Redes de apoyo

El estudio de la canasta de consumo de los adultos mayores que reciben pensión asistencial o básica del INP, ha revelado, respecto a los aportes económicos que reciben los adultos mayores por parte de sus familiares u otras redes de apoyo social, que una buena parte de los ingresos de los adultos mayores contemplados en el estudio, proviene de aporte de familiares, unos 40 dólares aproximadamente, que corresponden a alrededor del 15% de los ingresos totales de los mayores.

Chile. Distribución de los ingresos de las personas mayores receptoras de pensiones asistenciales y pensiones mínimas del INP, según estrato socioeconómico.				
Fuente de ingresos	Total	C2	C3	D
<b>Ingresos mensuales (en pesos de 2006)</b>				
Pensión de vejez o asistencial	86.400	109.600	86.900	68.300
Ingresos propios	21.200	30.400	17.500	18.500
Aporte de familiares	18.700	22.000	18.600	16.300
Total de ingresos	126.300	162.000	123.000	103.100
<b>Proporción de ingresos de cada fuente</b>				
Pensión de vejez o asistencial	68,4%	67,7%	70,7%	66,2%
Ingresos propios	16,8%	18,8%	14,2%	17,9%
Aporte de familiares	14,8%	13,6%	15,1%	15,8%
Total de ingresos	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

### 3.9. Anexo: Estadísticas del sistema previsional chileno

#### 1.- SISTEMA DE CAPITALIZACION INDIVIDUAL

##### 1.1. AFILIADOS ACTIVOS

**Cuadro 1: Número de Afiliados Activos por tipo y sexo**

	2003	2004	2005	2006
<b>Total Afiliados activos</b>	<b>6.979.351</b>	<b>7.080.646</b>	<b>7.394.506</b>	<b>7.683.451</b>
Total dependientes	6.784.801	6.834.194	7.141.947	7.435.133
Dependientes hombres	3.829.945	3.825.006	3.979.626	4.093.435
Dependientes mujeres	2.954.856	3.009.188	3.162.321	3.341.698
Total independientes	194.550	246.452	252.559	248.318
Independientes hombre	108.910	139.355	141.240	138.623
Independientes mujeres	85.640	107.097	111.319	109.695
Total afiliados hombre	3.938.855	3.964.361	4.120.866	4.232.058
Total afiliadas mujeres	3.040.496	3.116.285	3.273.640	3.451.393

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

**Cuadro 2: Número de afiliados Activos por Región.**

	2003	2004	2005	2006
I	184.566	198.238	204.879	211.393
II	204.475	220.621	230.413	238.749
III	106.220	117.439	122.969	126.489
IV	220.669	249.081	262.005	271.431
V	635.998	691.553	716.991	735.820
VI	315.273	363.788	383.066	391.990
VII	355.608	396.943	417.405	428.789
VIII	688.416	744.795	772.107	797.623
IX	281.342	322.786	336.862	349.058
X	417.087	464.594	485.561	502.894
XI	41.394	47.293	48.943	50.213
XII	78.980	82.896	84.945	86.962
RM	3.429.539	3.142.354	3.296.650	3.485.573
SI	19.249	38.265	31.710	6.467
<b>TOTAL</b>	<b>6.979.351</b>	<b>7.080.646</b>	<b>7.394.506</b>	<b>7.683.451</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

**Cuadro 3: Número de afiliados Activos por edad.**

Edad	2003	2004	2005	2006
Hasta 20	210.002	165.671	284.863	331.538
De 20 a 24	809.916	779.919	864.774	892.412
De 25 a 29	1.059.678	997.015	1.013.080	1.020.499
De 30 a 34	1.110.534	1.111.024	1.120.877	1.131.052
De 35 a 39	1.129.783	1.110.567	1.109.286	1.126.765
De 40 a 44	995.880	1.049.547	1.073.529	1.106.257
De 45 a 49	716.841	788.117	817.157	871.776
De 50 a 54	468.550	526.996	548.290	596.494
De 55 a 59	285.219	326.790	334.869	362.748
De 60 a 64	115.301	138.954	139.113	151.526
De 65 a 69	32.221	37.349	37.231	39.977
De 70 y más	42.825	47.419	50.169	51.163
Sin información	2.601	1.278	1.268	1.244
<b>TOTAL</b>	<b>6.979.351</b>	<b>7.080.646</b>	<b>7.394.506</b>	<b>7.683.451</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

**Cuadro 4: Número de afiliados Activos por tipo de fondo**

Tipo de Fondo	2003	2004	2005	2006
Fondo A	223.697	384.917	595.989	861.101
Fondo B	2.982.882	3.083.349	3.300.195	3.443.129
Fondo C	3.113.575	3.175.278	3.250.215	3.320.195
Fondo D	687.987	701.810	740.773	759.702
Fondo E	93.379	79.639	65.832	56.921
<b>Total</b>	<b>6.979.351</b>	<b>7.080.646</b>	<b>7.394.506</b>	<b>7.683.451</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.



**Cuadro 5: Número de afiliados Activos según saldo en la cuenta de capitalización individual (en miles de pesos)**

Saldo de la cuenta de capitalización individual	2003	2004	2005	2006
Cero	129.342	108.861	101.876	135.549
0-100	1.059.616	987.592	1.057.501	978.390
100-500	1.327.561	1.300.224	1.325.172	1.313.349
500-1.000	804.943	798.723	809.454	808.837
1.000-2.000	956.211	951.057	957.569	956.175
2.000-3.000	596.047	605.312	616.183	620.743
3.000-4.000	412.992	431.253	442.853	453.722
4.000-5.000	298.861	317.198	334.602	352.435
5.000-7.000	389.947	429.341	460.109	504.744
7.000-10.000	328.840	364.968	400.782	459.913
10.000-20.000	417.216	477.104	523.746	618.734
20.000-50.000	216.834	255.099	297.166	378.100
50.000-100.000	38.743	51.191	63.208	88.239
100.000	2.198	2.723	4.285	14.521
<b>TOTAL</b>	<b>6.979.351</b>	<b>7.080.646</b>	<b>7.394.506</b>	<b>7.683.451</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFP, cifras diciembre de cada año.

## 1.2. COTIZANTES

**Cuadro 1: Número de Cotizantes por tipo y sexo<sup>3</sup>**

	2003	2004	2005	2006
<b>Total Cotizantes</b>	<b>2.982.805</b>	<b>3.036.987</b>	<b>3.321.793</b>	<b>3.474.839</b>
Total dependientes	2.914.619	2.977.669	3.257.371	3.416.856
Dependientes hombres	1.832.387	1.873.635	2.052.722	2.131.736
Dependientes mujeres	1.082.232	1.104.034	1.204.649	1.285.120
Total independientes	68.186	59.318	64.422	57.983
Independientes hombre	41.280	36.149	39.120	34.712
Independientes mujeres	26.906	23.169	25.302	23.271
Total cotizantes hombre	1.873.667	1.909.784	2.091.842	2.166.448
Total cotizantes mujeres	1.109.138	1.127.203	1.229.951	1.308.391

Fuente: Boletines estadísticos SAFP, cifras diciembre de cada año.

**Cuadro 2: Ingreso imponible promedio (\$) por tipo de cotizante<sup>4</sup>**

	2003	2004	2005	2006
Total dependientes	319.794	341.992	349.018	364.611
Dependientes hombres	335.309	359.466	366.216	384.353
Dependientes mujeres	293.525	312.338	319.711	331.865
Total independientes	189.053	306.481	272.535	269.837
Independientes hombre	200.469	328.818	293.778	286.993
Independientes mujeres	171.567	271.630	239.689	244.247
Total cotizantes hombre	332.339	358.886	364.861	382.793
Total cotizantes mujeres	290.566	311.501	318.065	330.306
<b>Total cotizantes</b>	<b>316.806</b>	<b>341.298</b>	<b>347.534</b>	<b>363.030</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFP, cifras diciembre de cada año.

<sup>3</sup> Corresponde a número de afiliados activos que cotizaron en dic de cada año, por remuneraciones devengadas en nov de cada año

<sup>4</sup> Corresponde a número de afiliados activos que cotizaron en dic de cada año, por remuneraciones devengadas en nov de cada año

**Cuadro 3: Número de cotizantes por Región.<sup>5</sup>**

	2003	2004	2005	2006
I	79.013	83.220	90.546	93.749
II	101.153	108.043	116.896	120.881
III	50.929	55.445	58.777	62.671
IV	92.593	101.823	111.701	113.820
V	277.012	292.228	319.879	322.501
VI	146.837	162.752	176.665	180.514
VII	151.119	156.281	176.683	183.928
VIII	315.889	328.825	363.821	371.712
IX	113.851	121.097	133.784	137.101
X	176.299	188.778	205.770	217.730
XI	17.024	18.816	20.272	21.867
XII	36.031	37.616	39.324	40.689
RM	1.422.137	1.374.604	1.500.989	1.605.487
SI	2.918	7.459	6.686	2.189
<b>TOTAL</b>	<b>2.982.805</b>	<b>3.036.987</b>	<b>3.321.793</b>	<b>3.474.839</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

**Cuadro 4: Número de Cotizantes por edad.<sup>6</sup>**

Edad	2003	2004	2005	2006
Hasta 20	74.018	78.270	102.452	120.624
De 20 a 24	330.084	338.069	385.700	409.792
De 25 a 29	474.344	461.583	496.536	513.672
De 30 a 34	491.569	497.034	536.835	551.930
De 35 a 39	486.660	482.587	508.324	515.761
De 40 a 44	428.489	442.534	480.667	497.657
De 45 a 49	320.362	333.635	366.725	387.432
De 50 a 54	210.755	223.003	245.656	263.036
De 55 a 59	119.274	128.055	141.249	151.651
De 60 a 64	39.794	44.624	49.681	54.552
De 65 a 69	4.641	5.205	5.448	6.193
De 70 y más	2.579	2.377	2.505	2.501
Sin información	236	11	15	38
<b>TOTAL</b>	<b>2.982.805</b>	<b>3.036.987</b>	<b>3.321.793</b>	<b>3.474.839</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

<sup>5</sup> Idem 2.

<sup>6</sup> Corresponde a número de afiliados activos que cotizaron en dic de cada año, por remuneraciones devengadas en nov de cada año

**Cuadro 5: Número de cotizantes por tipo de fondo.<sup>7</sup>**

Tipo de Fondo	2003	2004	2005	2006
Fondo A	150.816	249.116	386.998	548.480
Fondo B	1.213.534	1.271.041	1.403.737	1.462.173
Fondo C	1.322.690	1.264.850	1.295.846	1.252.047
Fondo D	226.375	198.157	190.503	175.702
Fondo E	69.390	53.823	44.709	36.437
<b>Total</b>	<b>2.982.805</b>	<b>3.036.987</b>	<b>3.321.793</b>	<b>3.474.839</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

**Cuadro 6: Número de cotizantes según saldo en la cuenta de capitalización individual (en miles de pesos)**

Saldo de la cuenta de capitalización individual	2003	2004	2005	2006
Cero	18.955	11.458	1.873	829
0-100	85.023	82.294	101.651	100.523
100-500	324.569	315.367	361.564	363.172
500-1.000	296.058	283.419	309.534	308.549
1.000-2.000	447.859	421.953	443.131	430.472
2.000-3.000	332.023	320.740	334.197	320.956
3.000-4.000	252.488	253.032	264.765	257.566
4.000-5.000	193.345	197.970	213.556	213.732
5.000-7.000	264.269	284.262	310.893	326.395
7.000-10.000	235.823	256.568	286.399	317.547
10.000-20.000	319.900	358.844	396.923	454.996
20.000-50.000	176.906	205.118	239.554	293.646
50.000-100.000	33.621	43.623	53.930	73.170
100.000	1.966	2.339	3.823	13.286
<b>TOTAL</b>	<b>2.982.805</b>	<b>3.036.987</b>	<b>3.321.793</b>	<b>3.474.839</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

### 1.3 COTIZANTES POR TRABAJOS PESADOS

**Cuadro 1: Número de Cotizantes por trabajos pesados por tipo y sexo<sup>8</sup>**

	2003	2004	2005	2006
<b>Total Cotizantes</b>	<b>30.435</b>	<b>28.984</b>	<b>36.169</b>	<b>38.704</b>
Total dependientes	30.390	28.719	36.038	38.657
Dependientes hombres	24.008	22.559	27.694	29.680
Dependientes mujeres	6.382	6.160	8.344	8.977
Total independientes	45	265	131	47
Independientes hombre	37	232	94	37
Independientes mujeres	8	33	37	10
Total cotizantes hombre	24.045	22.791	27.788	29.717
Total cotizantes mujeres	6.390	6.193	8.381	8.987

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

<sup>7</sup> Corresponde a número de afiliados activos que cotizaron en dic de cada año, por remuneraciones devengadas en nov de cada año

<sup>8</sup> Corresponde a número de afiliados activos que cotizaron en dic de cada año, por remuneraciones devengadas en nov de cada año

**Cuadro 2: Número de Cotizantes<sup>9</sup> por trabajos pesados por edad.**

Edad	2003	2004	2005	2006
Hasta 20	98	96	139	146
De 20 a 24	962	785	1.222	1.272
De 25 a 29	2.824	2.395	3.233	3.333
De 30 a 34	4.355	3.725	4.813	5.184
De 35 a 39	6.188	5.294	6.164	6.254
De 40 a 44	5.738	5.628	6.961	7.261
De 45 a 49	5.243	5.073	6.174	6.479
De 50 a 54	3.476	3.980	5.023	5.716
De 55 a 59	1.309	1.641	2.016	2.459
De 60 a 64	230	345	398	576
De 65 a 69	11	19	24	20
De 70 y más	0	3	2	4
Sin información	1	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>30.435</b>	<b>28.984</b>	<b>36.169</b>	<b>38.704</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

#### 1.4 AHORRO VOLUNTARIO

**Cuadro 1: Número de cuentas de Ahorro Voluntario Vigentes (1), Depósitos, Retiros y Saldo Total Acumulado.**

	2003	2004	2005	2006
<b>Numero de cuentas</b>				
Con Saldo igual a cero	887.829	602.877	666.257	741.746
Con saldo mayor que cero	760.822	791.764	812.639	836.461
<b>Depósitos</b>				
Nº de depósitos del mes	220.092	221.977	212.639	213.189
Monto promedio depósitos	40.000	60.000	46.000	87.000
<b>Retiros</b>				
Nº Retiros del mes	43.758	35.794	35.358	32.232
Monto Promedio Retiros	161.000	234.000	317.000	348.000
Saldo Total Acumulado MM\$	222.643	307.629	401.100	552.746

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

(1) Corresponde al número de cuentas de Ahorro Voluntario vigentes y formalizadas durante diciembre de cada año

#### 1.5 PENSIONES

**Cuadro 1: Número Total de Afiliados Pensionados por Vejez**

	2003	2004	2005	2006
<b>Total Vejez Edad (1)</b>	<b>241.278</b>	<b>267.339</b>	<b>292.508</b>	<b>322.166</b>
Pensionados Hombres	129.801	140.553	149.678	161.997
Pensionadas Mujeres	111.477	126.786	142.830	160.169
<b>Total Vejez anticipada (2)</b>	<b>245.681</b>	<b>262.492</b>	<b>269.793</b>	<b>276.514</b>
Pensionados Hombres	210.698	224.991	231.315	237.157
Pensionadas Mujeres	34.983	37.501	38.478	39.357
<b>Total Vejez</b>	<b>486.959</b>	<b>529.831</b>	<b>562.301</b>	<b>598.680</b>

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

(1) Incluye afiliados pensionados por vejez edad fallecidos de cada año

(2) Incluye afiliados pensionados por vejez anticipada fallecidos de cada año

<sup>9</sup> Corresponde a número de afiliados activos que cotizaron en dic de cada año, por remuneraciones devengadas en nov de cada año

**Cuadro 2: Número Total de Afiliados Declarados Inválidos**

	2003	2004	2005	2006
<b>Inválidos Definitivos(1)</b>	<b>53.388</b>	<b>57.741</b>	<b>63.654</b>	<b>69.146</b>
Inválidos parciales	5.393	6.179	7.972	8.900
Inválidos parciales Hombres	3.717	4.227	5.423	6.023
Inválidos parciales Mujeres	1.676	1.952	2.549	2.877
Inválidos Totales	47.995	51.562	55.682	60.246
Inválidos Totales hombres	36.947	39.572	42.470	45.694
Inválidos Totales Mujeres	11.048	11.990	13.212	14.552
<b>Inválidos transitorios(2)</b>	<b>40.624</b>	<b>45.988</b>	<b>37.151</b>	<b>38.386</b>
Inválidos parciales	9.010	10.428	7.774	7.854
Inválidos parciales Hombres	5.983	6.894	5.189	5.216
Inválidos parciales Mujeres	3.027	3.534	2.585	2.638
Inválidos Totales	31.614	35.560	29.377	30.532
Inválidos Totales hombres	23.594	26.298	21.585	22.213
Inválidos Totales Mujeres	8.020	9.262	7.792	8.319
<b>Inválidos declarados 2º dictamen(3)</b>	<b>32.012</b>	<b>36.553</b>	<b>42.451</b>	<b>47.886</b>
Inválidos parciales	5.301	6.077	7.828	8.748
Inválidos parciales Hombres	3.653	4.156	5.325	5.919
Inválidos parciales Mujeres	1.648	1.921	2.503	2.829
Inválidos Totales	26.711	30.476	34.623	39.138
Inválidos Totales hombres	20.095	22.799	25.714	28.908
Inválidos Totales Mujeres	6.616	7.677	8.909	10.230

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

(1) La fecha de declaración de la invalidez, corresponde a la fecha de la suscripción de la solicitud de pensión de invalidez del afiliado, que originó la emisión del primer dictamen de invalidez.

(2) Corresponden a declaraciones de invalidez notificadas a las AFP hasta el 31 de diciembre de cada año, corresponde a dictámenes de invalidez emitidos con las modificaciones al DL3500 introducidas por la Ley N° 18.964 del 10.03.1990.

(3) Corresponden a declaraciones de invalidez notificadas a las AFP hasta el 31 de diciembre de cada año, declarados inválidos mediante un segundo dictamen o un dictamen posterior

**Cuadro 3: Número de Pensiones pagadas en el mes y monto promedio de las pensiones en UF**

	2003		2004	
	Nº	Monto promedio	Nº	Monto promedio
Cubierto por el Seguro(1)	17.249		16.628	7.27
Retiro Programado	184.860	12.35	197.525	5.06
Renta Temporal	5.981	25.91	6.132	27.46
Renta Vitalicia (2)	311.815		320.039	9.27
Total	519.905		540.324	7.88
Valor UF (31/12)		\$16.920,00		\$17.317,05

	2005		2006	
	Nº	Monto promedio	Nº	Monto promedio
Cubierto por el Seguro(1)	16.299	7.29	16.019	7.62
Retiro Programado	214.239	5.07	232.398	5.39
Renta Temporal	6.917	25.61	6.818	26.26
Renta Vitalicia (2)	336.556	9.37	351.107	9.53
Total	574.011	7.90	606.342	8.08
Valor UF (31/12)		\$17.974,81		\$18.336,38

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

(1) Corresponde a las pensiones que se están pagando de acuerdo a la modalidad "cubiertas por el seguro" existente antes de las modificaciones introducidas al DL 3500 por la Ley N° 18.646 del 29.08.1987

(2) Fuente: Superintendencia de Valores y Seguros

## 2.- SISTEMA DE REPARTO

**Cuadro 1: Número de Cotizantes mensuales para pensiones según ex Cajas de Previsión (1)**

	2005	2006	2007
<b>I. SECTOR PRIVADO</b>	<b>653.239</b>	<b>650.381</b>	<b>648.656</b>
Empart	130.056	130.029	129.643
Salitre	1.787	1.715	1.685
Gildemeister	256	249	247
C.C.U.	387	375	367
Cía. Gas	339	332	327
Hochschild	23	21	19
Capremer EE. y Oficiales	10.858	10.839	10.803
Periodistas	13.867	13.616	13.512
Bancaria	4.775	4.661	4.615
Hípica Nacional	3.227	3.160	3.128
S.S.S. Ley Nº 10.383	456.535	457.375	456.864
S.S.S. Ley Nº 15.386	20.577	17.684	17.227
Triomar	10.552	10.325	10.219
<b>II. SECTOR PUBLICO</b>	<b>331.556</b>	<b>331.638</b>	<b>330.565</b>
Canaempu	111.103	110.183	109.267
Caja FF.CC.	34.827	34.450	34.287
EE.MM.República	3.178	3.137	3.082
EE.MM.Santiago	1.512	1.473	1.446
EE.MM.Valparaíso	264	251	255
Banco del Estado	3.906	3.786	3.714
Emos Empleados	587	576	566
OO.MM. República	6.342	6.205	6.145
Emos Obreros	644	636	627
<b>CAPREDENA</b>	<b>99.176</b>	<b>100.490</b>	<b>100.458</b>
<b>DIPRECA</b>	<b>59.314</b>	<b>59.748</b>	<b>59.785</b>
<b>TESORERIA</b>	<b>10.703</b>	<b>10.703</b>	<b>10.933</b>
<b>TOTAL</b>	<b>984.795</b>	<b>982.019</b>	<b>979.221</b>

Fuente: Boletín Estadístico, SUSESO

(1) Para el 2005 y el 2006 se consideran las cifras de diciembre, para el año 2007 se consideran las últimas cifras publicadas, es decir, de enero 2007

(2) Cifras sin clasificar o de denominación errónea

**Cuadro2: Número de Pensiones emitidas mensualmente según  
Caja de Previsión (1)**

	2005	2006	2007
<b>I. SECTOR PRIVADO</b>	<b>142.007</b>	<b>117.519</b>	<b>120.158</b>
Empart y Org. Auxiliares	19.805	19.076	20.519
Capremer EE. y Oficiales	329	295	327
Periodistas	477	879	471
Bancaria	22	42	16
Hípica Nacional	436	426	258
S.S.S. Ley Nº 10.383	94132	77.928	79.840
S.S.S. Ley Nº 15.386	26407	18.505	18.281
Triomar	399	368	446
<b>II. SECTOR PUBLICO</b>	<b>13.879</b>	<b>19.605</b>	<b>19.518</b>
Canaempu	12.475	18.370	18.401
Caja FF.CC.	52	41	42
EE.MM.República	423	233	303
EE.MM.Santiago	117	301	102
EE.MM.Valparaíso	24	86	33
Banco del Estado	3	5	1
Emos Empleados	27	55	32
OO.MM. República	514	488	590
Emos Obreros	20	26	14
<b>Otras (2)</b>	<b>224</b>	<b>10.442</b>	<b>8.807</b>
<b>TOTAL</b>	<b>155.886</b>	<b>147.566</b>	<b>148.483</b>

Fuente: Boletín Estadístico, SUSES0

(1) Para el 2005 y el 2006 se consideran las cifras de diciembre, para el año 2007 se consideran las últimas cifras publicadas, es decir, de abril 2007

**Cuadro3: Monto anual de Pensiones emitidas según Caja de Previsión en miles de \$(1)**

PREVISION	2005	2006	2007
<b>I. SECTOR PRIVADO</b>	<b>791.863.580</b>	<b>858.360.464</b>	<b>296.307.036</b>
Empart	238.064.552	254.392.184	86.850.323
Salitre	3.772.703	3.853.604	1.268.336
Gildemeister	766.314	783.716	262.445
C.C.U.	873.061	905.180	301.903
Cía. Gas	1.078.120	1.112.927	368.098
Hochschild	68.904	69.213	22.282
Capremer EE. y Oficiales	34.101.307	35.285.045	11.942.884
Periodistas	19.263.346	20.201.093	6.829.142
Bancaria	15.111.358	15.259.941	5.093.836
Hípica Nacional	4.563.101	4.799.227	1.618.764
S.S.S. Ley Nº 10.383	432.163.480	479.165.122	167.729.625
S.S.S. Ley Nº 15.386	15.709.069	15.166.346	4.818.282
Triomar	26.328.265	27.366.866	9.201.116
<b>II. SECTOR PUBLICO</b>	<b>1.186.562.417</b>	<b>1.262.593.866</b>	<b>434.165.714</b>
Canaempu	307.221.203	329.227.908	112.638.830
Caja FF.CC.	60.898.427	63.304.992	21.495.817
EE.MM.República	6.546.466	6.792.294	2.284.160
EE.MM.Santiago	2.830.362	2.862.126	945.820
EE.MM.Valparaíso	699.759	719.698	240.597
Banco del Estado	20.571.415	20.661.126	6.861.657
Emos Empleados	1.518.991	1.578.701	526.744
OO.MM. República	6.772.053	7.228.366	2.460.683
Emos Obreros	1.779.598	1.847.423	622.167
<b>CAPREDENA</b>	<b>489.876.390</b>	<b>521.260.910</b>	<b>179.850.704</b>
<b>DIPRECA</b>	<b>276.368.013</b>	<b>294.799.397</b>	<b>101.932.181</b>
<b>TESORERIA</b>	<b>11.479.740</b>	<b>12.310.924</b>	<b>4.306.354</b>
<b>TOTAL</b>	<b>1.978.425.997</b>	<b>2.120.954.330</b>	<b>730.472.750</b>

Fuente: Boletín Estadístico, SUSESO

(1) Para el 2005 y el 2006 se consideran las cifras anuales y para el año 2007 se considera la suma de los montos hasta abril 2007

**Cuadro4: Número y Monto anual (en millones de \$) de bonos de reconocimiento pagados según ex-cajas de previsión(1)**

	2005		2006		2007	
	Nº	Monto	Nº	Monto	Nº	Monto
<b>I. SECTOR PRIVADO</b>	<b>32.113</b>	<b>591.938</b>	<b>34.863</b>	<b>649.425</b>	<b>12.780</b>	<b>236.941</b>
Empart y Org. Auxiliares	11.816	357.434	12.853	389.466	4.924	148.401
Capremer EE. y Oficiales	223	10.388	243	12.228	98	4.341
Periodistas	343	9.772	387	11.934	144	4.047
Bancaria	545	29.175	599	30.415	208	10.010
Hípica Nacional	27	330	28	565	16	133
S.S.S. Sistema General	19.000	181.356	20.597	201.913	7.324	68.993
Triomar	159	3.482	156	2.903	66	1.017
<b>II. SECTOR PUBLICO</b>	<b>6.954</b>	<b>125.208</b>	<b>8.076</b>	<b>145.580</b>	<b>2.898</b>	<b>48.846</b>
Canaempu	5.790	98.763	6.828	114.794	2.479	39.483
Caja FF.CC.	170	3.092	186	3.688	54	931
EE.MM.República	128	1.815	159	2.542	59	754
EE.MM.Santiago	39	653	31	533	8	97
EE.MM.Valparaíso	2	7	5	86	1	2
Banco del Estado	293	15.310	347	18.456	107	5.337
Emos Empleados	21	277	21	281	8	137
OO.MM. República	181	1.640	222	2.076	68	561
Emos Obreros	25	244	21	328	12	174
<b>CAPREDENA</b>	<b>212</b>	<b>2.199</b>	<b>192</b>	<b>2.065</b>	<b>77</b>	<b>995</b>
<b>DIPRECA</b>	<b>93</b>	<b>1.204</b>	<b>64</b>	<b>733</b>	<b>25</b>	<b>374</b>
<b>TOTAL</b>	<b>39.067</b>	<b>591.938</b>	<b>42.939</b>	<b>795.005</b>	<b>15.678</b>	<b>285.786</b>

Fuente: Boletín Estadístico, SUSESO

(1) Para el 2005 y el 2006 se consideran las cifras anuales y para el año 2007 se considera la suma de los montos hasta abril 2007



### 3.- PENSIONES ASISTENCIALES

**Cuadro1: Número y Monto promedio mensual de cada año (en miles de \$) de Pensiones Asistenciales según tipo de Pensión (1)**

TIPO DE PENSION	2006		2007	
	Número	Monto	Número	Monto
<b>Vejez</b>	<b>189.150</b>	8.899.372	201.369	9.940.442
<b>Invalidez</b>	<b>197.794</b>	8.609.328	203.213	9.311.794
<b>Deficiente Mental</b>	<b>37.395</b>	1.604.598	39.964	1.802.597
<b>Total País</b>	<b>424.339</b>	19.113.299	444.546	21.054.833

Fuente: Boletín Estadístico, SUSESO

(1) Para el 2006 se consideran los promedios mensuales de todos los meses del año y para el año 2007 se considera el promedio mensual tomando los meses de enero a abril.

**Cuadro2: Número y Monto promedio mensual (en miles de \$) de Pensiones Asistenciales según Región (1)**

REGIONES	2006		2007	
	Número	Monto	Número	Monto
<b>I</b>	6.249	282.220	6.750	319.964
<b>II</b>	5.862	263.641	6.064	286.674
<b>III</b>	5.980	270.571	6.222	296.086
<b>IV</b>	20.273	920.557	21.527	1.026.972
<b>V</b>	32.502	1.461.835	34.366	1.624.585
<b>VI</b>	23.730	1.065.764	24.637	1.163.596
<b>VII</b>	30.825	1.388.065	32.410	1.534.327
<b>VIII</b>	77.195	3.450.309	81.185	3.813.410
<b>IX</b>	54.944	2.490.582	56.755	2.705.338
<b>X</b>	56.699	2.570.569	58.939	2.808.432
<b>XI</b>	4.144	187.565	4.323	205.708
<b>XII</b>	2.107	96.191	2.153	103.372
<b>RM</b>	103.829	4.672.439	109.217	5.166.370
<b>TOTAL</b>	<b>424.339</b>	<b>19.120.309</b>	<b>444.546</b>	<b>21.054.834</b>

Fuente: Boletín Estadístico, SUSESO

(1) Para el 2006 se consideran los promedios mensuales de todos los meses del año y para el año 2007 se considera el promedio mensual tomando los meses de enero a abril.

**Cuadro 3: Número de Pensiones Asistenciales emitidas según tipo, tramos de edad, sexo y región (marzo 2007).**

REGIÓN	TRAMOS DE EDAD	INVALIDEZ		VEJEZ		DISC. MENTAL		SUBTOTAL		TOTAL
		HOM	MUJ	HOM	MUJ	HOM	MUJ	HOM	MUJ	
<b>I</b>	0 - 17					164	133	164	133	<b>297</b>
	18 y MÁS	1.220	1.789	1.403	1.822	127	106	2.750	3.717	<b>6.467</b>
	Subtotal	<b>1.220</b>	<b>1.789</b>	<b>1.403</b>	<b>1.822</b>	<b>291</b>	<b>239</b>	<b>2.914</b>	<b>3.850</b>	<b>6.764</b>
<b>II</b>	0 - 17					160	101	160	101	<b>261</b>
	18 y MÁS	1.193	1.961	979	1.407	160	131	2.332	3.499	<b>5.831</b>
	Subtotal	<b>1.193</b>	<b>1.961</b>	<b>979</b>	<b>1.407</b>	<b>320</b>	<b>232</b>	<b>2.492</b>	<b>3.600</b>	<b>6.092</b>
<b>III</b>	0 - 17					69	47	69	47	<b>116</b>
	18 y MÁS	1.076	1.666	1.310	1.877	103	74	2.489	3.617	<b>6.106</b>
	Subtotal	<b>1.076</b>	<b>1.666</b>	<b>1.310</b>	<b>1.877</b>	<b>172</b>	<b>121</b>	<b>2.558</b>	<b>3.664</b>	<b>6.222</b>
<b>IV</b>	0 - 17					323	263	323	263	<b>586</b>
	18 y MÁS	3.368	4.594	4.814	7.450	428	354	8.610	12.398	<b>21.008</b>
	Subtotal	<b>3.368</b>	<b>4.594</b>	<b>4.814</b>	<b>7.450</b>	<b>751</b>	<b>617</b>	<b>8.933</b>	<b>12.661</b>	<b>21.594</b>
<b>V</b>	0 - 17					793	549	793	549	<b>1.342</b>
	18 y MÁS	6.640	10.353	5.638	7.698	1.515	1.264	13.793	19.315	<b>33.108</b>
	Subtotal	<b>6.640</b>	<b>10.353</b>	<b>5.638</b>	<b>7.698</b>	<b>2.308</b>	<b>1.813</b>	<b>14.586</b>	<b>19.864</b>	<b>34.450</b>
<b>VI</b>	0 - 17					330	252	330	252	<b>582</b>
	18 y MÁS	5.096	8.266	3.661	6.482	314	231	9.071	14.979	<b>24.050</b>
	Subtotal	<b>5.096</b>	<b>8.266</b>	<b>3.661</b>	<b>6.482</b>	<b>644</b>	<b>483</b>	<b>9.401</b>	<b>15.231</b>	<b>24.632</b>
<b>VII</b>	0 - 17					412	325	412	325	<b>737</b>
	18 y MÁS	6.612	8.432	6.739	9.377	301	283	13.652	18.092	<b>31.744</b>
	Subtotal	<b>6.612</b>	<b>8.432</b>	<b>6.739</b>	<b>9.377</b>	<b>713</b>	<b>608</b>	<b>14.064</b>	<b>18.417</b>	<b>32.481</b>
<b>VIII</b>	0 - 17					2533	1775	2.533	1.775	<b>4.308</b>
	18 y MÁS	16.790	26.861	10.897	18.601	2.126	1.607	29.813	47.069	<b>76.882</b>
	Subtotal	<b>16.790</b>	<b>26.861</b>	<b>10.897</b>	<b>18.601</b>	<b>4.659</b>	<b>3.382</b>	<b>32.346</b>	<b>48.844</b>	<b>81.190</b>
<b>IX</b>	0 - 17					876	697	876	697	<b>1.573</b>
	18 y MÁS	8.629	12.110	13.764	16.978	1.958	1.751	24.351	30.839	<b>55.190</b>
	Subtotal	<b>8.629</b>	<b>12.110</b>	<b>13.764</b>	<b>16.978</b>	<b>2.834</b>	<b>2.448</b>	<b>25.227</b>	<b>31.536</b>	<b>56.763</b>
<b>X</b>	0 - 17					1218	961	1.218	961	<b>2.179</b>
	18 y MÁS	9.074	12.465	13.520	19.020	1.467	1.258	24.061	32.743	<b>56.804</b>
	Subtotal	<b>9.074</b>	<b>12.465</b>	<b>13.520</b>	<b>19.020</b>	<b>2.685</b>	<b>2.219</b>	<b>25.279</b>	<b>33.704</b>	<b>58.983</b>
<b>XI</b>	0 - 17					54	41	54	41	<b>95</b>
	18 y MÁS	658	1.157	990	1.191	119	113	1.767	2.461	<b>4.228</b>
	Subtotal	<b>658</b>	<b>1.157</b>	<b>990</b>	<b>1.191</b>	<b>173</b>	<b>154</b>	<b>1.821</b>	<b>2.502</b>	<b>4.323</b>
<b>XII</b>	0 - 17					20	13	20	13	<b>33</b>
	18 y MÁS	444	657	391	574	29	31	864	1.262	<b>2.126</b>
	Subtotal	<b>444</b>	<b>657</b>	<b>391</b>	<b>574</b>	<b>49</b>	<b>44</b>	<b>884</b>	<b>1.275</b>	<b>2.159</b>
<b>RM</b>	0 - 17					2512	1872	2.512	1.872	<b>4.384</b>
	18 y MÁS	19.859	32.447	15.637	29.528	4.031	3.712	39.527	65.687	<b>105.214</b>
	Subtotal	<b>19.859</b>	<b>32.447</b>	<b>15.637</b>	<b>29.528</b>	<b>6.543</b>	<b>5.584</b>	<b>42.039</b>	<b>67.559</b>	<b>109.598</b>
<b>TOTAL</b>	0 - 17	0	0	0	0	9.464	7.029	9.464	7.029	<b>16.493</b>
	18 y MÁS	80.659	122.758	79.743	122.005	12.678	10.915	173.080	255.678	<b>428.758</b>
	Subtotal	<b>80.659</b>	<b>122.758</b>	<b>79.743</b>	<b>122.005</b>	<b>22.142</b>	<b>17.944</b>	<b>182.544</b>	<b>262.707</b>	<b>445.251</b>

## 4. URUGUAY

### 4.1. Jubilaciones y Pensiones

Uruguay. Programa de seguros sociales (Contributivo). Cantidad de jubilaciones y pensiones por Institución de Seguridad Social. Diciembre 2005.			
	<i>Jubilaciones</i>	<i>Pensiones de sobrevivencia</i>	<i>Total</i>
Banco de Previsión Social	366.839	275.921	642.760
Caja de Profesionales Universitarios	6.608	4.397	11.005
Caja Notarial	1.349	642	1991
Caja Bancaria	9.921	6.120	16.041
Servicio de Retiros Militares	30.499	14.182	44.681
Servicio de Retiros Policiales	13.699	11.181	24.880

Fuente INE, Anuario Estadístico del INE. 2006

Uruguay. Programa de asistencia social (No contributivo). Número de pensiones del BPS (1)	
<i>Tipo de pensión</i>	<i>Número de pensiones</i>
Pensiones Vejez	18.103
Pensiones Invalidez	51.256
Total	69.359

Fuente: BPS - Asesoría Económica y Actuarial. Diciembre 2006.

(1) Las prestaciones no contributivas para adultos mayores sólo las otorga el BPS, las otras instituciones de seguridad social no las prestan.

Uruguay. Programa de asistencia social (No contributivo). Cantidad de pensiones de vejez e invalidez por sexo. Diciembre 2006.		
<i>Sexo</i>	<i>Número de pensiones</i>	<i>Porcentaje</i>
Masculino	32.266	46,5 %
Femenino	37.093	53,5 %
Total	69.359	100 %

Fuente: BPS - Asesoría Económica y Actuarial

Uruguay. Programa de asistencia social (No contributivo). Cantidad de pensiones de vejez e invalidez por zona geográfica. Diciembre 2006.		
<i>Sexo</i>	<i>Número de pensiones</i>	<i>Porcentaje</i>
Montevideo	20.956	30,2%
Interior	48.403	69,8%
Total	69.359	100%

Fuente: BPS - Asesoría Económica y Actuarial

Uruguay. Programa de asistencia social (No contributivo). Cantidad de pensiones de vejez e invalidez por tramos de ingreso. Diciembre 2006.		
<i>Tramo de ingreso (en pesos uruguayos)</i>	<i>Número de pensiones</i>	<i>Porcentaje</i>
Hasta 1.482	6.210	8,9%
De 1.483 a 2.964	63.149	91,1%
Total	69.629	100%

Fuente: BPS - Asesoría económica y Actuarial

Uruguay. Prestaciones Contributivas. Erogaciones anuales por tipo de prestaciones del BPS. Año 2006. En dólares (1)	
Tipo de prestación	Erogaciones anuales 2006
Jubilaciones	933.484.470
Pensiones de sobrevivencia	301.476.355
Otras prestaciones (2)	201.005.722
Total	1.435.966.547

Fuente: BPS – Balance General 2006

(1) Tipo de cambio Interbancario vendedor promedio 2006 \$ 24.07

Uruguay. Prestaciones No Contributivas. Erogaciones anuales en pensiones por vejez e invalidez. Año 2006. En dólares (1)	
Total	89.813.925

Fuente: BPS – Balance General 2006.

(1) Tipo de cambio interbancario vendedor promedio 2006 \$ 24.07

## 4.2. Ingreso de los adultos mayores

La información disponible, desagregada por edad e ingresos, se refiere únicamente a los adultos mayores que reciben jubilaciones. Con la intención que esta información resulte más clara, se incluyen datos de la proporción de personas cubiertas por jubilaciones en esos tramos de edad.

Uruguay. Proporción de personas cubiertas por jubilaciones según tramos de edad. Año 2006		
60 años y más	65 años y más	70 años y más
60,2	68,4	72,8

Fuente: Arim, Vigorito y Salas *Las políticas de transferencias de ingresos y su rol en Uruguay. 2001 - 2006.* (2006) en base a datos de la Encuesta Continua de Hogares del INE

Uruguay. Distribución y proporción de adultos mayores que reciben jubilaciones, por tramos de edad según quintil de ingreso per cápita			
	60 años y más	65 años y más	70 años y más
Primer quintil	2,8	2,7	2,2
Segundo quintil	9,2	8,7	7,7
Tercer quintil	20,8	20,8	21,2
Cuarto quintil	31,7	32,4	31,5
Quinto quintil	35,6	35,5	35,4

Fuente: Arim, Vigorito y Salas *Las políticas de transferencias de ingresos y su rol en Uruguay. 2001 - 2006.* (2006) en base a datos de la Encuesta Continua de Hogares del INE

## 4.3. Distribución de la pobreza

Según el INE 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.

Las mujeres reciben menores ingresos por pasividades que los hombres, la forma más común de acceso al ingreso 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%.

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%.

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, el 90% sin discriminación de sexo indicaron obtener un ingreso y el resto, lo hace para mantenerse activo.

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.

Los datos para 2006 muestran que los niveles de pobreza han descendido en el total y en todos los tramos de edad. Se sigue manteniendo la más baja proporción de pobreza en los adultos mayores, en relación al resto de la población.

Uruguay. Incidencia de la pobreza (1) por grupo de edad y zona geográfica. Primer semestre 2006. (Porcentaje de personas pobres en localidades de 5.000 habitantes y más)			
Tramo de edad	Total país	Montevideo	Interior
Menos de 6 años	49.46	52.11	47.43
De 6 a 12 años	48.42	51.27	46.48
De 13 a 17 años	41.06	42.51	39.94
De 18 a 64 años	23.09	23.97	22.27
<b>De 65 y más años</b>	<b>7.93</b>	<b>8.60</b>	<b>7.22</b>
Total	27.37	27.71	27.08

Fuente: Instituto Nacional de Estadística  
 (1) Línea de pobreza, metodología 2002

#### 4.4. Actividad económica de los adultos mayores

Además de la protección social brindada por el sistema de seguridad social, otra de las formas que tienen los adultos mayores para obtener seguridad económica es la de continuar en el mercado laboral, seguir trabajando o incluso reinsertarse.

A continuación se analiza información sobre las tasas de actividad, de empleo y de desempleo de los adultos mayores.

Uruguay. Tasas específicas de actividad, empleo y desempleo por sexo y tramo de edad de 60 y más de edad 2002 y 2006 (En porcentajes)						
	2002			2006		
	Actividad	Empleo	Desempleo	Actividad	Empleo	Desempleo
<b>Niveles:</b>						
Masculino 60 y más	<b>27,1</b>	<b>25,3</b>	<b>6,6</b>	<b>33,2</b>	<b>31,5</b>	<b>5,2</b>
Total Masculina	70,7	61,2	13,5	72,3	66,3	8,2
Femenino 60 y más	<b>11,5</b>	<b>10,5</b>	<b>8,9</b>	<b>15,5</b>	<b>14,5</b>	<b>6,5</b>
Total Femenina	49,4	38,9	21,2	50,9	43,7	14,2
<b>Variaciones:</b>						
Masculino 60 y más				<b>22,5</b>	<b>24,5</b>	<b>- 21,2</b>
Total Masculina				2,3	8,3	- 39,3
Femenino 60 y más				<b>34,8</b>	<b>38,1</b>	<b>- 27,0</b>
Total Femenina				3,0	12,3	- 33,0

Fuente: Asesoría en Políticas de Seguridad Social- BPS. En base a datos del INE, Encuestas de Hogares 2002 y 2006.

Los indicadores de actividad y ocupación han mejorado en general, en la población total, y de forma más acusada en los mayores de 60 años. Sin embargo, es preciso hacer una aclaración importante: 2002 fue un año de crisis económica en Uruguay, crisis que fue superada, por eso todos los indicadores del mercado laboral han mejorado. Pero vemos que en particular mejoraron los de los adultos mayores.

La tasa de actividad de los hombres adultos mayores es de un 33%, es decir que la tercera parte de los hombres adultos mayores se declaran activos laboralmente (o trabajan o están desocupados, pero son población activa). La tasa de actividad de las mujeres adultas mayores es de un 15,5%, menos de la mitad de la proporción de hombres activos.

La tasa de ocupación de los hombres adultos mayores es de un 31,5%, lo que significa que casi la tercera parte de los hombres adultos mayores están ocupados.

La tasa de ocupación de las mujeres es del 14,5%. También es menos de la mitad de la proporción de hombres ocupados.

La tasa de desempleo de los adultos mayores es de 5,2% para los hombres y 6,5% para las mujeres.

Una mirada global muestra que, como es de esperar, las tasas de actividad, de empleo y de desempleo son más bajas para los adultos mayores que para la población en general. También se observa que la participación femenina en el mercado laboral es menor que la masculina, cualquiera sea la edad.

Se constata que los crecimientos de las tasas de actividad y empleo (y las bajas de las tasas de desempleo) de los adultos mayores supera a los generales por sexo, y las diferencias son más marcadas en el caso femenino, sugiriendo que la reactivación mejoró la posición relativa de los de más edad, o mirado desde otro punto de vista, que cuando se produjo la crisis económica los que en mayor proporción fueron desplazados de los empleos fueron las personas de más edad y en especial las mujeres.

Esta es la situación. En cuanto a las tendencias, si bien no tenemos datos de proyecciones realizadas para estos indicadores, podemos inferir, que de mantenerse una serie de factores como demanda de empleo, envejecimiento saludable y al mismo tiempo se mantienen estrictos los requisitos de acceso a las jubilaciones, los adultos mayores mantendrán o aumentarán sus tasas de actividad.

## 4.5. Reformas del sistema previsional

No se han abordado reformas estructurales del sistema, pero se han incorporado algunas leyes que modifican aspectos del mismo. Simultáneamente, se ha establecido un "Diálogo Nacional", que tiene entre sus objetivos el de "proporcionar insumos para eventuales futuras reformas".

El Diálogo Nacional sobre Seguridad Social (DNSS) es un proyecto organizado y convocado por organismos de gobierno que integran la Comisión Sectorial de Seguridad Social -que funciona en la órbita de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto- y la Universidad de la República, con el apoyo del Sistema de Naciones Unidas en Uruguay y la Agencia Española de Cooperación Internacional

El objetivo general del proyecto es promover un amplio proceso de diálogo sobre la seguridad social en Uruguay que incluya a todos los actores relevantes de la sociedad, con el propósito de generar insumos para eventuales futuras reformas y fortalecer la gobernabilidad democrática.

Algunas leyes que incorporan elementos específicos de cambios en el sistema:

- **Ley N° 18.033** (de 13 de octubre de 2006). **Ley reparatoria de situaciones de privación de libertad, clandestinidad, desempleo y exilio por razones políticas, ideológicas o gremiales.**

Beneficiarios: las personas que entre el 9/02/1973 y el 28/02/1985, se vieron obligadas a abandonar el territorio nacional; estuvieron detenidas; estuvieron en la clandestinidad o fueron despedidos de la actividad privada por razones políticas, ideológicas o gremiales.

Se formó una Comisión que estudia caso a caso, y la reparación varía, puede ir desde una Pensión, hasta la consideración de esos años a efectos jubilatorios.

- **Ley 18.095 de 10/01/2007, Prima por edad.** A los jubilados del BPS mayores de 70 años y que perciben menores ingresos e integran hogares de escasos recursos económicos se les otorga un complemento adicional a la jubilación denominado "prima por edad" a partir del 1/01/2007.
- **Ley 18.119 - Topes jubilatorios.** Se elevan topes de ingresos jubilatorios - a cierto segmento de beneficiarios del BPS que cesaron su actividad a partir del año 1994 -, a quienes se les reliquidará la prestación.

- **Propuesta de flexibilización en el acceso a las pasividades.** No es ley aún, es una propuesta presentada por las autoridades del BPS, que se encuentra en estudio del Poder Ejecutivo. Se trata de la modificación de determinados parámetros de causal jubilatoria o pensionaria: disminución de años de trabajo requeridos o de edad (en ciertas condiciones) para la jubilación común; disminución de la edad requerida para jubilaciones por edad avanzada, así como de Pensiones a la Vejez.

## 4.6. Estudios sobre la situación económica de los adultos mayores

### **“Las políticas de transferencias de ingresos y su rol en Uruguay. 2001 – 2006”.**

Autor: Rodrigo Arim, Andrea Vigorito, con la colaboración de Gonzalo Salas

Fecha de realización: Diciembre 2006

#### **Resumen de los principales resultados:**

Este trabajo fue realizado para el Departamento de Desarrollo, División Humana de América Latina y el Caribe del Banco Mundial.

Si bien no trata específicamente de la situación económica de los adultos mayores, sino que analiza el impacto de las transferencias públicas en los hogares, presenta información diferenciada entre hogares con adultos mayores y hogares sin adultos mayores.

Entre sus principales resultados se destaca: “El sistema de transferencias de ingresos uruguayo está principalmente concentrado en los adultos mayores, dada la cobertura casi universal de jubilaciones y pensiones. Dichas transferencias son un componente central de los ingresos de los mismos y su modalidad predominante son las jubilaciones en el caso de los varones y las pensiones de sobrevivencia en el caso de las mujeres. Sin embargo, el actual sistema (...) representa un desafío importante para el rediseño de la red de protección social, tanto debido a los cambios en los arreglos familiares como a las posibilidades de acceso a una jubilación debido a la densidad de aportes requerida.”

Destacamos los comentarios que refieren a la necesidad de considerar que la alta cobertura del sistema y el valor relativamente elevado de las jubilaciones (en relación al resto de las transferencias), es una de las causas que explican la baja incidencia de la pobreza en los adultos mayores. Asimismo que, en términos dinámicos esta situación puede alterarse negativamente, debido a que el diseño del sistema no acompaña los cambios en la estructura familiar y el mercado de trabajo.

### **“Seguridad social y género en Uruguay: un análisis de las diferencias de acceso a la jubilación”**

Autores: Marisa Bucheli; Alvaro Forteza; Ianina Rossi



Fecha de realización: Mayo 2006

### **Resumen de los principales resultados:**

De acuerdo a los datos del Uruguay para las zonas urbanas, los diversos programas de jubilaciones y pensiones cubren a más del 90% de los adultos mayores. Hombres y mujeres se amparan en programas diferentes: los primeros acceden en mayor proporción a la titularidad de una jubilación mientras que el peso de pensionistas es algo mayor entre las mujeres. Algunos datos sugieren que el menor acceso de las mujeres a la jubilación se origina en gran medida en razones parecidas a la de los países desarrollados: las mujeres tienen mayor propensión a interrumpir su vida laboral por períodos relativamente prolongados, como resultado de trabajar en las tareas que implican las responsabilidades familiares



*Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia  
y Servicios Sociales en los países iberoamericanos*

# **SEGUNDA PARTE: LA SALUD DE LOS ADULTOS MAYORES**

# 1. ARGENTINA

## 1.1. Perfil de salud los adultos mayores

### 1.1.1. Consumo de tabaco

Según los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, el 39,5% de los adultos mayores de 65 años y más fumó cigarrillos alguna vez en su vida. Por género, el 61,7% de los mayores varones ha fumado alguna vez en su vida, mientras que sólo lo ha hecho el 21,9% de las mujeres. Respecto al consumo actual se observa una prevalencia del 12,1% y que el consumo entre los varones duplica al de las mujeres. Destaca el porcentaje de personas de 65 años no fumadoras y que se encuentran expuestas en su entorno a personas que fuman, un 30,6%

Argentina. Personas de 65 años y más, prevalencia de vida, prevalencia de consumo actual, prevalencia de ex consumo y prevalencia de consumo pasivo de tabaco. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2005				
Sexo	Prevalencia de			
	Vida	Consumo actual	Ex consumo	Consumo pasivo
Varones	61,7	16,6	45,1	31,9
Mujeres	21,9	8,6	13,4	29,6
<b>Total</b>	<b>39,5</b>	<b>12,1</b>	<b>27,4</b>	<b>30,6</b>

Nota:

Prevalencia de vida: proporción de personas de 65 años y más que fumó cigarrillos alguna vez en su vida respecto del total de personas del mismo grupo etario.

Prevalencia de consumo actual: proporción de personas de 65 años y más que fuman todos o algunos días en la actualidad y que a lo largo de su vida han fumado al menos 100 cigarrillos respecto del total de personas del mismo grupo etario.

Prevalencia de ex consumo: proporción de personas de 65 años y más que alguna vez en su vida fumaron al menos 100 cigarrillos y no fuman actualmente respecto del total de personas del mismo grupo etario.

Prevalencia de consumo pasivo: proporción de personas de 65 años y más que no fuman en la actualidad y que habitualmente están expuestas, en su entorno, a personas que fuman respecto del total de personas del mismo grupo etario.

**Fuente:** "Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades" VIGI+A e INDEC, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005.

### 1.1.2. Consumo de alcohol

El 11,4% de los adultos mayores presenta un consumo regular de riesgo de alcohol, es decir, personas de 65 años y más que consumieron, en el caso de las mujeres, más de un trago por día. En el caso de los hombres más de dos tragos por día. Los varones que realizan este tipo de consumo de alcohol duplican prácticamente a las mujeres.

Argentina- Personas de 65 años y más, consumo regular de riesgo de alcohol. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2005.			
Sexo	Consumo regular de riesgo de alcohol		
	Sí	No	Ns/nc
Varones	15,3	84,3	0,4
Mujeres	8,3	91,3	0,4
<b>Total</b>	<b>11,4</b>	<b>88,2</b>	<b>0,4</b>

Nota: el consumo regular de riesgo de alcohol es calculado sobre la población que declaró haber consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días y que declaró la frecuencia con que tomó alguna bebida alcohólica

Consumo regular de riesgo de alcohol: se considera que existe consumo regular de riesgo de alcohol cuando las personas consumieron, en el caso de las mujeres, más de un trago por día. En el caso de los hombres más de 2 tragos por día.

Fuente: "Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades" VIGI+A e INDEC, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005.

Respecto al consumo episódico de alcohol, es decir, el consumo de cinco o más tragos en un solo día aunque no se consuma todos los días, afecta a un 3% de la población mayor de 65 años. Al considerar el género destaca el porcentaje de los adultos mayores varones, 7,1%.

Argentina. Personas de 65 años y más, consumo episódico de riesgo de alcohol. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2005		
Sexo	Consumo episódico de riesgo de alcohol	
	Sí	No
Varones	7,1	92,6
Mujeres	0,5	99,1
<b>Total</b>	<b>3,4</b>	<b>96,2</b>

Nota: el consumo episódico de riesgo de alcohol se ha calculado sobre la población que declaró haber consumido alguna bebida alcohólica en los últimos 30 días y que declaró la frecuencia con que tomó alguna bebida alcohólica.

Consumo episódico de riesgo de alcohol: se considera que existe consumo episódico de alcohol cuando las personas consumieron 5 o más tragos de cualquier bebida alcohólica por día.

Fuente: "Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades" VIGI+A e INDEC, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005.

El consumo excesivo de alcohol se relaciona con la aparición de muchos problemas graves de salud, como cirrosis hepática, pancreatitis, varios tipos de cáncer, hipertensión arterial, además de elevar el riesgo de depresión y suicidio. El abuso del alcohol también incrementa la tasa de accidentes de quienes conducen o manejan maquinaria bajo los efectos del alcohol.

### 1.1.3. Percepción del estado de salud

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo el 4,1% de los adultos mayores de 65 años y más considera que su estado de salud es excelente; un 11,9 que es muy bueno; un 45,7% que es bueno, un 32,3% que es regular y sólo el 6% refiere que es malo. Al considerar el género, los varones manifiestan una percepción en general más positiva de su salud que las mujeres.

Argentina. Personas de 65 años y más, estado de salud general. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Junio de 2005					
Sexo	Salud general				
	Excelente	Muy Buena	Buena	Regular	Mala
Varones	4,9	12,4	48,1	29,6	5,0
Mujeres	3,4	11,4	43,9	34,4	6,9
<b>Total</b>	<b>4,1</b>	<b>11,9</b>	<b>45,7</b>	<b>32,3</b>	<b>6,0</b>

Nota: la salud general se toma según la percepción del encuestado

Fuente: "Programa de Vigilancia de la Salud y Control de Enfermedades" VIGI+A e INDEC, Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005.

#### 1.1.4. Condiciones de discapacidad

La Primera Encuesta Nacional para Personas con Discapacidad 2002- 2003 calcula que el número de adultos mayores con discapacidad asciende a 1.039.887 personas, lo que supone el 24,8% de la población de 60 años y más. Por género, las mujeres mayores presentan un porcentaje ligeramente más alto que el de los varones.

Argentina. Personas de 60 años y más. Población total, población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad por sexo según grupos de edad. Año 2002-2003.									
Grupos de edad	Población total			Población con discapacidad			Prevalencia <sup>(1)</sup>		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
60-64	1.138.676	511.661	627.015	173.629	79.781	93.848	15,2	15,6	15,0
65-69	894.289	391.167	503.122	166.021	77.070	88.951	18,6	19,7	17,7
70-74	860.558	354.134	506.424	206.196	88.937	117.259	24,0	25,1	23,2
75-79	646.248	256.060	390.188	204.134	78.830	125.304	31,6	30,8	32,1
80-84	407.330	134.473	272.857	153.431	48.002	105.429	37,7	35,7	38,6
85-89	175.154	49.308	125.846	88.107	25.031	63.076	50,3	50,8	50,1
90-94	64.585	20.035	44.550	39.483	12.766	26.717	61,1	63,7	60,0
95-99	13.261	(..)	11.707	8.886	(..)	8.172	67,0	(..)	69,8
<b>Total</b>	<b>4.200.101</b>	<b>1.718.392</b>	<b>2.481.709</b>	<b>1.039.887</b>	<b>411.131</b>	<b>628.756</b>	<b>24,8</b>	<b>23,9</b>	<b>25,3</b>

<sup>(1)</sup> Prevalencia: corresponde al total de personas con discapacidad de cada grupo de edad y sexo dividido por la respectiva población total por cien.

(..) Dato estimado a partir de una muestra, con CV superior al 25%.

Nota: El total del país abarca al 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 cuadro siguiente muestra que el número de discapacidades se incrementa según avanza la edad. Entre las discapacidades la primera en orden de magnitud es la motora, que afecta al 55,8% de los adultos mayores que tienen una sola discapacidad. Por orden de importancia le siguen la auditiva con un 19,2% y la visual con un 18,4%.

Argentina. Personas con discapacidad de 60 años y más. Cantidad y tipo de discapacidad por grupos de edad. Año 2002-2003.

Grupos de edad	Población con discapacidad	Distribución según cantidad y tipo de discapacidades								
		Una discapacidad							Dos discapacidades	Tres o más discapacidades
		Total	Sólo visual	Sólo auditiva	Sólo del habla	Sólo motora	Sólo mental	Sólo una de otro tipo		
60-64	173.629	74,4	23,1	14,8	(..)	55,1	(..)	(..)	21,8	3,8
65-69	166.021	67,8	22,7	14,8	(..)	56,7	(..)	(..)	27,4	4,8
70-74	206.196	69,8	21,4	14,9	(..)	49,8	5,4	(..)	24,3	5,9
75-79	204.134	67,7	14,9	20,9	(..)	62,0	(..)	(..)	25,1	7,2
80-84	153.431	56,8	10,8	17,8	(..)	57,8	(..)	(..)	30,7	12,5
85-89	88.107	48,3	18,8	24,7	(..)	48,2	(..)	(..)	33,3	18,5
90-94	39.483	51,8	(..)	26,2	(..)	56,1	(..)	(..)	32,5	(..)
95-99	8.886	(..)	(..)	31,9	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)
<b>Total</b>	<b>1.039.887</b>	<b>65,3</b>	18,4	(..)	1,2	55,8	3,5	1,9	<b>26,6</b>	<b>8,2</b>

(..) Dato estimado a partir de una muestra, con CV superior al 25%.

Nota: El total del país abarca al 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.

## 1.2. Acceso y uso de los servicios de salud

De acuerdo con la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud de 2005, un 84% de las personas de 65 y más años de edad están afiliadas a algún sistema de atención de la salud. El porcentaje de afiliados crece con la edad.

Las personas mayores consultan en bastante mayor proporción que las de otros grupos de edad a los médicos (no así a otros profesionales del sector de la salud, como dentistas, especialistas en salud mental u otros profesionales) y son usuarios más asiduos de medicamentos, análisis, tratamientos e internaciones.

Argentina. Usuarios de distintos servicios de salud según grupos de edad (en %). Total país. Año 2005.

Población	Afiliados	Consultantes a:				Usuarios de:	
		Médico	Dentista	Salud Mental	Otros profes.	Medicamentos	Análisis, tratamientos, internaciones
<b>Total población</b>	<b>62,7</b>	<b>40,6</b>	<b>15,3</b>	<b>4,1</b>	<b>2,7</b>	<b>69,2</b>	<b>22,1</b>
0-14 años	57,3	49,5	11,9	3,1	2,9	59,4	14,8
15-64 años	62,8	35,7	17,5	4,7	2,8	71,7	23,5
65 años y más	84,4	46,0	10,7	3,2	1,2	89,0	40,7

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Año 2005. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

El porcentaje de personas mayores que acuden a centros de atención primaria u hospitales del sector oficial es comparativamente bajo, pues en Argentina el sector oficial de salud es frecuentado sobre todo por quienes carecen de protección potencial de su salud (no afiliados). Así, el 38,3% de la población total acude a la consulta médica en el sector oficial mientras que este porcentaje se reduce al 14,5% entre las personas de 65 años y más.

Argentina. Personas consultante al médico en el sector oficial (en %). Total país. Año 2005.			
Población	Consultantes al médico en el sector oficial:		
	Hospital	Centros de Atención Primaria de la Salud	Total
<b>Total población</b>	<b>21,9</b>	<b>16,4</b>	<b>38,3</b>
0-14 años	26,7	26,5	53,3
15-64 años	20,3	11,5	31,8
65 años y más	11,4	3,1	14,5

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Año 2005. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

El promedio de consultas mensuales al médico es mayor entre la población de 65 años y más que entre la población general (1,78 para la población total y 2,05 para las personas mayores). El mayor número de consultas al mes se registra en los hospitales.

Argentina- Promedio de consultas mensuales por consultante. Total país. Año 2005.				
Población	Consultantes al médico sólo en:			
	Hospital	Centros de Atención Primaria de la Salud	Todo el Sector oficial	Todos los sectores
Total población	2,01	1,59	1,77	1,78
0-14 años	1,86	1,60	1,71	1,58
15-64 años	2,07	1,59	1,80	1,88
65 años y más	2,97	1,36	2,44	2,05

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Año 2005. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

A partir de los datos de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del año 2005 se observa que el gasto en salud de las personas mayores de 65 años (\$77,9 al mes de promedio) duplica al gasto de la población total (\$37,3). El gasto de bolsillo triplica al gasto en afiliación.

El rubro donde mayor es la diferencia de gasto entre la población mayor y la población total es el de análisis, tratamientos de atención sanitaria e internamientos hospitalarios (seis veces mayor), seguido del gasto en medicamentos, que se duplica en el caso de los mayores de 65 años respecto del conjunto de la población.

Argentina. Promedio de gasto en salud de la población (en \$). Total país. Año 2005.									
Población	Gasto Afiliación per cap.	Gasto en consultas a:			Medicamentos	Análisis Tratam. Internac.	Otros gastos	Total Gasto sin afiliación	Total Gasto general
		Médico	Dentista	Otros prof.					
<b>Total</b>	<b>8,0</b>	<b>2,4</b>	<b>3,1</b>	<b>2,6</b>	<b>14,8</b>	<b>3,2</b>	<b>3,1</b>	<b>29,3</b>	<b>37,3</b>
0-14 años	2,1	1,9	2,6	1,6	11,9	1,5	2,1	21,5	23,6
15-64 años	9,8	2,6	3,4	3,2	14,3	2,1	3,8	29,5	39,3
65 años y más	16,6	3,3	3,0	1,2	31,7	20,9	1,1	61,3	77,9

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Año 2005. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

Al analizar el gasto en salud de los usuarios que gastaron algo, se mantienen las diferencias de gasto entre los mayores de 65 años y la población total.

Argentina. Promedio de gasto en salud de de los usuarios que gastaron algo (en \$). Total país. Año 2005.									
Población	Gasto Afilación per cap.	Gasto en consultas a:			Medica- mentos	Análisis Tratam. Internac.	Otros gastos	Total Gasto sin afiliación	Total Gasto general
		Médico	Dentista	Otros prof.					
<b>Total</b>	<b>33,9</b>	<b>18,8</b>	<b>49,0</b>	<b>73,8</b>	<b>27,9</b>	<b>52,2</b>	<b>40,7</b>	<b>47,6</b>	<b>55,3</b>
0-14 años	45,4	11,6	52,5	65,8	31,5	43,2	42,1	45,1	47,2
15-64 años	31,2	22,9	47,0	78,7	24,2	33,8	43,6	44,0	52,8
65 años y más	51,2	23,9	60,9	40,8	48,8	119,2	12,3	85,7	97,4

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Año 2005. Dirección de Estadísticas e Información de Salud.

La Argentina cuenta con un sistema de salud público y universal, al cual todo ciudadano tiene derecho a acceder.

En 2004 el Plan Médico Obligatorio (PMO) (Res. 310/04 M.S.) reglamentó las prestaciones básicas esenciales que deben garantizar las obras sociales y empresas de medicina prepaga a toda la población beneficiaria. Esta normativa alcanza a la población con acceso a cobertura de salud.

El PMO comprende la atención primaria, incluida la materno-infantil y las enfermedades oncológicas, a través de médicos de cabecera y especialistas.

Incluye las distintas especialidades, como cardiología, cirugía, dermatología, oftalmología, psiquiatría o traumatología en los consultorios, a domicilio o en internaciones; los diferentes medios de diagnóstico, como los laboratorios o radiologías. También incluye la hemodiálisis y los trasplantes y prácticas de alta complejidad, y cubre la atención y medicaciones para enfermos con VIH.

También cubre todas las prácticas médicas, anestesia, medicamentos y material descartable durante las internaciones. El precio de los medicamentos en la atención ambulatoria está cubierto hasta en un 40% y el 100% en las internaciones.

### **Servicios específicos dirigidos a los adultos mayores dentro de la red pública**

#### **Programa Federal de Salud (PROFE)**

<http://profeonline.no-ip.info/>

Los beneficiarios de las pensiones no contributivas en Argentina, 254.250 adultos mayores titulares de distintas tipo de pensiones<sup>10</sup>, cuentan con la cobertura del Programa Federal de Salud (PROFE) a través del cual se incorpora a esta población a programas promoción, prevención, servicios de cuidados y tratamientos médicos.

#### **Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI)**

<http://www.pami.org.ar/>

Los beneficiarios del PAMI son los titulares de jubilaciones y pensiones nacionales.

<sup>10</sup> Pensiones vejez personas de 70 años y más, madres de 7 hijos o más, invalidez, por leyes especiales y graciabiles.



Argentina presenta cobertura universal de salud a través del hospital público y la red de Atención Primaria de la Salud. El programa *Remediar* del Ministerio de Salud de la Nación cumple con los objetivos de fortalecer el modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa y de asegurar el acceso a los medicamentos esenciales a la población más vulnerable, en especial para quienes están bajo línea de pobreza o no tienen cobertura de obra social. Para alcanzar tales objetivos, Remediar se propuso proveer medicamentos esenciales buscando llegar a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud del territorio nacional para su prescripción y suministro gratuito a la población objetivo.

El cuadro siguiente muestra que de los 13,2 millones de beneficiarios de *Remediar* el 11% son personas mayores de 60 años, en su mayoría mujeres. La utilización de los servicios de plan es mayor entre las personas de menor edad.

En valores absolutos se trata de 1.452.000 beneficiarios lo cual representa el 30% de la población adulta mayor del país.

Argentina- Personas de 60 años y más beneficiaria de Remediar, según sexo y grupos de edad. Total del país (en %). Año 2007.			
Edad	Mujer	Varón	Ambos sexos
00-04	8,6	8,5	17,1
05-09	6,3	6,2	12,5
10-14	4,6	4,1	8,7
15-19	4,8	2,9	7,7
20-24	5,2	2,5	7,7
25-29	5,0	2,2	7,2
30-34	4,1	1,8	5,9
35-39	3,5	1,6	5,1
40-44	3,2	1,5	4,7
45-49	2,9	1,5	4,4
50-54	2,8	1,5	4,3
55-59	2,4	1,5	3,9
60-64	2,0	1,3	3,3
65-69	1,6	1,1	2,7
70-74	1,3	0,9	2,2
75-79	0,9	0,6	1,5
80 y más	0,8	0,5	1,3
<b>Total 60 y más</b>	<b>6,6</b>	<b>4,4</b>	<b>11,0</b>
<b>Total</b>	<b>60,0</b>	<b>40,0</b>	<b>100,0</b>

N: 13,2 millones de beneficiarios

Fuente: Formulario R – SINTyS Ministerio de Salud - Remediar

Desde el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, que es la obra social de los jubilados nacionales, que cuenta con tres millones de afiliados adultos mayores, el PAMI (Programa Médico Integral) cubre entre el 50% y el 80% de los medicamentos recetados a sus afiliados. Las obras sociales provinciales cubren en diversos porcentajes la medicación de sus pacientes mayores.

### **1.3. Planes de Salud**

Si bien no existe un Plan Gerontológico en Argentina, se encuentran en ejecución diversos programas que tienen como objetivo velar por la salud de los adultos mayores.

#### **Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores**

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

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

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

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

En el ámbito territorial no existen Planes Gerontológicos, pero si programas que dan cuenta de la atención de la salud de los adultos mayores.

#### **Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires Programa de Salud para Adultos Mayores (PROSAM)**

A través del PROSAM, se desarrollan acciones de promoción y educación para la salud de los adultos mayores.

El propósito es trabajar en la prevención y el diagnóstico temprano de las enfermedades propias de este grupo etario.

El programa ayuda a prestar cobertura de salud incorporando al Programa Médicos de Cabecera a todos aquellos adultos mayores que no cuenten con obra social o medicina prepaga.

Además, el PROSAM ofrece capacitación a profesionales de la salud, orientada a la atención especializada del adulto mayor y a referentes comunitarios que la deseen.

#### **Provincia de Misiones Ministerio de Salud - Programa Provincial Red Gerontológica**

La Dirección de Gerontología es una estructura profesional-técnico-administrativa destinada al estudio del envejecimiento de la población de la Provincia de Misiones y sus consecuencias.

Tiene como principal objetivo desarrollar y ejercer control, supervisión y evaluación de la evolución de las personas mayores de 60 años, su grupo familiar, comunidad e instituciones relacionadas a estas, priorizando la medicina preventiva.

Objetivos específicos:

- **Normatización:** implementar pautas a las que se deben ajustar las conductas o actividades de aquellas personas o instituciones que se dediquen directa o indirectamente al cuidado, atención e internación de los adultos mayores a fin de regular las acciones.
- **Prevención:** adoptar medidas encaminadas a impedir que se produzcan deficiencias físicas, psíquicas, sensoriales, económicas y/o sociales en adultos mayores, o a evitar que las deficiencias una vez producidas tengan consecuencias físicas, psicológicas y/o económicas sociales negativas.
- **Rehabilitación:** desarrollar actividades o tareas encaminadas a permitir que una persona mayor, con deficiencias, alcance su máximo nivel físico, mental, económico, social con el fin de modificar su experiencia vital.

#### **Programa Nacional de Control del Tabaco:**

[http://www.msal.gov.ar/hm/site\\_tabaco/programa.asp](http://www.msal.gov.ar/hm/site_tabaco/programa.asp)

El Programa Nacional de Control del Tabaco del Ministerio de Salud de la Nación ofrece un enfoque integral de la problemática del tabaco, abarcando los aspectos principales que determinan el alto consumo de tabaco en Argentina, en particular:

- Elevada accesibilidad a los productos de tabaco
- Amplia presencia de imágenes positivas sobre el consumo
- Alta exposición al humo de tabaco ambiental
- Baja capacidad de los servicios de salud para la cesación tabáquica

El Programa comprende un conjunto de líneas de intervención que operan sobre estos cuatro determinantes principales y que están articuladas para lograr el control de la problemática del tabaco en sus tres áreas principales: prevención primaria, protección del fumador pasivo y cesación.

- 1.Regulación de la accesibilidad al tabaco
- 2.Promoción de estilos de vida sin tabaco
- 3.Promoción y regulación de ambientes libres de humo
- 4.Desarrollo de servicios e incentivos a la cesación

Asimismo, el Programa tiene una función rectora que se origina, desarrolla y sustenta dentro del marco del Ministerio de Salud, y se fortalece a través de la creación de una red de equipos dependientes de los Ministerios de Salud de las Provincias, que desarrollan y llevan a cabo en sus jurisdicciones las diversas estrategias propuestas y acordadas a nivel general en el marco del Plan Federal de Salud.

Objetivos para el año 2007

- Consolidar en la opinión pública la percepción del tabaquismo como un problema de gran importancia.
- Ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaco.

- Promover la sanción de leyes para el control del tabaco a nivel nacional y provincial.
- Disminuir la prevalencia en un 10%.
- Favorecer la creación de ambientes libres de humo en el sector público y privado del país.
- Promover el abandono de la adicción a través del desarrollo de servicios, la ampliación de la cobertura e incentivos para la población.

## **Plan Nacional Argentina Camina**

<http://municipios.msal.gov.ar/doc/Gacetilla%20Plan%20Nacional%20Argentina%20Camina.doc>

Una propuesta del Ministerio de Salud de la Nación para estimular la adopción de hábitos de vida saludables.

Según la encuesta de Factores de Riesgo realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2005, casi la mitad de los argentinos realizamos bajos o muy bajos niveles de actividad física.

La prevalencia de sobrepeso y obesidad a nivel nacional se incrementan con el aumento de la edad (de 17,9% y 3,9% en la población entre 18 y 24 años a 41,7% y 22,8% en la población de 60 a 64 años, sobrepeso y obesidad respectivamente), estabilizándose luego de los 65 años (44,5% y 17,7%).

El Plan Nacional "Argentina Camina" es una propuesta para estimular la actividad física y combatir el sedentarismo, a través de la incorporación regular de caminatas y otras actividades físicas con una frecuencia de al menos treinta minutos diarios, cinco veces por semana.

El objetivo de la estrategia "Argentina Camina" es reducir la incidencia de enfermedades crónicas, reducir el sobrepeso y mejorar la calidad de vida de la gente.

Entre otras acciones, se desarrollarán líneas de comunicación ligadas a los beneficios de la actividad física y al compromiso de su incorporación en los hábitos cotidianos, poniendo de relieve su importancia como factor esencial de promoción y protección de la salud, con especial énfasis en el ámbito comunitario a través de la Red Argentina de Municipios y Comunidades Saludables.

El Ministerio de Salud coordinará acciones con distintos ámbitos del gobierno nacional, gobiernos provinciales, municipios, organizaciones comunitarias y el sector privado para la promoción de actividades saludables, así como también promoverá el desarrollo de programas provinciales y municipales que den respuestas específicas según las distintas realidades regionales.

El Programa "Argentina Camina" es de fácil aplicación, bajo costo y alto beneficio para la promoción y la protección de la salud.

Las acciones del programa son:

- Soporte social: a través de redes sociales favorecedoras del cambio de conductas en comunidades y municipios (incorporación del uso de la

bicicleta como medio de transporte alternativo, mayor uso de escaleras en detrimento de ascensores, actividades físicas en el ámbito laboral, entre otras).

- Accesibilidad a sitios para realizar actividad física en lugares públicos generando una red de ciclovías y adecuando espacios para caminantes.
- Aumentar y prolongar la frecuencia de actividades físicas en las escuelas, así como fomentarla a través de redes formales e informales de educación.
- Programas de cambio de conductas individuales: alimentación saludable, incorporación de frutas y verduras a la dieta diaria, cesación tabáquica, etc.
- Campañas masivas de comunicación: campañas a gran escala a nivel comunitario (local), orientadas al público en general, incluyendo múltiples canales de comunicación (TV, radio, diarios, afiches y correo).

**Programa de Salud Ocular y Prevención de la Ceguera:** Creado por resolución ministerial 1250/06, en el ámbito de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias.

**OBJETIVOS:**

- Diagnóstico precoz y oportuno de las patologías oculares
- Prevenir la ceguera evitable
- Prevenir las discapacidades visuales
- Disminuir la ceguera y discapacidad visual por cataratas.
- Garantizar un mejor acceso a la atención oftalmológica para el tratamiento de las patologías oculares a la población del País.

Para esto se propone impulsar las actividades de promoción de la salud ocular en todos los programas del primer nivel de atención del Ministerio de Salud: Remediar, Médicos Comunitarios, Materno Infantil, Diabetes y otros; promover el desarrollo de actividades de prevención, diagnóstico precoz y oportuno de las patologías oculares según el nivel de complejidad que se requiera; apoyar a las jurisdicciones para garantizar el acceso al tratamiento de las patologías oculares y trabajar la temática en conjunto con la Seguridad Social y las Sociedades Científicas.

Hasta el 80% de los casos de ceguera son evitables, bien porque son resultado de afecciones prevenibles (20%) bien porque pueden tratarse (60%) hasta el punto de recuperar la visión.

El programa adquirirá insumos críticos para el paciente (lentes intraoculares, sustancia viscoelástica, suturas y colirios), evaluará la oferta y las necesidades de los servicios públicos presentados por las Provincias para eventualmente apoyar en instrumental y algún equipamiento.

Ya se ha conformado un Comité Nacional de Salud ocular y prevención de la ceguera con representantes de áreas gubernamentales de la salud, nacional y provincial, seguridad social y organizaciones médicas reconocidas de la sociedad civil.

<http://www.msal.gov.ar/htm/site/ver/site/default.asp>

### **Vacunación Antigripal**

El Ministerio de Salud lanzó el 12 de abril pasado la Campaña Nacional de Vacunación Antigripal. Durante este año, se ha reforzado la compra de vacunas antigripales, adquiriendo 1.000.000 de dosis, un 120 % más que en años anteriores, que serán destinadas a personas que no cuentan con ningún tipo de cobertura médica u obra social y están incluidas en siguientes grupos de riesgo:

- Mayores de 65 años.
- Adultos y niños con afecciones crónicas de los sistemas pulmonar y cardiovascular (cardiopatía, asma grave, enfisema, enfermedad fibroquística, hipertensión pulmonar).
- Pacientes con enfermedades metabólicas (diabetes), insuficiencia renal, hemoglobinopatías e inmunosupresión (incluye HIV (+) e inmunosupresión por medicación).
- Niños o adolescentes que están bajo terapia prolongada con ácido acetilsalicílico (aspirina).
- Trabajadores de la salud pública (médicas/os, enfermeras/os y aquellos que en hospitales o a través de cuidados domiciliarios tienen contacto con pacientes de alto riesgo).

Precisamente el objetivo de la campaña es prevenir la existencia de complicaciones en los citados grupos, disminuyendo la cantidad de internaciones hospitalarias y elevando de ese modo, la calidad de vida de la población.

Durante los periodos estacionales de la gripe, la vacuna logra en personas sanas menores de 65 años, entre un 70 a 90% de protección contra la infección, -cuando el antígeno de la vacuna es muy similar a las cepas circulantes del virus-. En los adultos mayores, principal grupo de riesgo, puede disminuir la gravedad de los casos reduciendo las complicaciones en un 50 y 60% y la tasa de mortalidad en un 80%.

La campaña nacional de vacunación antigripal en personas mayores de 65 años comenzó en 1993. La efectividad clínica de la vacuna fue similar a la señalada en informes publicados por otros países. Desde hace tres años Argentina ha agregado a las indicaciones para la vacunación antigripal (grupos de riesgo) a personas que padecen enfermedades crónicas y a los trabajadores de salud pública.

### **Programa Nacional de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus (PRONADIA)**

Objetivos:

- Mejorar la calidad y esperanza de vida de las personas diabéticas.
- Evitar y disminuir las complicaciones por esta patología.
- Procurar el descenso de sus costos directos e indirectos a través de un programa prioritariamente preventivo y de control, con intervenciones adecuadas sobre factores de riesgo de esta enfermedad y sus complicaciones.

[http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog\\_NPCD.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_NPCD.asp)

### **Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares**

Objetivos:

- Disminuir la morbilidad, mortalidad y secuelas por enfermedades cardiovasculares.
- Mejorar la calidad y esperanza de vida de la población.
- Lograr los mecanismos de coordinación, de control, evaluación y gestión tendientes a medir impacto.
- Organizar e implementar un registro epidemiológico.

[http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog\\_NPCEC.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site/prog_NPCEC.asp)

## **Subprograma de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama**

Objetivos:

- Reducir la mortalidad por cáncer de mama y mejorar la calidad de vida y sobrevida global de las mujeres portadoras de cáncer de mama.

## **Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino**

Objetivos:

- Reducir la mortalidad por cáncer de cuello uterino. Prevenir el carcinoma invasor a través de la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad en sus etapas preinvasoras.
- Garantizar el tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida en las pacientes con cáncer avanzado de cuello uterino.

[http://www.msal.gov.ar/hm/site/prog\\_SubDPCCU.asp](http://www.msal.gov.ar/hm/site/prog_SubDPCCU.asp)

## **Recursos humanos**

**Carrera de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional**  
(Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata)

El Ministerio de Desarrollo Social de la Nación a través de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, y su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores conjuntamente con la Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología implementaron la Carrera de Postgrado con carácter de Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional.

Esta Especialización, iniciada en el año 2007, tiene el carácter de pública, gratuita y federal, y esta destinada a una cobertura de 300 profesionales de todo el país.

La República Argentina adhirió al Plan Internacional de Acción sobre Envejecimiento (Madrid, 2002), en el cual se demanda la realización de cambios en las actitudes políticas y prácticas de todos los niveles y en todos los sectores de la sociedad. El objetivo del mismo es asegurar que las personas mayores, en cualquier lugar donde estén, sean capaces de envejecer con seguridad, dignidad y puedan continuar participando en sus sociedades.

Los objetivos prioritarios en la orientación de esta especialización en Gerontología Comunitaria Institucional se corresponden con la situación de la República Argentina que carece de suficientes recursos humanos para atender estos objetivos comprometidos y son razón de la implementación de esta carrera de postgrado considerada de fundamental importancia, para que las siguientes metas puedan ser llevadas a cabo en el ámbito nacional:

- Asegurar la completa realización de los derechos humanos y las libertades fundamentales para las personas de edad.
- Alcanzar el empoderamiento de las personas mayores a fin de que participen completa y efectivamente en la vida económica, política y social de sus sociedades, incluyendo la generación de ingresos y trabajo voluntario.
- Contar con oportunidades para el desarrollo individual y el bienestar a lo largo de la vida.

- Asegurar el disfrute de los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos.
- Eliminar las diversas formas de violencia y discriminación contra las personas de edad.
- Reconocer la importancia de la familia, la interdependencia entre las generaciones, la solidaridad y la reciprocidad para el desarrollo social.
- Proveer de cuidados de salud, apoyo y protección social para las personas mayores incluyendo prevención y rehabilitación.
- Facilitar la articulación entre distintos niveles de gobierno, la sociedad civil, el sector privado y las personas de edad para trasladar estas medidas en acciones concretas.
- Lograr un plan nacional de formación de recursos humanos en gerontología.

En este sentido, el abordaje comunitario e institucional de la Gerontología da cuenta de una respuesta a lo que es un tema de la comunidad y su entramado institucional. Este abordaje es el eje ideológico desde el cual se partió para tratar la vejez y los procesos singulares del envejecimiento.

La Gerontología Comunitaria e Institucional es un campo específico del estudio del envejecimiento humano interesado fundamentalmente en el conocimiento del adulto mayor en los diversos contextos en los que se desenvuelve. No hay un modo único de envejecer sino que son múltiples, tanto a nivel biológico, psicológico y fundamentalmente social. Las nociones de género, de clase social y de formación cultural conforman tipos de envejecimiento que resultan fundamentales a tener en cuenta a la hora de la comprensión del fenómeno, de la planificación social y de los abordajes.

## 1.4. Experiencias y ejemplos de buena práctica

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

## 2. BRASIL

### 2.1. Perfil de salud los adultos mayores

De acuerdo con datos del Censo demográfico (IBGE) de 2005 la esperanza de vida de la población brasileña es de 68,2 años para los hombres y de 75,8 años para las mujeres. Actualmente en Brasil residen 14 millones de adultos mayores. Se estima que para el año 2020 esta población sea veinte veces mayor. Dentro de esta población la que más crece corresponde a los 80 años y más.

Las principales causas de morbilidad entre la población anciana son: las enfermedades del aparato circulatorio, seguidas por las enfermedades del aparato respiratorio. Entre las causas de morbilidad de origen externo en primer lugar están las caídas.

De acuerdo con el Centro Americano de tratamiento para abuso de sustancias, existe un exceso de consumo de alcohol entre la población de 60 años y más. Cerca de un 15% de los alcohólicos son mujeres entre los 60 y 69 años.

La población adulta mayor pasa también por graves problemas nutricionales. En torno a un 45,6% de esta población se encuentra con índice elevado de sobrepeso.

En cuanto al tabaquismo, datos de la investigación realizada por el SESC-São Paulo mostraron que un 17% de los ancianos es fumador y un 36% abandonó este hábito.

La *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios* (Encuesta Nacional de Hogares 2005), aporta datos en relación a la percepción de salud de los adultos mayores brasileños. De entre los entrevistados, ancianos de ambos sexos los resultados obtenidos fueron:

- 40,6 perciben su salud como razonable,
- 36,5 respondieron como siendo "buena",
- 10,6 percibieron como mala;
- 3,3 como muy mala

#### 2.1.1. Mortalidad

En el año 2000 las principales causas de muerte de los adultos mayores en Brasil eran las enfermedades de aparato circulatorio que afectaban en mayor grado a las mujeres que a los varones, 38,2% y 35,5% respectivamente. Le siguen, por orden de importancia, las defunciones por causas mal definidas con un 16,8% para ambos sexos; las neoplasias con un porcentaje de fallecimientos ligeramente más alto entre los varones 15,7% frente al 13,2% de las mujeres. Las enfermedades del aparato respiratorio suponen la cuarta causa de muerte entre los adultos mayores. Las enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas representan la quinta causa de muerte, destacan las diferencias porcentuales entre hombres y mujeres. No se aprecian discordancias al considerar esta variable según el tramo de edad.

Brasil- Distribución porcentual de defunciones de la población adulta mayor por sexo y grupo de edad, según las principales causas de muerte <sup>1</sup> . 1980, 1991, 2000 <sup>2</sup>								
	Hombres				Mujeres			
	1980	1991	2000	Variación <sup>4</sup>	1980	1991	2000	Variación <sup>4</sup>
<b>60 años y más</b>								
Enfermedades del aparato circulatorio	42,6	38,1	35,5	-16,7	46,8	41,8	38,2	-18,4
síntomas, señales y hallazgos anormales en exámenes clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte <sup>3</sup>	22,4	21,2	16,8	-25,2	22,6	21,4	16,8	-25,6
Neoplasias (tumores)	12,3	13,7	15,7	27,6	10,5	11,9	13,2	25,7
Enfermedades del aparato respiratorio	7,6	10,2	12,6	65,4	6,5	8,8	11,5	75,4
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,5	3,3	5,0	102,9	4,1	5,5	7,9	93,3
<b>60 a 79 años</b>								
Enfermedades del aparato circulatorio	42,2	38,7	36,1	-14,5	45,4	41,3	37,7	-17,1
síntomas, señales y hallazgos anormales en exámenes clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	20,9	18,5	17,6	-15,7	22,6	18,2	14,0	-38,1
Neoplasias (tumores)	13,5	15,5	14,3	6,0	12,6	15,0	17,0	34,5
Enfermedades del aparato respiratorio	7,2	9,4	11,2	56,8	6,0	7,7	9,7	63,1
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,6	3,5	5,2	103,6	4,6	6,3	8,9	96,2
<b>80 años y más</b>								
Enfermedades del aparato circulatorio	44,0	36,8	34,0	-22,7	49,8	42,5	38,9	-21,8
síntomas, señales y hallazgos anormales en exámenes clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte	28,0	28,5	22,6	-19,5	26,2	26,5	20,8	-20,5
Neoplasias (tumores)	7,8	8,7	11,1	42,9	5,9	6,7	7,9	33,3
Enfermedades del aparato respiratorio	9,2	12,5	15,8	71,4	7,8	10,6	14,0	78,9
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	2,1	2,9	4,5	112,7	3,0	4,2	6,4	110,2

1. Las causas de muerte han sido ordenadas según su frecuencia en 2000 para el total de los adultos mayores.
2. Cabe resaltar que en los años 1980 y 1990 se refieren a la CIE 9 y en el año 2000 a la CIE 10. Por tanto la comparación entre los años no es directa ya que hubo alteraciones significativas entre la 9ª y la 10ª revisión.
3. Las informaciones en 1980 y 1991 son de la CIE 9 donde el capítulo equivalente es "síntomas, signos y afecciones mal definidas"
4. La variación fue calculada de la siguiente forma:  $(2000/1980)-1$

## 2.1.2. Discapacidad

El porcentaje de adultos mayores con alguna deficiencia por grupo de edad muestra la estrecha relación que existe entre la edad y la posibilidad de presentar alguna deficiencia. Así, mientras que los porcentajes de adultos mayores entre 60 y 64 años con alguna deficiencia se sitúan en 6,2% para los varones y de 4,2% para las mujeres, para el grupo de 80 y más los porcentajes son de 12,7% y 13,5% respectivamente.

Brasil- Porcentaje de adultos mayores con deficiencias por grupos de edad					
	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y más
Hombres	6,2	7,1	8,4	10,3	12,7
Mujeres	4,2	4,8	6,0	8,2	13,5

Al considerar el tipo de deficiencia destaca la de carácter mental que afecta a más del 50% de la población que presenta alguna deficiencia. Por género se observa en el caso de la deficiencia mental un porcentaje más alto en las mujeres 58,5% frente al 51,4% de los varones.

Brasil- Distribución porcentual de adultos mayores que se declararon con deficiencias, según el tipo de deficiencia		
	Hombres	Mujeres
Deficiencia mental	51,4	58,5
Falta de pierna, brazo, mano, pie o dedo pulgar	15,4	6,8
Parálisis permanente de las piernas	10,4	13,8
Parálisis permanente de uno de los dos lados del cuerpo	20,2	17,4
Parálisis permanente total	2,5	3,5

El porcentaje de adultos mayores que presenta dificultades para caminar y/ o subir escaleras se sitúa en el 15% para los varones y en el 23,8% en el caso de las mujeres. Esta dificultad aumenta conforme avanza la edad y es más pronunciada entre las mujeres.

Brasil- Porcentaje de adultos mayores que declaran tener alguna dificultad para caminar y/o subir escaleras. Año 2000						
	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y más	Total
Alguna dificultad (hombres)	10,7	12,9	16,4	19,8	24,9	15,0
Grandes dificultades (hombres)	3,2	4,3	5,8	8,4	13,6	5,8
Incapaz (hombres)	0,7	1,0	1,6	2,5	4,6	1,6
Alguna dificultad (mujeres)	16,6	20,6	25,8	31,2	40,6	23,8
Grandes dificultades (mujeres)	4,8	6,8	9,5	13,6	24,9	9,5
Incapaz (mujeres)	0,7	1,0	1,9	3,4	10,4	2,4

En el año 2000 el porcentaje de ancianos varones que manifestaba tener alguna dificultad para ver se situaba en 15,9%. El porcentaje de mujeres en esta misma circunstancia era del 12,6%. La cifra de adultos mayores que declararon incapacidad para ver alcanzaba el 0,3% para ambos sexos. Respecto a la dificultad de percibir, la proporción de adultos mayores que expreso alguna dificultad se encontraba en torno al 26% para ambos sexos.

Brasil- Proporción de adultos mayores que declararon tener dificultades para ver y percibir imágenes. 2000			
Dificultades para	Grado de dificultad	Hombres	Mujeres
Ver	Alguna	15,9	12,6
	Grande	3,8	3,0
	Incapaz	0,3	0,3
Percibir imágenes	Alguna	25,6	26,5
	Grande	6,8	7,6
	Incapaz	0,6	0,7

A finales de los años 90 el porcentaje de adultos mayores que declararon presentar dificultades para alimentarse, ducharse o ir al baño solos refleja dos circunstancias: por un lado, estas dificultades aumentan según avanza la edad. Por otro, las mujeres presentan en mayor medida este tipo de limitaciones.

Brasil- Proporción de adultos mayores que declararon tener dificultades para alimentarse, ducharse o ir al baño solos. 1998		
	Hombres	Mujeres
60-64	8,4	10,3
65-69	10,7	11,9
70-74	12,6	17,0
75-79	18,0	23,0
80 y más	31,8	36,7

## 2.2. Acceso y uso de los servicios de salud

De acuerdo con datos del SAS/Datasus el número de adultos mayores que utilizan el Plan de Salud Privado es de 3.878.387, de un total de 15.955.579 personas mayores, lo que representa aproximadamente un 24% de esta población.

Según investigación del Sesc, (2007) aproximadamente un 68% de los ancianos brasileños utilizan el SUS (Servicio Público de Salud).

### 2.2.1. Condiciones el acceso al sistema público de salud

No existen condiciones específicas para beneficiarse del Sistema de Salud en Brasil. Se dispone de un Sistema Único de Salud -SUS- que contempla el acceso para todos los brasileños con independencia de edad, sexo o clase social.

**Sistema Único de Salud - SUS** - fue creado por la Constitución Federal de 1988 y reglamentado por las Leyes n.º80/90 (Ley Orgánica de la Salud) y n.º 8.142/90, con la finalidad de transformar la situación de desigualdad en la asistencia a la Salud de la población, haciendo obligatoria la atención pública a cualquier ciudadano, siendo prohibidos cobros de dinero bajo cualquier pretexto.

Del Sistema Único de Salud forman parte los centros y puestos de salud, hospitales -incluyendo los universitarios, laboratorios, hemocentros (bancos de sangre), además de fundaciones e institutos de investigación, como la FIOCRUZ - Fundación Oswaldo Cruz y el Instituto Vital Brasil. A través del Sistema Único de Salud, todos los ciudadanos tienen derecho a las consultas, exámenes, internaciones y tratamientos en las Unidades de Salud vinculadas al SUS, sean públicas (de la esfera municipal, provincial y federal), o privadas contratadas por el gestor público de salud.

El SUS está destinado a todos los ciudadanos y se financia con recursos recaudados a través de impuestos y contribuciones sociales pagadas por la población y comprende los recursos del gobierno federal, provincial y municipal.

El Sistema Único de Salud tiene como meta ser un importante mecanismo de promoción de la equidad en la atención de las necesidades de salud de la población, ofertando servicios con calidad adecuados a las necesidades, independiente del poder adquisitivo del ciudadano. El SUS se propone promover la salud, priorizando las acciones preventivas, democratizando las informaciones relevantes para que la población conozca sus derechos y los riesgos en su salud. El control de la incidencia de enfermedades, su aumento y propagación (Vigilancia Epidemiológica) son algunas de las responsabilidades de atención del SUS, así como el control de la

calidad de los medicamentos de exámenes, de alimentos, higiene y adecuación de instalaciones que atienden al público, donde actúa la Vigilancia Sanitaria.

El sector privado participa del SUS de forma complementaria, por medio de contratos y convenios de prestación de servicio al Estado – cuando las unidades públicas de asistencia a la salud no son suficientes para garantizar la atención a toda la población de una determinada región. (Informe final de la 9ª Conferencia Nacional de Salud de 1992)

### **Servicio básico de atención sanitaria con cobertura universal**

**El Servicio de Salud de la Familia** se integra por un equipo multidisciplinar (médicos, enfermeros, auxiliar de enfermería y agente comunitario), equipo que se responsabiliza por la salud en un área adscrita, en la cual población debe ser dada de alta y recibirá atención de salud en domicilio.

La Salud de la Familia se entiende como una estrategia de reorientación del modelo asistencial, puesta en práctica mediante la implantación de equipos multiprofesionales en unidades básicas de salud. Estos equipos son responsables del acompañamiento de un número definido de familias, localizadas en un área geográfica delimitada. Los equipos actúan con acciones de promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación de enfermedades y dolencias más frecuentes, y en el mantenimiento de la salud de esta comunidad. (Ministerio de la Salud)

Los principios fundamentales de la atención básica en Brasil son: la integralidad, la calidad, la equidad y la participación social. Mediante la adscripción de un conjunto poblacional, los equipos Salud de la Familia establecen vínculo con la misma, posibilitando el compromiso y la corresponsabilidad de estos profesionales con los usuarios y la comunidad. Su desafío es ampliar sus fronteras de actuación logrando una mayor resolutivez de la atención, donde la Salud de la Familia se concibe como la estrategia principal para cambio de este modelo, que deberá siempre integrarse a todo el contexto de reorganización del sistema de salud.

#### **2.2.2. Uso de los servicios sanitarios de la población en general**

Una media del 2,6% de la población acude mensualmente al sistema de salud para realización de consultas médicas (Datus, 2005)

La media de busca por internación fue de 6,21 (calculado sobre 100/\*hab-Datus, 2005); un 11,2% de los adultos mayores buscan atención de salud por mes. (SESC, 2006)

### **2.3. Planes, programas y actuaciones en el ámbito de la salud dirigidos a los adultos mayores**

**Vacunación de la población adulta mayor** - destaca la inmunización contra la gripe para todas las personas de 60 años y más y contra el pneumococos para los que se encuentren hospitalizados o en refugios, por medio del Programa Nacional

de Inmunizaciones –PNI. La meta establecida en el PNS, de hecho la única meta explicitada de manera cuantitativa, fue la de “VACUNAR, ANUALMENTE, CERCA DE un 70% de la POBLACIÓN ADULTA MAYOR CONTRA LA GRIPE”. Como muestra siguiente cuadro, esta meta fue sobrepasada en todos los años en cuestión.

Brasil- Tasa de cobertura de vacunación de adultos mayores	
Año	Tasa de Cobertura (%)/
2004	85,00
2005	83,93
2006	85,72

Fuente: SVS/MS

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

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

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

La inserción de esta propuesta en el Pacto por la Vida representa una victoria para los trabajadores de la salud en la medida en que las tres esferas de gobierno asumen que la educación y la cualificación de los profesionales en esta área es prioritaria.

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

### **Cartilla de Salud de Adultos Mayores**

Se trata de un instrumento de ciudadanía a través del cual los adultos mayores tendrán a su disposición informaciones relevantes sobre su salud posibilitando un mejor acompañamiento por parte de los profesionales de salud. Estos, por su parte,

tendrán la posibilidad de planear y organizar las acciones de promoción, recuperación y mantenimiento de la capacidad **funcional**<sup>11</sup> de las personas asistidas por los equipos de salud. La cartilla, por lo tanto, será un instrumento de identificación de situaciones de riesgo potenciales para la salud de la persona adulta mayor. La implantación de la cartilla se dará inicialmente a partir de los equipos del programa de salud de la familia (PSF) y será acompañada por un Manual desarrollado para los profesionales de salud con el objetivo de su correcta aplicación y manejo.

### **Prevención de enfermedades crónicas vinculadas con la vejez**

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

La Secretaría de Vigilancia en Salud (SVS), por medio de la Coordinación-General de Vigilancia de Dolencias y Enfermedades No-Transmisibles - \*CGDANT -, ha trabajado para coordinar, fomentar y desarrollar estudios e investigaciones para la identificación y el seguimiento de factores de riesgo, análisis y evaluación de las acciones de promoción de la salud, prevención y control de las DANT.

Forman parte de sus atribuciones:

- Cooperar con programas y acciones en las áreas de promoción de la salud, prevención de los factores de riesgo y reducción de daños de las DANT;
- Coordinar, normativizar y supervisar el Sistema Nacional de Vigilancia de las DANT;
- Supervisar la ejecución de las acciones relacionadas a la vigilancia de las DANT;
- Prestar asesoría técnica a Estados, municipios y al Distrito Federal en el área de vigilancia de las DANT;
- Fomentar la capacitación de recursos humanos para actuar en la vigilancia de las DANT;
- Subsidiar estudios, investigaciones, análisis y otras actividades técnico-científicas relacionadas a las DANT.

---

<sup>11</sup>Se entiende por capacidad funcional la capacidad del individuo para realizar actividades físicas y mentales necesarias para el mantenimiento de sus actividades básicas e instrumentales, es decir: ducharse, vestirse, realizar la higiene personal, transferirse, alimentarse, mantener la continencia, preparar comidas, control financiero, tomar medicamentos, arreglar la casa, hacer compras, usar transporte colectivo, usar teléfono (AIVDs) y caminar una cierta distancia.



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

## 3. CHILE

### 3.1. Perfil de salud los adultos mayores

El boletín demográfico de CELADE-CEPAL del año 2003, establecen que la esperanza de vida a los 60 años en Chile para las mujeres había sido, entre los años 2000 y 2005, de 22,9 años, mientras que para los hombres, el mismo indicador muestra 19,1 años.

La tasa de mortalidad general de la población chilena el año 2003 fue de 5,3 por mil habitantes. La tasa de mortalidad de los adultos mayores hombres en el mismo año, fue de 69,8 por mil y la tasa de las mujeres fue de 49,8 por mil. Esta proporción aumenta en cada tramo de edad sobre los 60 años, llegando a tasas de 106 por mil en hombres y 71 por mil en mujeres mayores de 80 años (INE, 2005).

Durante 2003, en Chile se registraron 83.672 muertes, de las cuales 61.596 casos (74%) correspondieron a personas mayores de 60 años de edad. (INE, 2005). De los adultos mayores fallecidos, el 50% fueron hombres.

Las principales causas de muerte en los adultos mayores fueron las enfermedades cardiovasculares (33%), tumores malignos (24%) y enfermedades del sistema respiratorio (8,7%).

Para los adultos mayores hombres, el año 2003, las 3 principales causas de muerte fueron; enfermedades cerebrovasculares (10,7%), tumores malignos distintos de los cánceres gástrico, próstata, pulmonar y colorrectal (10,6%) y el Infarto al miocardio (8,8%).

En los adultos mayores mujeres, ese mismo año, las principales causas de muerte fueron; tumores malignos distintos de los cánceres de vesícula y vía biliares, gástrico y mama (14,5%), enfermedades cerebrovasculares (11,6%), e Infarto al miocardio (7,4%).

Por otra parte, la dirección de estadísticas e información en salud presenta los siguientes datos:

Chile. Mortalidad por las Principales Causas Específicas de Defunción, 65 a 79 años, ambos sexos, 2001.	
<i>Causa de Defunción</i>	<i>%</i>
Enfermedades isquémicas del corazón	11,7
Enfermedades cerebrovasculares	10,6
Diabetes Mellitus	5,2
Tumor maligno del estómago	5,0
Enfermedades del hígado	4,8
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3,9
Otras formas de enfermedades del corazón	3,8
Neumonía	3,8
Enfermedades hipertensivas	3,7
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	3,5

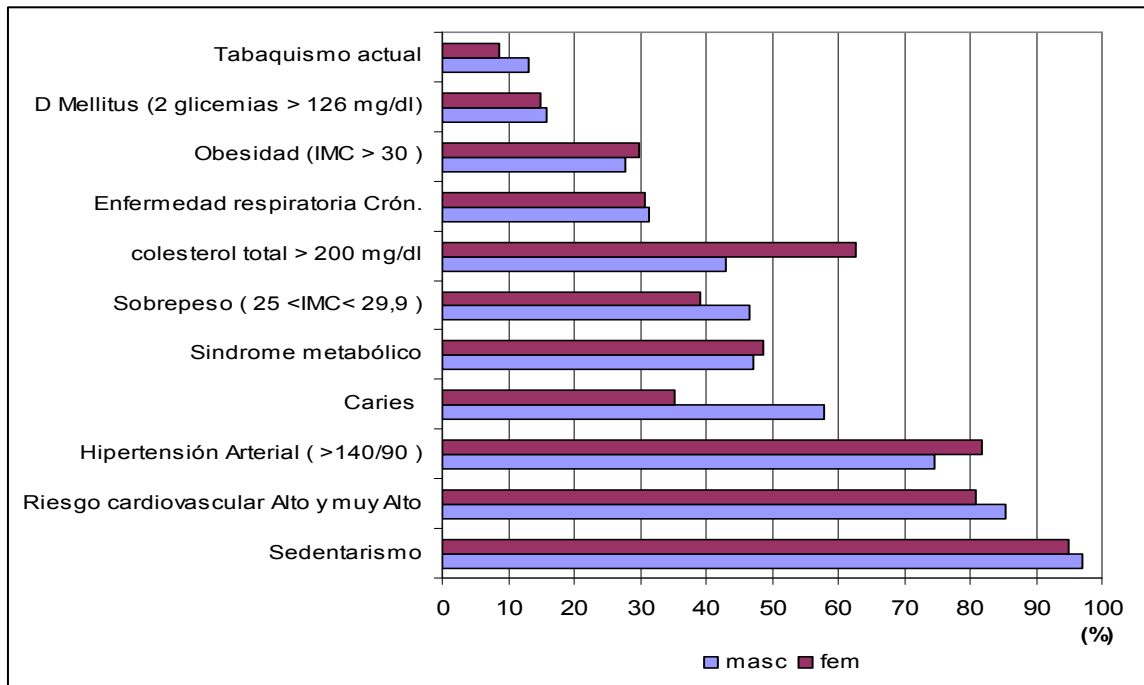
Fuente: DEIS, MINSAL

Chile. Mortalidad por las Principales Causas Específicas de Defunción, 80 años y más, ambos sexos, 2001.	
<i>Causa de Defunción</i>	<i>Número</i>
Enfermedades cerebrovasculares	2.959
Enfermedades isquémicas del corazón	2.885
Neumonía	2.139
Otras formas de enfermedades del corazón	1.531
Enfermedades hipertensivas	1.437
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.348
Trastornos mentales y del comportamiento	1.327
Diabetes Mellitus	847
Otras causas mal definidas y las no especificadas de mortalidad	751

Fuente: DEIS, MINSAL

El gráfico siguiente, muestra las tasas de prevalencia ajustadas por edad y sexo, de algunos problemas de salud que configuran factores de riesgo de morbilidad, discapacidad y mortalidad en los adultos mayores de 65 años de edad (ENS, 2003).

**Tasas de Prevalencia (%) Problemas de Salud en Mayores de 65 años (DEIS-MINSAL, 2006).**



Según los resultados del Estudio SABE uno de cada cuatro personas mayores sufre de depresión. Esta proporción, aumenta considerablemente en los sectores de bajos recursos; allí el 35% de la población de las personas mayores de 60 años presenta cuadros de depresión (OPS, 2000).

Por otra parte, un estudio sobre Calidad de Vida relacionada con la Salud, demostró que el 43,7% de los mayores de 60 años de edad declararon problemas de salud moderados ó severos en la dimensión Angustia/Depresión. Sin embargo, las mujeres mayores de 60 años, presentaron angustia/depresión en un 53% de los casos, en cambio en los hombres solo fue de 37% (Olivares, 2005).

A nivel de la atención ambulatoria, los adultos mayores de 65 años de edad, consumieron el 15% de las consultas médicas de la APS, el 18% de las consultas de Urgencia y el 9% de las consultas de especialidades (DEIS-MINSAL, 2004).

Los adultos mayores presentan una tasa de hospitalización 2.6 veces mayor que la población general y un promedio de 9,2 días de estadía en comparación con los 5 días de la población general, excluyendo a los menores de 1 año. La tasa de hospitalización promedio, de los hombres mayores de 60 años fue de 26% mientras que en las mujeres fue 21% (MINSAL, 2002).

Según el estado al alta de la hospitalización en el año 2002, el 76% de los adultos mayores hombres y el 78% de las mujeres egresaron "mejorados" de la condición que determinó su hospitalización. En oposición, el 6,8% de los adultos mayores hombres y el 5,7% de las mujeres egresaron "fallecidos". Por otra parte, la tasa de letalidad hospitalaria fue de 7,8% en los hombres y 6,3% en las mujeres adultos mayores, durante el año 2002.

Los principales diagnósticos de Egreso hospitalario en las mujeres > 60 años agregados en grupos etiológicos fueron; enfermedades respiratorias (19,8%), enfermedades del hígado y vía biliares (13,8%), cataratas (8,6%), enfermedades cerebrovasculares (8,4%) y cánceres y linfomas que comparten el lugar con la Diabetes Mellitus (7,1%) (MINSAL, 2002).

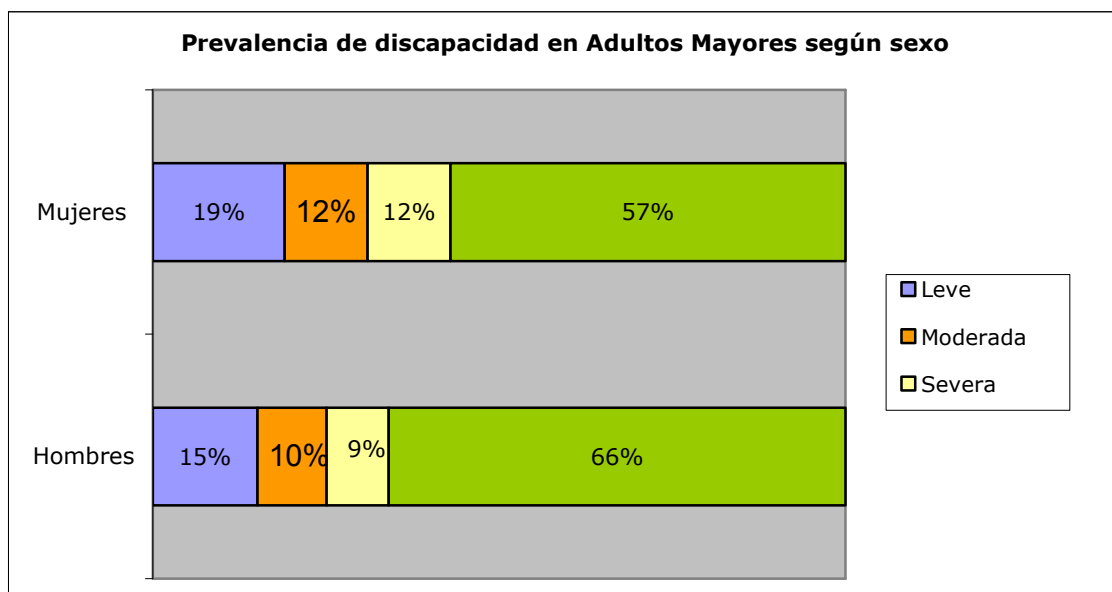
Los principales diagnósticos de Egreso hospitalario en los hombres > 60 años agregados en grupos etiológicos fueron; enfermedades respiratorias (22,6%), enfermedades de los órganos genitales masculinos; básicamente hiperplasia de la próstata (13,4%), enfermedades del hígado y vía biliares (11,8%), enfermedades cerebrovasculares (11%), y cardiopatías isquémicas (10,7%) (MINSAL, 2002). Los principales cánceres que afectan al género masculino; cáncer de próstata y cáncer gástrico representaron el 8% de los egresos de los hombres adultos mayores.

En cuanto a la autopercepción de la salud, sólo alrededor del 35% de los Personas Mayores presenta una percepción de su salud "buena o muy buena", y cerca del 65% manifiesta tener una "salud regular, mala o muy mala".

### 3.2. Condiciones de discapacidad de los Adultos Mayores

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

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 Personas 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: Encuesta Nacional de discapacidad. INE-FONADIS (2005).

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.

La proporción de personas mayores discapacitados aumenta a medida que disminuye el nivel socioeconómico. El 34% de los discapacitados de los sectores medio alto y alto son personas mayores; mientras que en el nivel medio, la población adulta mayor ocupa el 42,5%; y finalmente en el nivel socioeconómico bajo, los personas mayores discapacitadas alcanzan el 50,3%. (Datos Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDISC)).

### 3.3. Acceso y uso de los servicios de salud por parte de los Adultos Mayores

El sistema de Salud en Chile es de carácter mixto, contempla entidades públicas y privadas. Dentro de la esfera pública, los principales actores 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 ISAPRES cerradas para atender a cotizantes de determinadas empresas, algunas estatales y otras privadas. Las atenciones, por lo general, son proporcionadas por profesionales y establecimientos privados de salud.

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 <sup>2</sup>
Alcance del Plan <sup>1</sup>	25%	36,20%	6%	9,10%	5,70%	6,70%	5,90%
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%	37,20%	35,40%	27,70%	39,90%	21,80%	30,30%
Promedio de años de escolaridad	3,4	5	7,1	9,3	8,5	11,6	7,5
Residencia en zonas rurales	36%	17%	5,40%	4,80%	1,80%	2,70%	17,10%

CEPAL: "Equidad en la atención médica del Adulto Mayor en Chile". Revistas CEPAL 78. Dic 2002.

El total de personas que cotizan en FONASA es de 3.991.717, lo que equivale al 36,4% de los beneficiarios totales de esta institución. El restante 63,6% son

<sup>1</sup> Personas afiliadas a cada plan

<sup>2</sup> Personas no afiliadas a Isapres, cubiertas por planes proporcionados en el empleo y no aseguradas

beneficiarios no cotizantes. Del total de cotizantes el 64,2% representa los trabajadores dependientes, el 29,6% corresponde a pensionados y los trabajadores independientes corresponden al 3% de los cotizantes.

La mayor parte de la población de 65 años y más se encuentra en FONASA, un 61%; con un 36,20% en FONASA B y un 25% en FONASA A. 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 los que se atienden a través de FONASA B, tienen ingresos equivalentes a 107.886 pesos. En contraposición a lo anterior, las Personas Mayores que cotizan en ISAPRES perciben ingresos que promedian los 520.149 pesos.

Se aprecia una relación entre el seguro al que pertenece y 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, los de FONASA C 7,1 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.

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

En lo que se refiere al sistema de ISAPRES, en Diciembre de 2005, contaba con 1.244.859 cotizantes, de los cuales el 95,6% se encontraba afiliado a ISAPRES 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.

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							
	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%	28,70%	27%
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%	88,60%
No incurrió en gastos personales	89,50%	65,90%	39,10%	25,60%	5,50%	6,10%	15,60%

CEPAL: "Equidad en la atención médica del Adulto Mayor en Chile". Revistas CEPAL 78. Dic 2002.

Existe el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE), que se orienta a garantizar derechos, y que está guiada por los principios de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera.

La atención primaria de salud, que se realiza tanto en las postas como en los consultorios rurales en todo el territorio nacional, significan la puerta de entrada al Sistema Público de Salud, y comprende los siguientes programas:

- Programa Infantil: Control del niño sano, Vacunas Consultas médicas generales, Consultas médicas, Consultas ginecológicas, Consultas sobre planificación familiar.
- Programa Dental: Atención Dental.
- Nutrición: Consultas nutricionales, Exámenes de laboratorio y radiografías, Medicamentos, Alimentos para el lactantes, embarazadas y mujeres amamantando, de acuerdo al Programa Nacional de Alimentación Complementaria, PNAC. Educación para la salud Entrevistas sociales
- Programa de Salud del Adulto: Control de salud preventivo, Consulta médica, Control de pacientes con enfermedades crónicas, Vacunación anti-influenza.
- Programa de Salud de la Mujer, Control pre-natal, Control paternidad responsable, Consultas morbilidad obstétrica y ginecológica.

Su cobertura es universal, y para el acceso se requiere únicamente el documento de identificación (cédula de identidad)

No existe cobertura especial para los adultos mayores según afiliación, pero existe cobertura para adultos mayores según tramo de ingreso. En el Fondo Nacional de Salud (FONASA), existen tramos de atención:

- FONASA A: Cobertura del 100% para personas sin ingresos
- FONASA B: Cobertura del 100% para personas que perciben menos que el ingreso mínimo.
- FONASA C: Cobertura del 90% para personas que perciben entre el ingreso mínimo y el ingreso mínimo y el ingreso mínimo multiplicado por 1.46.
- FONASA D: Cobertura del 80% para personas que perciben sobre el sueldo mínimo x1.46.

Una de las 36 primeras medidas del gobierno de la Presidenta Bachelet fue la eliminación del copago para los cotizantes, es decir para aquellas personas que pertenecen a FONASA C y D.

Además es necesario señalar que existen dos modalidades de atención para afiliados a FONASA.

- La modalidad de libre elección: Esta comprende la libre elección del especialista, mediante la compra de un bono que es reembolsado según tramo, a esta modalidad tienen acceso solo los cotizantes.
- Modalidad de Atención Institucional: A esta pueden acceder todos los afiliados a FONASA, y se basa en el acceso a hospitales y la interconsulta.

### **Número de consultas de atención primaria o consultas ambulatorias:**

A nivel de la atención ambulatoria, los adultos mayores de 65 años de edad, consumieron el 15% de las consultas médicas de la APS, el 18% de las consultas de Urgencia y el 9% de las consultas de especialidades (DEIS-MINSAL,2004).

Los adultos mayores presentan una tasa de hospitalización 2.6 veces mayor que la población general y un promedio de 9,2 días de estadía en comparación con los 5 días de la población general, excluyendo a los menores de 1 año. La tasa de hospitalización promedio, de los hombres mayores de 60 años fue de 26% mientras que en las mujeres fue 21% (MINSAL, 2002).

### **Principales motivos de ingreso hospitalario:**

Se cuenta con datos sobre egreso hospitalario: Los principales diagnósticos de Egreso hospitalario en las mujeres  $\geq 60$  años agregados en grupos etiológicos fueron; enfermedades respiratorias (19,8%), enfermedades del hígado y vía biliares (13,8%), cataratas (8,6%), enfermedades cerebrovasculares (8,4%) y cánceres y linfomas que comparten el lugar con la Diabetes Mellitus (7,1%)(MINSAL, 2002).

Los principales diagnósticos de Egreso hospitalario en los hombres  $\geq 60$  años agregados en grupos etiológicos fueron; enfermedades respiratorias (22,6%), enfermedades de los órganos genitales masculinos; básicamente hiperplasia de la próstata (13,4%), enfermedades del hígado y vía biliares (11,8%), enfermedades cerebrovasculares (11%), y cardiopatías isquémicas (10,7%)(MINSAL, 2002). Los principales cánceres que afectan al género masculino; cáncer de próstata y cáncer gástrico representaron el 8% de los egresos de los hombres adultos mayores.

## **3.4. Planes, programas y actuaciones en el ámbito de la salud dirigidos a los Adultos Mayores.**

### **Acciones de prevención:**

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

### **Acciones de recuperación:**

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

### **Unidades de Rehabilitación Integral Comunitaria:**

- Manejo del Dolor Osteoarticular, Ejercicios de Mantenimiento y Mejoramiento de la Funcionalidad, Atención de Secuelas de AVC, Atención de enfermos



de Parkinson, Atención de AM Ciegos y de Baja Visión y Entrega de Ayudas Técnicas.

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

Fuente: Datos de administración

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

### Políticas de salud para mayores

El Ministerio de Salud es la entidad gubernamental a la cual le corresponde fijar y formular las políticas de salud, así como ejercer la rectoría del sector salud. Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deben ceñirse los organismos y entidades del Sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas. Velar por el debido cumplimiento de las normas en materia de salud. Efectuar la vigilancia en salud pública y evaluar la situación de salud de la población. Formular, evaluar y actualizar el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas – AUGE y los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas. Finalmente debe establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, mediante resolución, establecer además, los protocolos de atención en salud y formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena, entre otras.

En este contexto y, asumiendo el proceso de transformación del perfil de enfermedades, como consecuencia del progresivo envejecimiento de la población, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo, entre otras constataciones, se han formulado nuevos Objetivos Sanitarios Nacionales, para la década 2000-2010, como un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud, siendo el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población. Los objetivos planteados para este período se orientan a: a) Mejorar los logros sanitarios alcanzados; b) Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad; c) Corregir las inequidades en salud; y d) Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

En consideración a lo señalado y, a fin de resguardar las condiciones de acceso, la cobertura financiera y la oportunidad, con que deben ser cubiertas las prestaciones

asociadas a la atención de las enfermedades que causan mayor cantidad de muertes en el país o que generan mayor cantidad de años de vida perdidos, que cuentan con tratamientos efectivos para su atención y en el esfuerzo de transformar derechos de las personas en realidades que éstas puedan exigir, se creó el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas compuesto actualmente por 56 problemas o garantías de salud a los cuales se irán incorporando nuevos problemas o garantías, esperándose llegar al año 2010 a un número de 80.

En este marco la Política de Salud para el adulto mayor, aunque, no es un Plan Gerontológico, reconoce las particularidades y necesidades específicas de atención para las personas mayores, la que está orientada a mantener la autonomía e independencia de estas personas, mantener y/o mejorar su calidad de vida y prevenir las muertes evitables. Por la alta prevalencia de algunas patologías como las cardiovasculares, osteoarticulares, sensoriales (visión – audición), las Garantías Explícitas en Salud -GES permitirán evitar la dependencia, la postración y el sufrimiento físico y emocional del adulto mayor y su familia, además de los altos costos económicos que estas enfermedades demandan. Las GES también están respondiendo a necesidades muy sentidas de los adultos mayores como son los daños sensoriales: El Acceso Universal con Garantías Explícitas -AUGE cubre vicios de refracción, presbicia, cataratas y retinopatía diabética. Estas dos últimas previenen la ceguera. En materia de salud auditiva garantiza la entrega de audífonos para la hipoacusia bilateral. Además, la Política señalada, incluye un **Programa de Alimentación Complementaria – PACAM**, dirigido a las siguientes personas : Adultos Mayores de 70 años, inscritas en Consultorios, (Red de atención primaria de salud), con controles al día. Personas mayores de 65 años pertenecientes al Programa ChileSolidario y Personas mayores de 65 años que sufren de Tuberculosis.

A este programa se añade también el **Programa "Campaña Anual de Vacunación contra la Influenza"**, que se inició el año 1978, dirigido a : Niños, embarazadas, adultos mayores, enfermos crónicos y personal de salud. Para el caso específico de los Adultos Mayores, éste se orienta a todos los adultos mayores de 60 años y más, independiente de su sistema previsional de salud con el objeto de Disminuir las muertes y complicaciones asociadas a influenza en este grupo de la población. La cobertura lograda teniendo como referencia los años 2005, 2006 y 2007 fue de 94,6, 89,0 y 88,7 % respectivamente.

*Cobertura : El Año 2007 aproximadamente el 90 % de la población Adulta Mayor del país es atendida en la modalidad "Atención Institucional" en hospitales y consultorios de la Red de Salud y está eximida de Copago. (Grupos A, B, C y D de Fonasa). También existe la modalidad de "Libre Elección" prestación entregada por privados con Copago.*

Las acciones de salud que se describen se aplican en todo el país, cada Establecimiento de Salud Primaria realiza un diagnóstico de salud y planifica de acuerdo a la normativa nacional y a la de su realidad local.

De acuerdo a la ley 19.966 cuyo reglamento fue aprobado según Decreto Supremo Ministerial Nº 121 de 2005, de Salud, se establece normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas en Salud.

Del total de los problemas y garantías explícitas, que actualmente ascienden a 56, los siguientes corresponden a la Población Adulta Mayor.

## Protocolos de atención sanitaria integral dirigidos a los adultos mayores

De acuerdo a la ley 19.966 cuyo reglamento fue aprobado según Decreto Supremo Ministerial N° 121 de 2005, de Salud, se establece normas para la elaboración y determinación de las Garantías Explícitas en Salud.

Del total de los problemas y garantías explícitas, que actualmente ascienden a 56, los siguientes corresponden a la Población Adulta Mayor.

- Salud Visual: Cirugía de Cataratas, Presbicia Pura, Vicios de Refracción Desprendimiento de Retina no traumático, Retinopatía Diabética, Trauma Ocular.
- Cardiovascular: Implante de Marcapaso, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Infarto Agudo del Miocardio, Accidente Cerebro Vascular Isquémico
- Cáncer: Cáncer Cervico-Uterino, Cáncer de Mamas, Cáncer de Testículo, Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Cáncer, Cáncer de Próstata, Cáncer Gástrico, Leucemia del Adulto, Linfoma en personas de 15 años y más
- Osteoartrosis: Prótesis Total de Caderas,
- Ayudas Técnicas: bastones, andadores con y sin ruedas, silla de ruedas, colchón y cojín antiescaras.
- Tratamiento médico de la artrosis leve y moderada de rodillas y caderas, Artritis Reumatoidea
- Salud Mental: Depresión
- Renal: Insuficiencia Renal Crónica Terminal,
- Respiratorio Neumonía adquirida en la Comunidad y Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA
- Hemofilia,
- Tratamiento Quirúrgico de la Hiperplasia Benigna de Próstata
- Salud Oral: Salud Oral Integral para Adultos de 60 años, Urgencia Odontológica
- Ambulatoria
- Politraumatizado
- Neurología: Hemorragia Subaracnoidea Secundaria a Rotura de Aneurismas Cerebrales y Atención de Urgencia del Traumatismo Craneoencefálico, Hernia de Núcleo Pulposo Lumbar, Tratamiento Quirúrgico de Tumores Primarios del Sistema Nervioso Central en personas de 15 años o más. .
- Audición: Hipoacusia Bilateral en personas de 65 años y más que requieren uso de audífono
- Gran Quemado
- Examen de Medicina Preventivo Anual

Las patologías incorporadas en el Sistema AUGE, implican el que las personas pueden requerir al sistema de salud, las prestaciones y coberturas relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad que deben otorgar tanto las aseguradoras públicas como privadas; el Fondo Nacional de Salud – Fonasa (Sistema Público) como las Instituciones de Salud Provisional-Isapres, (Sistema privado).

Estas garantías obligan a los sistemas público y privado a asegurar, dentro de un plazo máximo, el otorgamiento de las prestaciones de salud a través de un prestador registrado o acreditado.

Los beneficiarios de Fonasa, deben atenderse en los establecimientos de la red asistencial pública, siendo el Consultorio de Atención Primaria la puerta de entrada al Sistema Auge. Los beneficiarios del sistema privado pueden acceder a través de la red de prestadores establecida por su asegurador.

## **Actuaciones para promover la prevención de enfermedades crónicas vinculadas a la vejez**

El programa de salud del adulto mayor del Ministerio de Salud contempla la aplicación de un control anual para todos los adultos mayores en el sistema de atención primaria. Gracias a éste es posible monitorear el estado de salud de las personas, realizando diagnósticos y realizando los tratamientos correspondientes.

Para medir la funcionalidad de los adultos mayores, en Chile usamos dos instrumentos:

### **EFAM-Chile Índice de Katz**

A los adultos mayores que acceden al Centro de Salud por sus propios medios se les aplica EFAM. A quienes no pueden acceder por sus propios medios se les aplica Índice de Katz.

EFAM es un instrumento Predictor de Pérdida de Funcionalidad, se aplica a todo Adulto Mayor de 65 años y más, que llega caminando al Centro de Salud, una vez al año, en el Control de Salud o Examen de Medicina Preventiva Anual. Es un instrumento que nos permite medir la funcionalidad en forma integral: funciones cognitiva, afectiva, locomotora y cardiovascular, y actividades de la vida diaria.

El Índice de Katz se aplica a adultos mayores que no pueden acceder al centro de salud por sus propios medios: postrados, adultos mayores ciegos totales, sordos sin corrección, secuestrados de AVE, amputados, y otras condiciones que signifiquen dependencia evidente.

A continuación se adjunta la Ficha del Control de Salud Anual que se realiza a todos los adultos mayores del país y el instructivo de aplicación.

**CONTROL DE SALUD ANUAL DEL ADULTO MAYOR  
(EXAMEN DE MEDICINA PREVENTIVA)**

Nombre.....Edad.....RUT.....Fecha.....

**I.- Mediciones Antropométricas**

Presión Arterial Sentado..... Pulso..... Peso..... Talla..... IMC.....  
Presión Arterial de Pie ..... CC.....

**II.- Diagnostico Funcional**

**EFAM**

Parte A	Puntaje	Parte B	Puntaje	MMSE	Puntaje
1.-		1.-		1.-	
2.-		2.-		2.-	
3.-		3.-		3.-	
4.-		4.-		4.-	
5.-		5.-		5.-	
6.-		6.-		6.-	
7.-					
8.-					
9.-					
<b>TOTAL</b>					

Otras observaciones al aplicar EFAM

	SI	NO	Usted observa	SI	NO
Usted observa <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Mareos			Dolor de hombro		
Temblor de reposo			Dolor de espalda		
Alteración del equilibrio			Alteración visual		
Dolor de cadera			Alteración auditiva		
Dolor de rodilla			Otro		

**Autovalente sin riesgo**

**Autovalente con riesgo**

**Fragil**

**Indice de Katz**

Actividades Basicas de la Vida Diaria	Dependencia Leve	Dependencia Moderada	Dependencia Severa
Bañarse			
Vestirse			
Usar el Baño			
Trasladarse dentro de la casa			
Continencia			
Alimentarse			

Yesavage..... Cuestionario de Actividades Funcionales Pfeffer .....

**III.- Exámenes Anuales**

Glicemia..... Colesterol Total..... Baciloscopia..... VDRL.....

**IV.- Adicciones:**

Beber Problema: AUDIT..... Tabaquismo: Estrategia 5A's.....

**V.- Patologías**

Patologías		Patologías		Patologías	
HTA		EPOC		Artrosis	
DM		Depresión		Artritis Reumatoidea	
Dislipidemia		Demencia		Ceguera, Baja Visión	
Obesidad		AVC		Incontinencia Urinaria	
Desnutrición		Parkinson		Inmovilismo	
Hipotiroidismo		Caidas Frecuentes			
Neumonía		Hipoacusia			

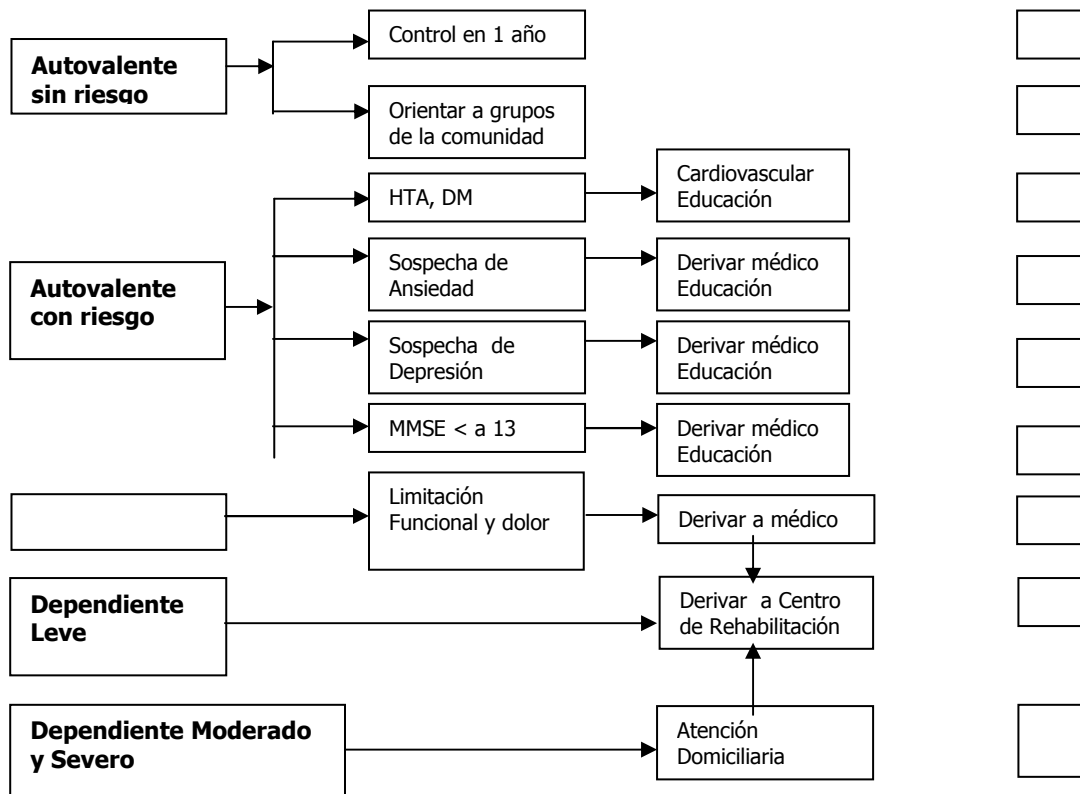
**VI- Terapia Farmacológica:**

Sólo marque con una x el fármaco respectivo cuando corresponda o agregue:

Glibenclamida		Losartan		Aspirina	
Metformina		Enalapril		Paracetamol	
Tolbutamida		Hidroclorotiazida		Diclofenaco	
Nifedipino		Diazepan		Tramadol	
Atenolol		Fluoxetina		Celecoxib	
Insulina		Sertralina		Omeprazol	
Propranolol		Salbutamol			
Furosemida		Inflamida			

**VII.- PLAN DE ATENCIÓN:**

Marque con una x las acciones que llevará a cabo según riesgos detectados



<b>Otras Indicaciones</b>	
..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	
<b>Profesional</b> .....	<b>Próximo</b>
<b>Control</b> .....	

### Instructivo de Aplicación del Control de Salud Anual del Adulto Mayor

El indicador que mejor nos entrega una visión del estado de salud del adulto mayor es la funcionalidad. El control de salud anual, acoge este indicador como su nudo central. A través de la medición de funcionalidad, se detectan los factores de riesgo, los que una vez detectados deben ser incorporados en el Plan de Salud, para actuar sobre ellos.

**Los objetivos del control son:**

- Evaluar la salud integral y la funcionalidad del adulto mayor.
- Identificar y controlar los factores de riesgo de pérdida de la funcionalidad.
- Elaborar un **plan de atención y seguimiento**, para ser ejecutado por el equipo de salud.

**I.- Mediciones Antropométricas**

**Presión Arterial:** Se considera hipertensa a toda persona que mantenga cifras de presión arterial persistentemente

elevadas, iguales o superiores a 140 de PA sistólica o 90 mm Hg. de PA diastólica

**Pulso:** se busca pesquisar alteraciones del ritmo, frecuencia y amplitud. Si se detecta alguna alteración, derivar a médico.

**Peso:** Controlar el peso con la menor cantidad de ropa. Si se registra bajo peso en los últimos seis meses, sin hacer dieta, se debe derivar a médico. La baja de peso puede constituir una señal de enfermedad o puede estar asociado a una falta de ingesta alimentaria relacionada con trastornos orales, mala dentadura, alteraciones del tracto digestivo, presencia de diarreas crónicas o vómitos frecuentes. Descartar falta de recursos económicos o limitaciones funcionales, por ejemplo incapacidad de salir a comprar o preparar el alimento.

**Talla:** realizar la medición al ingreso con un podómetro de adulto, la talla de la persona mayor va disminuyendo por cambios en la arquitectura ósea.

**Índice de masa corporal** adaptado a la población adulta mayor chilena:

Estado Nutricional	Índice de Masa Corporal (IMC)
Enflaquecido /a	Menor de 23
Normal	23,1 a 27,9
Sobrepeso	28 a 31,9
Obeso	32 o mas

**Circunferencia de Cintura:** Factor de Riesgo Cardiovascular, es un método simple para describir la distribución de tejido adiposo e intraabdominal. Se mide el perímetro comprendido entre la zona ubicada en el ombligo y las crestas ilíacas. La medida se registra en centímetros.

Mujer	Hombre
Riesgo $\geq$ 88 centímetros	Riesgo $\geq$ 102

**II.- Diagnóstico Funcional**

**EFAM-Chile**

El resultado de EFAM: Parte A, Parte B (cuando corresponda), y Minimal, debe registrarse en los casilleros correspondientes de la ficha. EFAM debe aplicarse una vez al año. El tiempo durante el cual se aplica EFAM constituye un tiempo valiosísimo para observar al adulto mayor.

**EFAM** es un instrumento **predictor de pérdida de funcionalidad** de la persona mayor. La aplicación de EFAM permite detectar en forma integral los factores de riesgo de la persona mayor que vive en la comunidad y que es autovalente. No debe aplicarse a los adultos mayores que a simple vista están discapacitados, como por ejemplo usar silla de ruedas, secuela importante de accidente vascular, ciegos. EFAM permite clasificar a los adultos mayores según grado de funcionalidad. Clasifica a los adultos mayores en: autovalente sin riesgo, autovalente con riesgo o frágiles.

### Instrucciones para la Aplicación de EFAM- Chile

Al inicio de la aplicación de EFAM se debe tomar la PA del adulto mayor. Las preguntas 1 a 5, apuntan a la posibilidad de realizar las actividades de la vida diaria. La importancia aquí reside en detectar capacidad de ejecutar la acción más que ejecución misma de ella. (Ver ANEXO I)

#### Parte A

##### 1.- Puede bañarse o ducharse

- Se pregunta a la persona si actualmente puede bañarse solo (a)
- En el ámbito rural, ya que no siempre existe ducha o tina, se realiza la equivalencia a lavarse por sí solo.
- Puntuación 6 significa sin ayuda de otra persona

##### 2.- Es capaz de manejar su propio dinero

- La pregunta se orienta a evaluar la **capacidad** de la persona para manejar el dinero, aún cuando sea un familiar el que lo haga.
- Se asignan 3 puntos cuando la persona tiene fallas de memoria, pero aún es capaz de planificar el uso del dinero.
- Se asignan 6 puntos cuando la persona conoce el valor del dinero y es capaz de planificar sus gastos del mes.
- En la situación que una tercera persona cobre la jubilación por razones de seguridad, debe igual preguntarse por la capacidad de manejar del dinero.

##### 3.- Puede usted tomar sus medicamentos

- Se considera que la persona obtiene puntaje 6, cuando puede tomar sus medicamentos de acuerdo a dosis y horario indicado.

##### 4.- Preparación de la comida

- El puntaje es 6 cuando la persona es capaz de idear y elaborar la comida.
- Si el adulto mayor no cocina porque alguien provee la comida, es necesario indagar si podría hacer la comida si tuviera que hacerla. En este caso se evalúa con 6 puntos.
- Si la persona colabora en la preparación de la comida, porque no es capaz de hacerlo sola (o) se califica con puntaje 3.
- Es necesario tener en cuenta que para el caso de los hombres, que probablemente no han sido entrenados ni realizan esta actividad, lo que se está midiendo es su capacidad de preparar alimento en la eventualidad que éste no sea provisto.

##### 5.- Puede hacer las tareas de la casa

- El puntaje es 6 cuando la persona es capaz de idear y realizar las tareas de la casa.
- Si el adulto mayor no realiza las tareas de la casa, porque alguien más las realiza, es necesario indagar si podría hacerlas. En este caso se evalúa con 6 puntos.
- Si la persona colabora en la mantención de las tareas de casa, porque no es capaz de hacerlo sola (o) se califica con puntaje 3.
- Es necesario tener en cuenta que para el caso de los hombres, que probablemente no han sido entrenados ni realizan esta actividad, lo que se está midiendo es su capacidad de desarrollar estas tareas, en caso que ellas no sean realizadas por un tercero.

Las preguntas 6 y 7 apuntan a estado cognitivo actual y reserva cognitiva adquirida a través de la educación formal.

#### 6.- Mini- Mental

1. Evalúa la **orientación temporal y espacial** del adulto mayor a través del conocimiento del mes, día del mes, año y día de la semana. Se contabiliza cada respuesta correcta con 1 punto.

2. Evalúa la **memoria a corto plazo** a través de recordar 3 palabras, se le asigna un punto por cada respuesta correcta, total 3 puntos. **Estas tres palabras se pueden repetir hasta cinco veces.** Recuerde consignar las veces que repitió.

Es importante que quien aplique el test no cambie las palabras: árbol, mesa, avión, por otras.



3. Evalúa atención, concentración, abstracción, comprensión, memoria e inteligencia. La instrucción se entrega una sola vez: "le voy a nombrar unos números, usted debe repetirlos de atrás para adelante"

El puntaje de esta pregunta está dado por la mantención de la serie de los números impares, aún cuando el adulto mayor omita o reemplace un número; por ejemplo:

9-7-5-3-1= 5 puntos

9-8-5-3-1= 4 puntos

9-7-4-2-1= 2 puntos

9-5-3-1 = 4 puntos

otras combinaciones

4. Evalúa la **capacidad ejecutiva, es decir, la capacidad de seguir instrucciones.**

En esta prueba, la instrucción debe ser entregada en forma lenta, pausada y de una sola vez. Se asignan tres puntos, un punto por cada acción realizada correctamente.

5. Evalúa **memoria a largo plazo.** "Hace un momento le solicité que recordara 3 palabras, repítalas en cualquier orden". Se asigna un punto por cada respuesta correcta, no importando el orden.

6. Evalúa la **capacidad viso constructiva.** Cuando esta capacidad esta alterada, el adulto mayor debe ser derivado urgente a medico por sospecha de un Estado Confusional Agudo.

Quien aplica el test debe presentar al adulto mayor un dibujo con los círculos que convergen en tamaño grande.

**El puntaje total de la aplicación del MMSE es 19 puntos: Se considera alterado si el puntaje es menor de 13 puntos.**

#### 7.- Años de escolaridad

- Los años de escolaridad corresponden a los realizados en forma continua en la educación formal. Se considera años de escolaridad a los realizados en forma completa. No se contabilizan los años de capacitación o regularización de estudios en etapa adulta.

Las preguntas 8 y 9 miden funcionalidad del tren superior e inferior.

#### 8.- Con los brazos extendidos al máximo posible sobre los hombros, tomar con ambas manos un objeto.

- Quien aplica el test debe demostrar la acción al momento del examen.
- Se solicita que el adulto mayor se ponga de pie con los pies levemente separados.
- Se solicita que la persona extienda ambos brazos sobre la cabeza lo que más pueda.
- Se pasa un objeto (siempre el mismo objeto, ejemplo, un plumón) a la altura de la mayor extensión de los brazos.
- El objeto **debe tomarlo con ambas manos**
- La persona tiene puntaje 0 cuando al hacer la extensión de ambos brazos, no logra el rango articular del hombro completo
- Tiene puntaje 2 cuando al hacer la extensión de ambos brazos, logra el rango articular de hombro completo, pero no toma el objeto con ambas manos.
- Tiene puntaje 4 cuando logra el rango articular de hombro completo y toma el objeto con una sola mano.
- Tiene puntaje 6 cuando logra el rango articular de hombro completo y toma el objeto con ambas manos.

#### 9.- En posición de pie, encúcllese, tome el objeto desde el suelo y levántese

- Quien aplica el test debe demostrar la acción al momento del examen.
- Se solicita que el adulto mayor se ponga de pie con los pies levemente separados. El adulto mayor debe estar al lado de una silla o mesa para apoyarse en caso necesario.
- Se solicita que el adulto mayor realice flexión completa de rodilla y cadera.
- Si el adulto mayor realiza la flexión completa, se solicita tomar el objeto (siempre el mismo objeto, ejemplo, un plumón) **desde el suelo con una mano.**
- La persona tiene puntaje 0 cuando no logra la flexión completa de rodilla y cadera.
- La persona tiene puntaje 2 cuando solamente realiza la flexión de rodilla y cadera y no logra tomar el objeto del suelo.
- La persona tiene puntaje 4 cuando realiza la flexión completa, toma el objeto desde el suelo, pero requiere apoyo para levantarse.
- La persona tiene puntaje 6 cuando realiza flexión completa, toma el objeto desde el suelo y se levanta sin apoyo.

**El puntaje total de la Parte A de EFAM es 54 puntos:**

Si el puntaje suma menor o igual a 42, la persona es calificada como **Frágil.**

Si el adulto mayor fue calificado como **Frágil, debe ser derivado a medico.**

Si el puntaje es mayor o igual a 43 la persona es calificada como Autovalente.

Si el adulto mayor fue calificado como **Autovalente, debe aplicar la Parte B del Instrumento que discrimina entre Autovalente con o sin riesgo.**

### Parte B

Las preguntas 1 y 2, apuntan al riesgo cardiovascular

#### 1.- Presión Arterial

- La presión arterial debe ser tomada al inicio de la aplicación del EFAM
- Se considera presión alterada cuando la presión sistólica es de a 140 mm Hg o más y presión diastólica de 90 mm Hg o más.

#### 2.- Diabetes Mellitus

- Se aplican las alternativas descritas en el instrumento.

Las preguntas 3 y 4 se refieren al estado cognitivo actual

#### 3.- Lee diarios, revista o libros

- Se aplican las alternativas descritas en el instrumento.
- No se considera lectura diaria, el leer titulares de diarios o revistas.

#### 4.- MMSE

- Se repite el puntaje obtenido en la parte A

Las preguntas 5 y 6 apuntan a sospecha de depresión y ansiedad.

#### 5.- En el último mes se ha sentido deprimido

- Es importante que el evaluador sitúe al adulto mayor en los últimos 30 días.

#### 6.- En el último mes se ha sentido nervioso o angustiado.

- Es importante que el evaluador sitúe al adulto mayor en los últimos 30 días.

**El puntaje total de la parte B es de 58 puntos:**

El adulto mayor califica como **Autovalente sin riesgo** cuando obtiene un puntaje igual o mayor a 46 puntos.

La persona califica como **Autovalente con riesgo** cuando obtiene un puntaje igual o menor a 45 puntos.

Si el adulto mayor fue calificado como **Autovalente sin riesgo**, debe ser derivado a **acciones de promoción y prevención.**

Si el adulto mayor fue calificado como **Autovalente con riesgo**, debe ser derivado a **médico y/o educar en la adherencia al Programa que** corresponda.

### Índice de Katz

A aquellos adultos mayores con limitaciones visibles se les aplica Índice de Katz, además que éste es el instrumento que se aplica a quienes no asisten al centro de salud y reciben Atención Domiciliaria. El Índice de Katz es ampliamente utilizado y ha sido cuidadosamente evaluado. Se utiliza en individuos que ya manifiestan dificultades con las actividades de la vida diaria. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones. Su carácter jerárquico permite evaluar el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. La escala consta de seis elementos y evalúa las actividades básicas de la vida diaria, proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración. ( Ver ANEXO II)

**Escala de Depresión Geriátrica Yesavage** Este instrumento se utiliza para el tamizaje de la sospecha de depresión y es útil para guiar al clínico en la valoración del estado de salud mental del individuo. Se aplica al adulto mayor que en EFAM parte B pregunta 5 presenta sospecha de depresión. (Ver ANEXO III)

### **Cuestionario de Actividades Funcionales Pfeffer (del informante)**

**Instrumento que complementa la evaluación del estado cognitivo con información que es obtenida de un familiar o cuidador del paciente. Se aplica al acompañante del adulto mayor que presenta un puntaje menor de 13 puntos en MMSE. (Ver ANEXO IV)**

#### **III.- EXÁMENES**

Los exámenes de Glicemia, Colesterol Total y VDRL deben tomarse una vez al año y la Baciloscopia si corresponde

#### **IV.- Diagnósticos**

El contar con la totalidad de los diagnósticos del adulto mayor en forma resumida, facilitará la realización del plan de atención, de acuerdo a la situación de salud de cada persona.

#### **V.- Terapia Farmacológica**

Conocer y registrar los medicamentos que consume el adulto mayor facilitará la vigilancia de la terapia farmacológica. La polifarmacia constituye uno de los factores más críticos en la ingesta de medicamentos, lo que puede tener un impacto negativo en el mantenimiento de la funcionalidad. Es fundamental la educación al adulto mayor, familia o cuidadores acerca de cómo cumplir y organizar la toma de medicamentos durante el día, además de evitar la automedicación.

#### **VI.- Plan de Atención**

El Plan de Atención está constituido por las acciones a realizar con el adulto mayor, familia y comunidad, de acuerdo a los factores de riesgo detectados en las mediciones antropométricas, en la aplicación del EFAM, del Índice de Katz, Yesavage o Escala de Pfeffer, en los diagnósticos y fármacos que consume el adulto mayor.

En la ficha se han descrito las alternativas en la aplicación de EFAM e Índice de Katz y las conductas a seguir en cada una de ellas. El profesional deberá sólo marcar con un √ la opción correspondiente, de este modo se apunta a la optimización de su tiempo.

La ficha debe ser integrada a la historia clínica y es necesario que cada uno de los profesionales que atiende al adulto mayor, conozca los datos allí contenidos para que no vuelva a preguntar lo mismo y por otro lado los utilice en su diagnóstico específico.

### **Actividades de Prevención Primaria:**

- Controles Periódicos de Enfermedades Cardiovasculares, Respiratorias, Tuberculosis, Reumatológicas
- Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM): tiene como objetivo dar respuesta adecuada a las necesidades nutricionales de este grupo de población, con el fin de mejorar su calidad de vida (se otorga a mayores de 70 años con los controles al día). Actualmente se está llegando a 340.879 personas.
- Vacunación Anual Antiinfluenza: Vacunación gratuita en los meses de marzo y abril de los Adultos Mayores para impedir que contraigan la influenza con sus graves consecuencias. En la campaña 2006 la vacunación llegó a 1.166.779 mayores de 65 años.
- Proyecto de Actividad Físico Integral: surgido del convenio entre el Ministerio de Salud y Chiledeportes donde se implementan talleres de actividad física destinados a reducir factores de potencial peligro para la salud y la calidad de vida.
- Control de Salud anual o examen de medicina preventiva del adulto mayor, permite medir la funcionalidad, identificar los factores de riesgo y elaborar un Plan de Atención

### **Reuniones Clínicas:**

El objetivo de esta actividad es que los integrantes de los equipos que atienden al adulto mayor autovalente con riesgo y dependiente, es decir, médico, enfermera, nutricionista, asistente social y kinesiólogo, analicen los casos de adultos mayores, que a pesar del tratamiento no mejoran su descompensación, y en conjunto, elaboren una estrategia común de manejo integral del paciente, con el propósito de evitar que la persona pierda autovalencia y pase al grupo del adulto mayor dependiente.

## **3.5. Actuaciones para la formación de recursos humanos especializados en la atención de adultos mayores.**

En cuanto al ámbito de la generación y perfeccionamiento de recursos humanos especializados en salud durante la vejez, destaca la capacitación que, por cuenta del Ministerio de Salud y de SENAMA, entrenó a personal de enfermería, técnico, paramédico y kinesiólogos en aspectos específicos de salud de las Personas Mayores. En este plano, destaca además el trabajo intersectorial para el Mejoramiento de la Especialidad de Educación Media Técnico Profesional en Atención de Personas Mayores, en el marco del Plan Nacional Conjunto para el Adulto Mayor; gracias a éste, se trabajó en colaboración con el Ministerio de Educación y el Ministerio de Salud, con el fin de que la especialidad de atención de Personas Mayores que se imparte en Establecimientos de Educación Media Técnico Profesional, pueda compatibilizarse con los requerimientos exigidos por el Ministerio de Salud, para definir su perfil ocupacional y curricular.

### **Programas de formación en entidades Universitarias:**

El programa del Personas Mayores de la Dirección de Docencia de la Universidad Católica también apunta en la dirección de la formación de recursos humanos, este

programa consta de 90 horas pedagógicas distribuidas en cinco Módulos. Los contenidos de cada uno de los Módulos permiten conocer y analizar el proceso de Envejecimiento y la Vejez desde una perspectiva multidisciplinaria. Se abordan entre otras temáticas, aspectos generales de Gerontología Social, Prevención y Autocuidado, Afectividad y Sexualidad, Actividad Física y Recreación, para finalizar con lineamientos generales de la Organización y Gestión de Programas destinados a los Personas Mayores. Los objetivos generales son los siguientes:

- Formar Monitores para la Atención de Personas Mayores,
- Capacitar a Dirigentes de Organizaciones Sociales, de Programas Municipales y personas vinculadas a Programas o actividades sistemáticas con Personas Mayores.
- El Curso también se orienta a Profesionales del Área de la Educación y de la Salud, que deseen perfeccionarse en la temática descrita.

Sumado a lo anterior, es necesario señalar que algunas universidades han comenzado a formar a expertos en temas geriátricos y gerontológicos. Estas casas de estudio cuentan con una serie de programas orientados a capacitar a este tipo de especialistas.

Chile. Formación en Recursos Humanos para la atención del Personas Mayores	
<i>Postítulos, especializaciones y cursos</i>	<i>Institución y Avance Institucional</i>
Postítulo en enfermería del Personas Mayores	Centro de Geriátría y gerontología, Pontificia Universidad Católica de Chile
Subespecialidad en Geriátría para Médicos	Programa del Personas Mayores , Pontificia Universidad Católica de Chile
Especialidades Médica en Geriátría	Manual de geriátría y gerontología 2000 y 2002, Universidad de Chile
Magíster en Enfermería con especialidad en autocuidado y envejecimiento Saludable	Universidad de Concepción
Postítulo en Enfermería Gerontogeriatra (UC)	Pontificia Universidad Católica de Chile
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	Pontificia Universidad Católica de Chile
Diplomado en gestión para la calidad de vida del Personas Mayores. Para profesionales. Centro de Educación a distancia.	Universidad Católica del Norte
Diploma Atención Gerontológico para profesionales	Pontificia Universidad Católica de Chile
Curso de cuidados de enfermería de adulto y Personas Mayores	Pontificia Universidad Católica de Chile
Diplomado en Geriátría y Gerontología para profesionales del área de la salud o Ciencias Sociales. Universidad de Concepción	Universidad de Concepción
Diplomado en Gerontología. Escuela de Ciencias Sociales. Universidad de Chile	Universidad de Chile

Fuente: SENAMA, 2006.

## Programa de Postrados

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

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

## 3.6. Estudios reciente sobre la salud de los adultos mayores

### Estudio SABE Chile

*Autor:*

Organización Panamericana de Salud (OPS); Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Ministerio de Salud (MINSAL); Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentación (INTA).

Investigadores Principal: Cecilia Albala (INTA)

Co investigadores: Pedro Pablo Marín (Facultad de Medicina UC); Fernando Vío (INTA); Carola García (INTA); Lydia Lera M.

*Fecha de realización:*

Santiago, junio 2007.

*Resumen de los Principales resultados:*

Este estudio esta orientado a establecer y evaluar los múltiples elementos que determinan la calidad de vida de los Adultos Mayores, con el propósito de orientar sobre base sólidas las políticas y acciones necesarias para el logro del bienestar de este grupo en los próximos años en la región.

1. Auto percepción de la salud:

En escala de 1 a 7, los mayores de 65 años muestran una percepción regular de su propia salud, pero con una calificación más baja entre los mayores de 75 años (4,7 y 4,3 respectivamente).

- Buena y muy buena: 38,1%
- Regular: 431,9%
- Mala: 20%

La autopercepción de la salud regular o mala, es más frecuente mientras bajo es el nivel socioeconómico; lo inverso ocurre cuando la propia salud se evalúa positivamente. En el nivel socioeconómico alto, la percepción de tener una buena salud se da en el 51,3% de los casos, mientras que en el NSE medio ésta es de

34,5% y en el NSE bajo es de 31,8. Del mismo modo, la salud se percibe como regular o mala en un 45,7% en el NSE alto, mientras que en el medio en un 65,5 y en NSE bajo en un 68,6%.

Según grado de escolaridad en tanto, la autopercepción también presenta diferencias. Mientras mayor es el número de años de escolaridad, mejor es percibida la propia salud.

Las personas sin estudios evalúan su salud como buena en un 29,3%, mientras que las personas como 13 o más años de estudio lo hacen en un 79,5%. Por otra parte, las personas sin escolaridad perciben su salud como mala en un 22,3%, y las personas con 13 o más años lo hacen en un 1,3%.

## 2. Enfermedades psiquiátricas y deterioro cognitivo

La prevalencia de depresión por grupos de edad nos muestra que ésta es más en los grupos de más edad entre los mayores:

- 60-64: 27%
- 65-74: 25,3%
- 75 y más: 26,2%

Si observamos las diferencias por sexo, se aprecia que existen prevalencias diferentes para cada uno:

La depresión en las mujeres se da en el 26,1%; mientras que en los hombre, en un 22%.

En cuanto a nivel socioeconómico, la depresión se da con mayor frecuencia en el nivel socioeconómico bajo, con un 35,8%, mientras que en el NSE alto, se observa un 19,2%. El NSE medio muestra un 24,9%.

Existe una relación significativa entre auto percepción de la salud y la existencia de síndromes depresivos, como muestra el siguiente cuadro.

Autopercepción de la salud	Normal %	Depresión %	Total %
Buena	42,3	33,3	40,0
Mala	42,5	41,5	42,3
Mala	15,2	25,2	17,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

P=0,002

Fuente: Estudio SABE Chile, 2006.

El deterioro cognitivo, según sexo y nivel de educación, se presenta de la siguiente manera:

	HOMBRES				MUJERES				Total %
	Sin escol	1 a 6 años	7-12	Más de 12	Sin escol.	1 a 6 años	7-12	Más de 12	
Sin DC	84,2	92,1	95,1	100	73,2	91,3	96,9	96,1	91,1
Con DC	15,8	7,9	4,9	0	22,8	8,7	3,1	3,9	8,9
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Estudio SABE Chile, 2006.

### 3. Estado de salud física

#### Enfermedades crónicas

Las prevalencias de enfermedades crónicas en las personas mayores que muestra este estudio son las siguientes:

EDAD	60-74	75 y más
Hipertensión	41,3	43,8
Diabetes	12,8	14,1
Hipercolesterolemia	13,8	11,5
Presbicia, astigmatismo, miopía	12,5	11,9
Ataque cardíaco o infarto	4,7	3,9
Otro problema grave al corazón	10,2	13,8
Artrosis	9,9	9,7
Enfermedades respiratorias crónicas	8,8	10,9
Catarata	4,5	12,4

Fuente: Estudio SABE Chile, 2006.

Por sexo y grupos de edad, tenemos los siguientes resultados:

	Hombres				Mujeres			
	60-64	65-74	75 y +	Total	60-64	65-74	75 y +	Total
Hipertensión	41,4	47,5	43,8	44,6	56,5	53,2	56,4	55,1
Diabetes	14,4	10,2	11,5	11,88	13,9	16,2	10,8	13,9
Ataque al corazón	21,4	35,3	23	27,79	31,4	33,9	39,6	34,9
Cáncer	1,7	2,1	1,6	1,7	7,3	3,4	7,5	5,7
Embolía/ Derrame	3,4	7,9	6,4	6,1	7,1	4,1	10,4	6,8
Enf. Pulmonar	14,6	9,1	20	13,5	6,6	10,7	14,5	10,7
Artropatías	11,4	15,1	11,9	13,1	32,5	40,7	44,5	39,6

Fuente: Estudio SABE Chile, 2006.

Las enfermedades crónicas por nivel socio económico de la comuna de residencia, se distribuyen de la siguiente manera:

Patología	Alto	Medio	Bajo	Total
Hipertensión	49,7	47,2	57,8	50,9
Diabetes	12,9	12,0	14,9	13,1
Cáncer	2,3	4,6	4,6	4,2
Enfermedad Pulmonar	5,4	12,6	15,2	11,8
Ataque al corazón	41,8	27,1	33,2	32,1
Enf. vascular cerebral	8,0	6,4	5,8	6,5
Artropatías	33,0	28,3	27,1	28,9

**Fuente: Estudio SABE Chile, 2006.**

### 4. Nutrición y estilos de vida

Se ha indagado en el estado nutricional desde Las categorías OMS y OMS (14), por sexo y grupos de edad, dando como resultado lo siguiente:



Categorías OMS	Hombres			Mujeres		
	60-64	65-74	75 y +	60-64	65-74	75 y +
< 18,5	0	0,73	1,87	0	1	3,3
18,5-24,9	20,6	27,5	36,7	19,4	21,9	34
25-29,9	43,8	46,1	43,1	36,7	19,4	21,9
34	35,6	25,7	18,3	44,1	32,9	26
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

#### Categorías IMC

Categorías TUFTS	Hombres			Mujeres		
	60-64	65-74	75 y +	60-64	65-74	75 y +
Bajo peso <23	13,9	18	31,4	11,7	17,2	27,4
Normal 23-27,99	33	40,4	40,4	30,5	30,2	34
Sobre peso ≥ 28	53,1	41,6	28,2	57,8	52,6	38,6
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Estudio SABE Chile, 2006.

Además se ha construido información sobre actividad física, por sexo y grupos de edad

	Hombres				Mujeres				total
	60-64	65-74	75 y +	Total	60-64	65-74	75 y +	Total	
Si	25,9	30,5	21,6	26,9	21	20,6	8,7	17,1	21
No	74,1	69,5	78,3	73,1	79	79,5	91,1	82,8	78,9
NS/NR	0	0	0,1	0	0	0	0,2	0	0,05
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Fuente: Estudio SABE Chile, 2006.

#### Estudio Calidad de Vida y Salud.

División de Planificación Sanitaria  
 Subsecretaría de Salud Pública  
 Ministerio de Salud

Julio de 2007

Organización Panamericana de Salud (OPS); Banco Interamericano de Desarrollo (BID); Ministerio de Salud (MINSAL); Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentación (INTA).

Investigadores Principal: Cecilia Albala (INTA)

Co investigadores: Pedro Pablo Marín (Facultad de Medicina UC); Fernando Vio (INTA); Carola García (INTA); Lydia Lera M.

Fecha de realización:  
 Santiago, junio 2007.

**Tabla II.2.1.2b: Descriptivos de la Percepción de Bienestar y salud según edad**

¿Cómo se siente Ud. con...?	15 a 19		20 a 44			45 a 64			65 a 74			75 y más			
	Media	IC 95%		Media	IC 95%		Media	IC 95%		Media	IC 95%		Media	IC 95%	
		Inf	Sup		Inf	Sup		Inf	Sup		Inf	Sup		Inf	Sup
Privacidad	5,5	5,3	5,6	5,4	5,3	5,5	5,7	5,6	5,8	5,9	5,8	6,0	5,9	5,7	6,0
Cantidad de dinero	5,0	4,8	5,1	4,5	4,5	4,6	4,3	4,2	4,4	4,2	4,1	4,4	4,2	4,0	4,4
Condición física	5,6	5,5	5,7	5,2	5,2	5,3	4,9	4,8	5,0	4,7	4,5	4,9	4,4	4,2	4,6
Bienestar mental o emocional	5,7	5,6	5,8	5,5	5,4	5,5	5,4	5,3	5,4	5,3	5,2	5,5	5,0	4,9	5,2
Relación de pareja	5,9	5,7	6,1	5,9	5,8	5,9	5,8	5,7	5,9	6,1	6,0	6,2	5,9	5,7	6,0
Diversión	5,8	5,7	5,9	5,2	5,1	5,2	5,0	4,9	5,1	5,2	5,1	5,3	4,8	4,7	5,0
Vida familiar	6,0	5,9	6,1	6,0	5,9	6,0	5,9	5,9	6,0	6,0	5,9	6,1	5,9	5,8	6,0
Trabajo	6,1	5,8	6,3	5,6	5,6	5,7	5,6	5,6	5,7	5,8	5,5	6,0	4,9	3,9	5,9
Vida sexual	5,9	5,7	6,1	5,8	5,7	5,9	5,4	5,3	5,5	5,3	5,1	5,5	5,0	4,7	5,2
Vida en general	5,9	5,8	6,0	5,7	5,7	5,8	5,6	5,6	5,7	5,6	5,5	5,7	5,5	5,4	5,6
Salud	5,7	5,6	5,8	5,5	5,4	5,5	5,1	5,0	5,2	4,9	4,8	5,0	4,6	4,4	4,8

### Estudio Calidad de vida relacionada a la salud (HR-QoL) en población general.

Fecha elaboración: Marzo 2006

Departamento de Estudios y Desarrollo, superintendencia de salud.

#### Objetivo:

El objetivo de este estudio es evaluar la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (HR-QoL) en una muestra representativa de los beneficiarios adultos de los sistemas de seguros público (FONASA) y privados (Isapres) de salud, en nuestro país. El instrumento usado fue la versión para Chile del cuestionario EQ-5D y VAS. Se analiza las influencias de algunos factores sociodemográficos sobre la calidad de vida relacionada a la salud.

#### Principales resultados:

##### Estado de salud y edad

La tabla 9, muestra la distribución porcentual de las dimensiones de EQ-5D y las medias de los Índices EQ-UK1993, EQ-USA2002 y VAS según grupos etáreos en las personas que declararon algún problema de salud (moderado o severo).

El porcentaje de problemas de salud declarados aumenta con la edad en todas las dimensiones de salud de EQ-5D, con excepción de la dimensión angustia/depresión en que el patrón de distribución muestra una tendencia decreciente después de los 44 años de edad. El resultado de los Índices EQ-UK1993 y EQ-USA2002 confirman esta tendencia.

La media del Índice VAS disminuye desde 72,3 en el grupo de menores de 25 años hasta 60,1 en adultos mayores de 65 años. Existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre, los menores de 25 años con los grupos etáreos de 45 - 54 años y mayores de 65 años. Las diferencias entre medias del grupo de 25 - 34 años con los grupos de edad mayores de 45 años, también son estadísticamente significativas.

**Distribución porcentual dimensiones EQ-5D e Índices EQ por edad, en personas con problemas de salud (n: 2.727)**

	15 - 24	25 - 34	35 - 44	45 - 54	55 - 64	≥ 65
n° de casos	415	666	709	488	273	176
Movilidad	10,8	14,1	20,7	32,2	37,7	55,1
C.personal	1,9	2,7	4,2	10,0	10,3	17,0
Act. Habitual	17,3	18,8	25,0	31,4	40,3	45,5
Dolor/ Malestar	68,7	77,8	79,4	85,0	86,8	90,3
Angustia/ Depresión	67,5	66,7	68,0	66,6	65,9	60,2
Índice EQ (UK-1993)	0,73	0,71	0,70	0,66	0,66	0,64
Índice EQ (USA-2002)	0,78	0,77	0,75	0,72	0,70	0,67
media VAS	72,3	71,7	69,3	67,4	65,5	60,1

\* 9 casos no registraron su edad.

*Estado de salud y actividad laboral*

La tabla siguiente muestra la distribución porcentual de los casos con problemas de salud, en las dimensiones de EQ-5D y las medias de los Índices EQ-UK1993, EQ-USA2002 y VAS según la actividad laboral de las personas encuestadas.

**Distribución porcentual de dimensiones EQ-5D e Índices EQ por actividad laboral, en personas con problemas de salud**

Actividad	estudiante	independiente	dependiente	jubilado	t.domésticas	cesantes
n° de casos	191	311	1245	180	571	208
Movilidad	11,0	17,4	18,8	41,7	35,6	25,0
C.personal	1,0	5,1	3,3	17,2	9,8	8,7
Act. Habitual	16,8	21,2	21,8	45,0	34,9	30,8
Dolor/ Malestar	63,4	82,6	78,2	87,8	85,8	76,9
Angustia/ Depresión	68,6	61,7	63,5	59,4	75,0	79,3
Índice EQ (UK-1993)	0,74	0,70	0,71	0,67	0,64	0,67
Índice EQ (USA-2002)	0,78	0,77	0,76	0,71	0,69	0,73
media VAS	71,5	70,9	71,8	64,4	62,9	65,7

\* 30 casos no declaran su actividad principal

En general, la dimensión de salud que presenta la menor proporción de problemas de salud es el Cuidado Personal. Problemas de salud en la dimensiones Movilidad y Actividades Habituales, fueron mas frecuentes en los grupos de jubilados y tareas domésticas.

Respecto a la dimensión de Dolor/Malestar, más del 80% de los grupos de jubilados, tareas domésticas y trabajadores independientes presentan problemas de salud.

En la dimensión Angustia/Depresión los grupos de cesantes y tareas domésticas presentan algún problema, moderado o severo en más del 75% de los casos. En

esta dimensión, el 69% de los estudiantes y el 59% de los jubilados declaran algún problema de salud.

Los mejores resultados en los índices EQ-USA2002, EQ-UK1993 y EQ-VAS se obtuvieron en los grupos de estudiantes y trabajadores dependientes e independientes, y los peores, en los grupos de tareas domésticas, cesantes y jubilados. En los índices EQ-VAS, EQ-USA2002 y EQ-UK1993, existen diferencias estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ) entre las medias de los trabajadores laboralmente activos ( dependientes más independientes) con los grupos de jubilados y cesantes.

No hay diferencias significativas entre las medias de VAS y los índices EQ, entre los grupos de cesantes y tareas domésticas.

Además, no existe diferencia estadísticamente significativa entre las medias de EQ-VAS entre los trabajadores dependientes e independientes. Sin embargo, si existen diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) entre las medias de estos grupos, en los Índices EQ-USA2002 y EQ-UK1993.

### 3.7. Reformas al sistema de salud con incidencia en los adultos mayores

Se han incorporado, durante el año 2007, nuevas patologías al programa AUGE, sumando nuevas prestaciones para este grupo, las que han sido detalladas más arriba.

### 3.8. Experiencias y ejemplos de buena práctica

Existen una serie de iniciativas para atender a personas mayores que no pueden acceder, por distintos motivos (aislamiento, discapacidad, pobreza etc.) a las prestaciones de salud.

Entre estas destacan: El programa vínculos, llevado adelante por SENAMA y MIDEPLAN y que se enmarcar dentro de la red de protección social que el gobierno de la presidenta Bachelet está articulando, contempla la entrega de alimentación complementaria, y de vacunas de forma gratuita a adultos mayores que viven solos y que por distintos motivos no pueden acceder estas prestaciones por condición de pobreza a por encontrarse aislados de la comunidad.

Cobertura programa vínculos 2007								
Nº A.M	\$	SALUD			SUBSIDIOS			EQUIPAMIENTO
		PACAM	VACUNAS	ORTESIS	SAP	PASIS	C.I	
4004	431.000.000	2186	2287	En evaluación	1599	2319	3030	1.102.640.000

Fuente: SENAMA, 2007.

Además, el programa de postrados incluye cuidados domiciliarios a personas mayores que por la severidad de su dependencia o discapacidad no pueden acudir a los consultorios a atenderse, así mismo, este programa contempla capacitación a los cuidadores familiares y la entrega de un subsidio para el postrado. El programa contempla la atención de 61.966 adultos mayores postrados, de los cuales 6.011

son pobres o indigentes (Estudio "Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial". SENAMA 2007)

Así mismo es destacable el trabajo de los cuidadores domiciliarios que fue descrito anteriormente.

## 4. URUGUAY

### 4.1. Perfil de salud los adultos mayores

En Uruguay residen alrededor de 3.300.000 habitantes, con rasgos demográficos como la disminución de la natalidad, una mortalidad general estable y una reducción sostenida en la mortalidad infantil, a los que se suma una fuerte corriente migratoria.

En el transcurso de algo más de un siglo la esperanza de vida de los uruguayos casi se duplicó. Las mujeres lograron mayores ganancias que los varones por lo cual se amplió la brecha que separa las esperanzas de vida de cada sexo, que pasó de 2,2 años en 1900 a 7,4 años en el 2006. Esta expectativa vital se sitúa en 2006 en 72,1 años para los hombres, 79,5 años para las mujeres, lo que resulta en una esperanza de vida promedio de 75,7 años.

A los 60 años la Esperanza de Vida adicional es de 23 años para las mujeres y 21 años para los hombres.

El 1,4% de la población uruguaya es mayor de 85 años; un 13,3% de la población se ubica en el grupo de edad mayor a 65 años y el 17,7% son mayores de 60 años según datos del censo de 2004; esta proporción era de 7.6% en 1963, por lo que se duplicó en un período de casi 40 años, constatando una clara tendencia al envejecimiento.

La población de adultos mayores uruguayos se concentra en mayor proporción que la población global en áreas urbanas, circunstancia que se intensifica a medida que aumenta la edad y es más significativa para las mujeres. Mientras el porcentaje de residentes en áreas urbanas en la población total es de 91,8% (90,4% para hombres y 93,1% para las mujeres), entre los mayores de 60 años la proporción asciende a 92,5% (89,7 para hombres y 94,5% para mujeres), y entre los mayores de 80 años continúa en ascenso para alcanzar el 94,5% (92,2% para hombres y 95,7% para mujeres).

Un rasgo distintivo del proceso de envejecimiento es el predominio femenino. Debido a la mayor esperanza vital de las mujeres, se produce un aumento muy pronunciado de su proporción en las edades más avanzadas. Los índices de masculinidad a nivel regional presentan para el año 2000 un promedio de 86 hombres por cada 100 mujeres de 60 a 74 años, cifra que desciende a 70 hombres por cada cien mujeres en el grupo de 75 años y más.

Si bien es cierto que las mujeres viven más tiempo y que, por tanto, son más representativas en la población adulta mayor, es muy probable que vivan en condiciones desfavorables la última etapa de su ciclo de vida. Muchas de ellas no tienen cónyuge, ya sea por la mayor frecuencia de la viudez o porque se mantuvieron célibes, con lo cual experimentan necesidades básicas no satisfechas y

soledad. Además, se ven afectadas negativamente por una menor participación laboral, o bien por un trato desigual en el mercado laboral, percibiendo menor salario que los hombres por un trabajo de igual valor. Todo esto redundando en limitaciones para la generación de ahorro o para la percepción de ingresos mediante una pensión, lo que se traduce en su alta dependencia económica en las edades más avanzadas.

#### **4.1.1. Enfermedades crónicas no transmisibles**

En el periodo septiembre-diciembre del 2006 se realizó la primera encuesta de factores de riesgo en Uruguay, titulada: "Primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles", con el objeto de determinar la prevalencia de los factores de riesgo en la causalidad de las ECNT. En Uruguay las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad renal crónica, etc., figuran entre las primeras causas de mortalidad, discapacidad y son motivo el 50% de la morbilidad.

Las ECNT representan el 70% de las defunciones producidas en Uruguay y suponen el 60% de los costos de la atención médica. El 33,8% de los fallecimientos obedecen a desórdenes cardiovasculares, el 22,6% son a causa de neoplasias.

Uruguay ya presenta las cifras que la OMS proyecta a los países de la región para el año 2020.

La encuesta se realizó en los siguientes pasos:

- un cuestionario
- medidas antropométricas y toma de presión arterial
- pruebas de laboratorio

Se evaluaron ocho factores de riesgo:

- Cuatro factores biológicos (sobrepeso y obesidad, presión arterial elevada, Glicemia elevada, Dislipemias)
- Cuatro factores conductuales (Habitudo de fumar, consumo de alcohol, dieta inadecuada con bajo contenido de frutas y verduras, Sedentarismo).

La Población objetivo se circunscribió a la franja entre 25 y 64 años de edad. La muestra ascendió a 20.210 personas que residen en el ámbito urbano. La fase de recolección de datos se llevó a cabo entre septiembre y diciembre del 2006. PARTICIPARON: MSP, INE OPS, la Facultad de Enfermería, la Facultad de Medicina, la Escuela de Nutrición, el Fondo Nacional de Recursos, la Asociación de Diabéticos del Uruguay y una Unidad Coronaria Móvil.

#### **Resultados:**

##### **Consumo de tabaco**

31% de los adultos encuestados fuman a diario, el promedio de inicio fue a los 18 años, el 94% consume cigarrillos manufacturados y el promedio de cigarrillos manufacturados que consumen es de quince.

##### **Consumo de alcohol**

El porcentaje de adultos que consumen alcohol o que han consumido en los últimos 30 días se sitúa en un 48%, de éstos un 8% consumieron en los últimos cuatro días previos a la encuesta.

Un 8% de las mujeres encuestadas consumieron cuatro vasos de alcohol en los cuatro días previos a la encuesta.

Un 16% de los hombres encuestados consumieron cinco vasos de alcohol en los cuatro días previos a la entrevista

### **Dieta**

Se consideró como dieta recomendada la que incluía cinco porciones de frutas diarias. Un 93 % de los encuestados consume menos de cinco frutas diarias.

### **Sedentarismo**

Un 4% de los encuestados tiene un nivel de actividad física alto.

Un 38% de los encuestados tiene un nivel de actividad física bajo.

### **Índice de masa corporal**

El IMC promedio fue de 27. Se considera que en los valores entre 25 y 30 existe sobrepeso. El 60% de los adultos encuestados tiene sobrepeso u obesidad, de ellos un 24% son obesos. El promedio de perímetro de cintura fue de 93 cm. para los hombres y 86 cm. para las mujeres.

### **Presión arterial**

El promedio de presión arterial sistólica fue de 125 mmhg

El promedio de presión arterial diastólica fue de 76 mmhg

El 34% de los encuestados presento cifras de presión arterial >140/90 o estaban con tratamiento antihipertensivo.

### **Glicemia de ayuno**

El promedio de glicemia es de 88 mg/ dl

Un 7% de la población encuestada presentó cifras de glicemia elevada, en este caso se excluyó a los pacientes bajo tratamiento por cifras elevadas de glicemia.

### **Colesterol elevado.**

Las cifras promedio de colesterol fueron de 188mg/dl

Un 33% presentó cifras de colesterol por encima de 200 mg/dl (elevadas)

### **Factores de riesgo combinados**

La combinación de tres factores de riesgo fue considerado como de riesgo elevado

Un 1% de la población encuestada no presentaba factores de riesgo

Un 38% de la población entre 25 y 44 años presentaba un riesgo elevado.

Un 63% de la población entre 45 y 64 años presentaba un riesgo elevado.

## **4.1.2. Mortalidad**

La mortalidad general se ha mantenido estable en las últimas cuatro décadas, con valores del orden de 10 por cada 1.000 habitantes. La tasa bruta de mortalidad para 2005 fue de 9.84 por 1.000 habitantes.

La defunción puede ser estudiada analizando la proporción de muertes atribuidas a cada causa, es decir, la mortalidad proporcional.

Desde esta perspectiva las enfermedades cardiovasculares siguen ocupando el primer lugar: aproximadamente representan más de un tercio del total de defunciones.

Los tumores son la segunda causa de muerte con el 22.3% de las defunciones, mientras que los accidentes ocuparon el tercer lugar entre las causas de muerte. Apenas unas décimas por detrás se ubican las muertes causadas por las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (4.4 contra 4.2% respectivamente).

Las enfermedades mentales (2.7% del total de defunciones) superan en importancia a la diabetes mellitus (2.1%).

Entre los 60 y los 69 años, los tumores ocupan el primer lugar como causa de muerte seguidos de las enfermedades cardiovasculares. Entre los 70 y 80 años, la fórmula se invierte predominando las causas del aparato circulatorio, seguidas por las neoplasias.

### **¿Cómo varía la mortalidad entre hombres y mujeres?**

Analizando datos de 1998 en términos de mortalidad proporcional, observamos que las dos primeras causas de muerte de hombres y mujeres reproducen el perfil de la población general, pero con importantes variaciones por sexo: el 31.3% de las muertes masculinas y el 39.3% de las muertes de mujeres son por afecciones cardiovasculares, mientras que los tumores dan cuenta del 24.7% de las defunciones en hombres y del 22.1 % en mujeres.

Según datos de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer las tasas de mortalidad por cáncer ajustadas por edad, sitúan Uruguay parece elevadísima la siguiente en el contexto internacional en el lugar 14 para los hombres y en el lugar 8 para las mujeres (período 1992-1995). Las localizaciones más frecuentes en los varones son el pulmón y la próstata, y en las mujeres la mama, el colon y el recto.

La tercera causa de muerte es ocupada en el caso de los varones por los accidentes con el 6% (tasa de mortalidad por esta causa 65.1/100.000); entre las mujeres los accidentes son la cuarta causa con el 3% de las muertes y una tasa específica de mortalidad que es la mitad de la de los varones (25.9/100.000).

La tercera causa de muerte de las mujeres son los trastornos mentales y del comportamiento con el 3.8% de las defunciones, mientras que esta causa ocupa el octavo lugar entre los varones (2%).

Los suicidios aparecen como sexta causa de muerte de los hombres (tasa 26.3/100.000) y no figura entre las 8 principales causas de muerte femenina.

La diabetes mellitus aparece como séptima causa de muerte entre las mujeres con el 2.2% de los fallecimientos (tasa 19/100.000), y no aparece entre las 8 primeras causas de muerte de hombres.

#### **4.1.3. Percepción de salud.**

Según los datos de la encuesta ENEVISA, 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), los resultados mostraron 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 fue 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 tenían una sensación de bienestar alta presentaban un estado de salud de nivel bueno y muy bueno independientemente del sexo.

En cuanto a la variable miedos y temores, aquellos que experimentaron miedos o temores en relación a dos o más situaciones vitales personales destacan el 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. Los resultados por grupos de edad indican que el grupo de 55 a 64 años presenta mayores temores que las personas de 65 años y más, lo que se explica por los 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/o a que un familiar experimente un problema grave de salud.

#### **4.1.4. Discapacidad**

Atendiendo a la necesidad de contar con un sistema de información epidemiológico sobre la población con discapacidad que facilite la creación de políticas sociales el 28 de Agosto de 2003 la COMISION NACIONAL HONORARIA DEL DISCAPACITADO (CNHD) y el INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA (INE) firmaron un convenio. En el se acordó realizar la primera encuesta nacional de personas con discapacidad como modulo de la ENCUESTA CONTINUA DE HOGARES del año 2004.

Para ello se considero la DISCAPACIDAD como "toda limitación o restricción en la participación que se origina en una deficiencia que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro del entorno físico y social."

En cuanto a la realidad que reflejó la mencionada encuesta se destaca una prevalencia de un 7,6% de la población total residente en áreas urbanas de localidades de cinco mil habitantes o más, lo que represento aproximadamente una representación del 62% de la población total. Esto lleva a una estimación de 210.400 personas con al menos una discapacidad.

La quinta parte de los hogares particulares radicados en localidades de 5.000 habitantes y más tiene entre sus integrantes al menos una persona con discapacidad, lo que representa un 18,2% de los hogares

Por lo que se refiere a la ubicación geográfica de esas personas no se encontraron asimetrías ya que un 7,7% reside en Montevideo y un 7,5% en el interior urbano.

El sexo y la edad si marcan comportamientos diferentes ya que la prevalencia de la discapacidad en la población total de mujeres es mayor que en la de varones; en cifras esto represento un 8,2% y un 7% respectivamente.

Al aumentar la edad aumenta la discapacidad y a partir de los 65 años la incidencia. Así, un cuarto de la población adulta presenta alguna discapacidad.

Al incrementarse la esperanza de vida también aumentan los años vividos con alguna discapacidad así como también el riesgo de adquirir alguna a edades avanzadas como secuela de alguna enfermedad o por deterioro de las capacidades funcionales que se relacionan con el proceso de envejecimiento.

En términos de magnitud, un 57% de las personas que declararon padecer por lo menos una discapacidad fueron mujeres de las cuales un 60% residía en Montevideo y un 54% en el interior urbano. Un 50,8% del total tiene más de 65 años; un 18,4% tiene entre 50 y 64 años y el resto del total lo representaron los adultos, adolescentes y niños. En Montevideo el grupo de adultos mayores supera las cifras del interior urbano.

Un 66% de la población presenta solo una discapacidad mientras un 34% presenta dos o más discapacidades. Se reveló como discapacidad principal la dificultad para caminar en un 31,3% (considerando desde la limitación al no caminar); le siguen en orden de importancia la dificultad para ver (desde la limitación hasta la ceguera) en un 25% y por último la dificultad para oír (desde la limitación hasta la sordera) en un 13,6%.

Los datos de perfil de la población beneficiaria del Plan de Emergencia que ejecuta el Mides (Ministerio de Desarrollo Social), al mes de noviembre del 2005, reflejan que 6,3% de personas han declarado tener alguna discapacidad. Este porcentaje incluye tanto a jefes o jefas de hogar como otros integrantes del núcleo familiar:

La distribución según sexo manifestó más discapacidades motoras y visuales para las mujeres lo que es coherente con el mayor envejecimiento de la población femenina. Entre los varones predominaron las discapacidades mentales y las dificultades de aprendizaje.

En cuanto al origen de la discapacidad, el 51,2% considera que es originada por una enfermedad; 20,8% considera que es de nacimiento y 9,4% considera que se originó como secuela de un accidente. Relacionando estas percepciones con el género, un 54,2% de las mujeres atribuyen su discapacidad a una enfermedad mientras una quinta parte lo atribuye al envejecimiento. Para los varones un 47,2% opina que su discapacidad se origina en una enfermedad y una cuarta parte en el envejecimiento.

Para la cobertura de necesidades de asistencia o ayuda que estas personas demandan para desarrollar actividades del diario vivir un 40% requiere ayuda para desplazarse fuera del hogar y un 20% presenta niveles altos de dependencia. Los aspectos considerados no son mutuamente excluyentes ya que una misma persona puede necesitar ayuda para realizar más de una actividad funcional.

La evidencia del status socioeconómico como factor de riesgo para los más viejos es importante para el desarrollo de estrategias preventivas de salud y para evaluar el impacto y la naturaleza de las desigualdades sobre ella.

En referencia a la actividad económica de este grupo, hasta los 64 años tienen una tasa de actividad de 40%; bastante más baja que para la población de la misma edad sin discapacidad que es de un 69%. Entre las personas de 65 años y más esta tasa es de 5% la mitad del valor que representa a la población de igual edad sin discapacidad que es de un 10%.

Solamente un 16,5% de la población total con discapacidad es económicamente activa (incluye todos los grupos de edad), de estos un 35% del grupo de 50 a 64 años tiene empleo y un 3% de los 65 años y más tiene empleo. Ambas tasas son significativamente menores que para la población de la misma edad sin discapacidad. Tanto para la tasa de actividad económica como para la tasa de empleo el área geográfica de residencia no marca grandes diferencias. No sucede lo mismo si consideramos la variable de género, donde las diferencias son significativas ya que para los varones la tasa de actividad es de 22,4% mientras que para las mujeres es de 12,3%.

## **4.2. Acceso y uso de los servicios de salud**

La salud en la vejez es el reflejo de factores intervinientes en toda una vida, que van desde factores incontrolables como la herencia genética, pasan por condicionantes socioeconómicas como las oportunidades de educación y trabajo, y llegan hasta la participación personal en los hábitos de salud y el estilo de vida. De esta manera, las características sociales, económicas, familiares y de salud en la vejez están en gran parte determinadas décadas antes por la historia familiar, socioeconómica y cultural del individuo. El proceso patológico que lleva a condiciones de morbilidad crónica, a incapacidades y a la muerte, es muy común que se haya generado en edades tempranas y no se haya manifestado sino hasta la vejez (Ruiz y otros 1994).

Con el envejecimiento demográfico la salud, considerada como el estado de bienestar físico, mental, moral y material indispensable para una calidad de vida aceptable, adquiere una nueva dimensión. La misma, que comienza a hacerse notar en los aspectos biológicos, sociales y económicos del envejecimiento está adquiriendo importancia creciente. Esta situación emergente modifica las condiciones y prioridades de salud y cobrará mayor relevancia conforme el porcentaje de población de 65 años y más se incremente, del actual 13%, hasta llegar casi al 20% de la población total en el año 2050.

### **4.2.1. Cobertura**

En las edades adultas el acceso a un servicio de salud alcanza gran relevancia, pues el riesgo de estar enfermo es mayor en estas edades. Aunque, bajo diferentes formas de atención, toda la población uruguaya tiene cobertura de salud, según los datos del último relevamiento censal, un 8% de los varones y un 5% de las mujeres de 65 años y más declara no tener cobertura total de salud.

Ello no significa necesariamente un desamparo de asistencia médica, pues el sistema público cubre a toda esta población, pero sí de alguna forma refleja las dificultades de acceso al sistema.

Uruguay: Distribución de la población de 65 años y más, por principal cobertura total de salud, según sexo y área. Año 1996							
Área y sexo	Total	M.S.P.	Mutualista	Sanidad militar	Sanidad policial	Otros	Sin cobertura
<b>Total país</b>							
Total	100	29,42	59,93	2,21	1,43	1,18	5,82
Hombres	100	30,65	56,34	2,42	1,39	1,63	7,58
Mujeres	100	28,57	62,43	2,06	1,47	0,87	4,60
<b>Área urbana</b>							
Total	100	28,39	61,36	2,33	1,51	1,19	5,21
Hombres	100	29,30	58,35	2,61	1,51	1,68	6,55
Mujeres	100	27,80	63,34	2,14	1,52	0,87	4,33
<b>Área rural</b>							
Total	100	41,86	32,61	0,80	0,47	0,97	13,28
Hombres	100	41,84	39,59	0,83	0,39	1,15	16,20
Mujeres	100	41,89	46,71	0,76	0,58	0,74	9,32

Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo

El 60% de la población de 65 años y más de edad está afiliada, con cobertura total, a instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) del sector privado. Paralelamente, es sabido, aunque no hay datos sobre ello, que una gran mayoría tiene también cobertura parcial de salud privada en unidades de emergencia médica móvil y cobertura parcial en servicios de compañía en hospitales y en domicilios post-internación.

Atendiendo a esta subdivisión de la atención del sistema de salud en público y privado, se destacan algunos comportamientos particulares, tanto a nivel de áreas geográficas como en cada grupo de edades. Así, la población del área rural, en proporciones similares, declara estar cubierta por instituciones del sector público y privado, en tanto en el área urbana predomina la afiliación de esta población al sector privado (61%).

En relación a la población de cada edad, en cada área, el porcentaje de atención en el mutualismo aumenta con la edad en el área urbana y desciende en el área rural. Como contrapartida el porcentaje que se atiende en el sistema público se comporta inversamente

#### 4.2.2. Uso de los servicios sanitarios

Los datos del periodo Enero/Diciembre 2006 aportados por el Servicio de Atención a la Salud (SAS) dependiente de la División Salud del Departamento de Desarrollo Social de la Intendencia de Montevideo que forma parte del sub-sector Público en el primer nivel de atención; son los mas actualizados que surgieron en el marco de esta búsqueda.

Con vistas a optimizar los recursos, el SAS ha regionalizado el departamento de Montevideo en Región Centro, Este y Oeste; a su vez a cada región le corresponden diferentes zonas o zonales.

Conforman la Región Centro las zonas: 1 donde el centro de referencia es la Policlínica Barrio Sur; 2 Policlínica L.Tirapare; 3 Policlínica Crottogini; 4 Policlínica Mercado Modelo; 5 Policlínica Buceo y zonal 16 Policlínica Entre Vecinos.

Para la Región Este se incluyen las zona 6 Policlínicas INVE 9 y 10 e INVE 16 y el Policlínico Odontológico Euskal Erria 71; la zona 8 con el Policlínico Odontológico J.P. Varela y el Policlínico Móvil AMULP; la zona 9 con el Policlínica Punta de Rieles y el Policlínico Odontológico Flor de Maroñas; la zona 10 con el Policlínica Giraldez, la Policlínica comunitaria Q. de Batlle y el Policlínica Móvil AMULP y zona 11 con el Policlínico Casavalle y el Policlínico Comunitario Zonal 11.

En la Región Oeste se integran la zona 12 con el Policlínica Colon y el Policlínica Móvil Zonal 12; la zona 13 con el Policlínica Lavallega y el policlínico comunitario Z.Sanchez; la zona 14 con los Policlínicas A.Lanza, Parque Bellan y La Teja, el Policlínico Odontológica Zonal 14 y el Policlínico Comunitario del mismo nombre; la zona 17 con el Policlínico Casabo y La Paloma, el Policlínica Odontológico Zonal 17, Policlínica Comunitario Zonal 17 y Policlínico Móvil Zonal 17 y la zona 18 con el Policlínico Paso de la Arena y el Policlínico Móvil Zonal 18.

Uruguay- Infraestructura de atención sanitaria. Región centro				
ZONA	Nº de CENTROS	POBLACION DENSIDAD	DENSIDAD hab/hâ	ATENCIONES
1	2	47.003	100	17.024
2	1	95.449	143	17.391
3	1	67.876	111	16.871
4	1	56.821	100	8.083
5	1	129.175	158	12.353
16	1	34.990	73	8.632
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>	<b>431.314</b>	<b>119</b>	<b>80.354</b>

Uruguay- Infraestructura de atención sanitaria. Región Este				
ZONA	Nº de CENTROS	POBLACION DENSIDAD	DENSIDAD Hab/hâ	ATENCIONES
6	3	91.757	96	34.653
7	0	52.146	78	-
8	1	53.920	23	8.077
9	2	136.690	21	23.689
10	2	67.533	9	28.620
11	2	90.675	66	43.729
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>492.721</b>	<b>25</b>	<b>138.768</b>

Uruguay- Infraestructura de atención sanitaria. Región Oeste				
ZONA	Nº de CENTROS	POBLACION DENSIDAD	DENSIDAD Hab/hâ	ATENCIONES
12	3	61.216	5	20.847
13	2	83.041	41	22.512
14	5	88.033	57	69.534
15	0	42.589	65	-
17	5	86.839	22	66.721
18	2	40.215	4	24.955
<b>TOTAL</b>	<b>17</b>	<b>401.933</b>	<b>14</b>	<b>204.569</b>

FUENTE: Datos del Censo Fase 1 del 2004.

El número de atenciones no se correlaciona con número de pacientes.

Uruguay - Atenciones según especialidad y por mes								
Meses	Enfermería	Ginecología	Medicina	Odontología	Pediatría	Psicología	Nutrición	Totales
Enero	8.041	4.180	6.344	4.785	5.475	488	762	30.075
Febrero	7.675	4.586	7.332	5.576	5.382	791	676	32.018
Marzo	11.665	6.044	9.745	7.393	7.829	915	854	44.445
Abril	7.585	3.146	5.572	4.276	5.059	695	276	26.609
Mayo	12.372	5.604	8.940	6.489	7.721	1.143	518	42.787
Junio	9.969	4.630	7.494	7.071	6.900	1.093	649	37.806
Julio	8.944	4.739	7.440	7.054	5.491	957	585	35.210
Agosto	9.931	5.221	73892	6.271	6.908	1.168	636	38.027
Setiembre	9.133	4.512	7.716	5.958	6.841	1.084	563	35.807
Octubre	9.588	5.016	7.931	5.407	6.357	1.021	743	36.063
Noviembre	9.467	5.164	7.503	5.966	6.481	1.071	635	36.224
Diciembre	6.984	4.086	6.423	4.144	5.430	908	645	28.620
totales	111.354	56.928	90.332	70.390	75.811	11.334	7.542	423.691

242 días hábiles de enero a diciembre DE 2006.  
 Promedio de atenciones diarias del SAS: 1.751.  
 Promedio mensual de atenciones del SAS: 35.308.

Uruguay- Atenciones en SAS por especialidad según región en igual periodo. Enero- diciembre de 2006. Números absolutos								
Región	enfermería	ginecología	medicina	odontología	pediatría	psicología	nutrición	Total
Centro	22.707	10.905	18.242	12.137	12.125	4.238	0	80.354
Este	33.704	17.589	24.939	29.424	28.426	2.630	1.956	138.768
Oeste	54.843	28.434	47.151	28.829	35.260	4.466	5.586	204.569
Totales	111.354	56.928	90.332	70.390	75.811	11.334	7.542	423.691

Uruguay- Atenciones en SAS por especialidad según región en igual periodo. Enero- diciembre de 2006. Porcentajes								
	enfermería	ginecología	medicina	odontología	pediatría	psicología	nutrición	
Centro	20%	19%	20%	17%	16%	38%	0%	
Este	31%	31%	28%	42%	37%	23%	26%	
Oeste	49%	50%	52%	41%	47%	39%	74%	
totales	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente de datos: SERVICIO DE ATENCION A LA SALUD (S.A.S) Informe de las atenciones en las policlínicas IMM en 2006

Los datos sobre consultas son fuente de la Encuesta Familiar de Salud (EFS 12/1982) que el grupo de personas de 60 años y más requirió el 32.4% del total de consultas realizadas por la toda la población, exceso que resulta notorio, que evidencia su magnitud al calcular las tasas de consulta. Así los menores de 59 años de edad requirieron una media de 4.07 consultas por persona al año, mientras que los de 60 años y más utilizaron un promedio de 10.3 consultas personales anuales. Este índice se incrementa con la edad. Mientras las personas entre 60 y 74 años utilizaron en promedio 9.74 consultas anuales, entre quienes tenían 75 años y más dicho promedio se elevó hasta 12.12 consultas anuales.

Datos de la misma encuesta revelaron que el índice de consumo de medicamentos por encuestado alcanzó el mayor valor entre la población de 60 años y más. Dicha población consumió más del 34% de todos los medicamentos utilizados por la población encuestada

El comportamiento por edad es similar al observado respecto a las consultas realizadas, es decir, la proporción de consumidores se incrementa con la edad

### 4.2.3. Altas hospitalarias

El estudio de la morbilidad basada en las altas hospitalarias proporciona información del conjunto de procesos de salud de una población que han generado un ingreso hospitalario. Entre el 8 y el 12%, dependiendo de la estructura de edad de la población, requiere un ingreso hospitalario por año.

En general, los registros de las altas hospitalarias proporcionan un diagnóstico principal y tres más, y hasta cuatro procedimientos utilizados. En el contexto del análisis de la situación de salud de una comunidad es importante ceñirse a unos pocos diagnósticos del alta hospitalaria, aquellos cuyo abordaje sea más factible desde la Atención Primaria. Los diagnósticos pueden ser episodios de atención y no necesariamente personas diferentes que habitan en un territorio definido; hay que estar atentos a la forma de presentación de esta información porque puede sobrestimarse la morbilidad.

La morbilidad hospitalaria se puede expresar en forma de números absolutos, por grupos de edad y en tasa por 10.000 habitantes. En ocasiones, dependiendo del tamaño de la población y la frecuencia de las hospitalizaciones, puede ser interesante contabilizar las altas hospitalarias agrupando varios años.

En nuestro país se están implementando en los diferentes servicios un sistema de ingreso a una base de datos al momento de otorgarle el alta a un paciente, quedando así registrado morbilidad y co-morbilidades asociadas.

### EGRESOS HOSPITALARIOS 2005

De acuerdo con los datos del Informe de Egresos Hospitalarios de 2005<sup>12</sup>, elaborado por la Unidad de Vigilancia de Salud Pública y el Ministerio de Salud Pública, se recibieron 8.1484 egresos. Se excluyeron 4.357 egresos correspondientes a recién nacidos, quedando un total de 77.127 egresos para el análisis.

En la distribución de los egresos por sexo se observa que predominan los egresos del sexo femenino, tanto en forma porcentual como ajustando por tasa (egreso de determinado sexo cada 1.000 afiliados de ese sexo).

<sup>12</sup> Los datos proceden de 9 Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs) de Montevideo y de 3 IAMCs del interior.

A cada institución se le solicitó la siguiente información: egresos del 2005 codificados por la CIE X, edad, sexo, días de estadía, fecha de egreso/ingreso y condición al egreso (alta o fallecido)

Los datos de población afiliada fueron aportados por el SINADI.

#### GENERALIDADES

Población afiliada a las IAMCs (SINADI, 2005):

- Montevideo: 868 778
- Interior: 546 771
- Total: 1 415 549

Las instituciones incluidas en el informe representan el 51.2% (724. 475 afiliados) de la población afiliada a las IAMCs (SINADI, 2005).

Se excluyeron los recién nacidos porque no todas las instituciones los incluyen en sus egresos.

Uruguay- Distribución de los egresos por sexo. IAMCs 2005			
SEXO	F. A.	%	TASA (0/00)
Masculino	31546	40.99	90.2
Femenino	45407	59.01	121.1
Total	76953	100,0	106.2

Fuente: UVISAP-MSP.  
 Sin datos: 174 egresos

Al considerar las tasas (egreso de determinada edad y sexo cada 1.000 afiliados de esa edad y sexo), se observa que para ambos sexos las tasas de internación más altas se presentan en los menores de 5 años y en los mayores de 64 años. En los hombres se observó la misma distribución, mientras que en los egresos de las mujeres hubo una elevación de la tasa en el grupo de 20 a 44 años, lo cual se explicaría por el hecho de que en ese grupo etario ocurren la mayoría de las internaciones por parto.

Comparando las tasas entre hombres y mujeres en los diferentes grupos de edad, se observa que las tasas de egresos en hombres son más altas, excepto entre los 15 a 64 años (debido al efecto ya mencionado de la internación por parto). En el grupo de 20 a 44 años es donde la diferencia resulta más notoria ya que la tasa en mujeres cuadruplica la de los egresos masculinos.

Uruguay- Distribución de los egresos por edad y sexo. IAMCs 2005									
EDAD (años)	SEXO								
	MASCULINO			FEMENINO			TOTAL		
	F.A.	%	TASA (0/00)	F.A.	%	TASA (0/00)	F.A.	%	TASA (0/00)
<1*	1.044	3,31	328	818	1,80	276	1.862	2,42	306
1-4	1.381	4,38	131	1.015	2,24	98	2.396	3,11	115
5-14	1.713	5,43	64	1.225	2,70	48	2.938	3,82	56
15-19	727	2,31	40	1.047	2,31	67	1.774	2,31	53
20-44	5.205	16,51	36	16.663	36,71	132	21.868	28,43	81
45-64	8.036	25,49	88	8.951	19,72	091	16.987	22,08	89
65-74	6.213	19,70	200	5.846	12,88	127	12.059	15,68	157
75 y más	7.212	22,87	286	9.827	21,65	195	17.039	22,15	225
<b>TOTAL</b>	<b>31.531</b>	<b>100,0</b>	<b>90,2</b>	<b>45.392</b>	<b>100,0</b>	<b>121,1</b>	<b>76.923</b>	<b>100,0</b>	<b>106,2</b>

Fuente: UVISAP-MSP

\* No incluyen recién nacidos  
 Sin datos: 204 egresos

#### 4.2.4. Condiciones el acceso al sistema público de salud

Para acceder al subsector público del Sistema de Salud el usuario deberá retirar un carné denominado carné de asistencia. El trámite se inicia de la siguiente manera, deberá concurrir a las oficinas de atención al usuario presentando:

- Cedula de identidad y fotocopia de cada uno de los integrantes del núcleo familiar.
- Constancia de domicilio, recibo de UTE, OSE, Antel, constancia policial
- Constancia de ingresos: fotocopia del último recibo de ingresos de cada uno de los integrantes



- En caso de no poseer recibo de sueldo, deberá solicitar el formulario para ingresos.
- En el caso que no cumpla con los mismos, podrá acceder al subsector público abonando el arancel correspondiente.

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.

#### **4.2.5. 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.

#### **4.2.6. 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.



*Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia  
y Servicios Sociales en los países iberoamericanos*

# **TERCERA PARTE: ATENCIÓN DE LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA**

## 1. ARGENTINA

### 1.1. Prevalencia de las situaciones de dependencia

Argentina cuenta con una encuesta (ENDI) para relevar a las personas con discapacidad, entre ellas a las mayores de 60 años, como complementaria del censo poblacional del 2001. La muestra cubre al conjunto de centros urbanos del país con 5.000 habitantes o más. La encuesta se realizó en los años 2002-2003

Con referencia a la situación de discapacidad se observa que la prevalencia que se corresponde con el total de la población de 60 años y más es de 24,8%. Los valores más altos de prevalencia se observan en edades superiores a los 75 años.

Argentina- Personas de 60 años y más por edad según condición de discapacidad y sexo. Total del país. Año 2002-2003.									
Grupos de edad	Población total			Población con discapacidad			Prevalencia <sup>(1)</sup>		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
60-64	1.138.676	511.661	627.015	173.629	79.781	93.848	15,2	15,6	15,0
65-69	894.289	391.167	503.122	166.021	77.070	88.951	18,6	19,7	17,7
70-74	860.558	354.134	506.424	206.196	88.937	117.259	24,0	25,1	23,2
75-79	646.248	256.060	390.188	204.134	78.830	125.304	31,6	30,8	32,1
80-84	407.330	134.473	272.857	153.431	48.002	105.429	37,7	35,7	38,6
85-89	175.154	49.308	125.846	88.107	25.031	63.076	50,3	50,8	50,1
90-94	64.585	20.035	44.550	39.483	12.766	26.717	61,1	63,7	60,0
95-99	13.261	(..)	11.707	8.886	(..)	8.172	67,0	(..)	69,8
Total	4.200.101	1.718.392	2.481.709	1.039.887	411.131	628.756	24,8	23,9	25,3

(1) Prevalencia: corresponde al total de personas con discapacidad de cada grupo de edad y sexo dividido la respectiva población total por cien.

(..) Dato estimado a partir de una muestra, con CV superior al 25%.

Nota: El total del país abarca al 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.

En relación a la edad de origen de la primera discapacidad se observa en el cuadro siguiente que a partir de los 50 años se origina en mayor medida. Se advierte que entre las personas con discapacidad casi 8 de cada 10 tuvieron su primera discapacidad a partir de los 50 años (77%).

Argentina- Personas 60 años y más con discapacidad por edad actual según edad de origen de la primera discapacidad. Total del país. Año 2002-2003.																
Edad actual	Total		Edad de origen de la primera discapacidad													
			0-4		5-14		15-29		30-49		50-64		65-74		75 y más	
60-64	173.629	100,0	12.656	7,3	8.274	4,8	8.676	5,0	42.356	24,4	99.619	57,4	-	-	-	-
65-69	166.021	100,0	6.478	3,9	6.696	4,0	8.777	5,3	26.450	15,9	95.408	57,5	18.688	11,3	-	-
70-74	206.196	100,0	11.503	5,6	(..)	(..)	7.637	3,7	22.474	10,9	73.931	35,9	84.736	41,1	-	-
75-79	204.134	100,0	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	13.906	6,8	44.342	21,7	104.632	51,3	29.260	14,3
80-84	153.431	100,0	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	6.601	4,3	19.773	12,9	48.788	31,8	67.523	44,0
85 y más	136.476	100,0	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	10.458	7,7	19.170	14,0	92.298	67,6
Total	1.039.887	100,0	42.190	4,1	23.084	2,2	33.831	3,3	116.793	11,2	343.531	33,0	276.014	26,5	189.081	18,2

Nota: El total del país abarca al 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 cuadro siguiente revela que si bien el 44% de los mayores puede acceder por sí mismo al uso del transporte público, el 36.6% de los mayores de 60 años con discapacidad, no puede viajar en transporte público en especial cuando la dificultad es motora.

Argentina- Personas de 60 años y más con discapacidad por tipo de discapacidad según capacidad para viajar por transporte público. Total del país. Año 2002-2003.										
Cantidad y tipo de discapacidad	Total		Capacidad para viajar en transporte público							
			Por sí mismo		Con ayuda		No puede		Desconocido	
Una discapacidad	678.775	100,0	347.986	51,3	109.070	16,1	213.401	31,4	8.318	1,2
Sólo visual	125.192	100,0	79.517	63,5	23.951	19,1	17.959	14,3	(..)	(..)
Sólo auditiva	130.484	100,0	109.384	83,8	13.595	10,4	7.495	5,7	(..)	(..)
Sólo del habla	8.036	100,0	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)
Sólo mental	23.796	100,0	8.596	36,1	7.258	30,5	7.719	32,4	(..)	(..)
Sólo motora	378.636	100,0	140.461	37,1	58.104	15,3	176.219	46,5	(..)	(..)
Sólo otra discapacidad	12.631	100,0	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)	(..)
Dos discapacidades	276.285	100,0	94.046	34,0	59.737	21,6	121.674	44,0	(..)	(..)
Tres discapacidades o más	84.827	100,0	17.438	20,6	21.948	25,9	45.159	53,2	(..)	(..)
Total	1.039.887	100,0	459.470	44,2	190.755	18,3	380.234	36,6	9.428	0,9

Nota: El total del país abarca al 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

Por otra parte, en la publicación del informe final del Proyecto SABE, se presentan los resultados de la información proveniente de las personas mayores entrevistadas en el área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA). La definición respecto del estado del entrevistado y sus dificultades es realizada por él mismo, como evaluación subjetiva del sujeto. Las funciones con dificultades que se consideran son:

- Cruzar un cuarto caminando
- Vestirse solo
- Bañarse
- Comer
- Acostarse o levantarse
- Usar el sanitario

De la totalidad de los adultos mayores que respondieron, un 17,4% presentaba dificultades en al menos una de estas actividades. La actividad con dificultades más habitual fue la de vestirse solo, que alcanzó a casi un 10%. Acostarse o levantarse un 7,5%, mientras que bañarse un 7,1%. En tanto que cruzar el cuarto caminando 6% y usar sanitario el 4%. La menos común es la de comer sin ayuda, que solamente afecta al 2,2%.

## 2. BRASIL

### 2.1. Prevalencia de las situaciones de dependencia

Aproximadamente el 10% de la población de Brasil tiene edad igual o superior a 60 años, lo que supone un total de 18 millones de personas.

Conforme a los datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística IBGE, aproximadamente 113.049 personas mayores viven en residencias colectivas o servicios de acogimiento. El Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre

cofinancia actualmente 1146 servicios de acogimiento para personas mayores en 25 estados de la Federación y en el Distrito Federal. De las 32.880 personas mayores atendidas en estos servicios cerca del 60% son dependientes. El IBGE (2003) apunta además que del total de las personas mayores residentes en el Brasil cerca del 26,5% presenta algún tipo de dependencia<sup>13</sup>.

El estudio realizado por el IPEA (2005) indica que los aspectos vulnerables más presentes entre las personas mayores tienen relación con las actividades básicas de la vida diaria, como la alimentación, el aseo o ir al baño solos. El número de personas mayores dependientes es mayor entre las mujeres y, como era de esperar, tiende a aumentar con la edad. Entre los hombres el porcentaje de los que declaran no poder realizar o presentar algún grado de dificultad para las tareas básicas cotidianas pasó del 13,7% en 1998 al 11,5% en 2003. Las proporciones comparativas para las mujeres fueron de 17,1% y 15,0%, respectivamente.

## **2.2. Actividades en los ámbitos de la salud y/o de los servicios sociales dirigidos a asegurar cuidados de larga duración**

Brasil cuenta con servicios para adultos mayores dependientes tanto en el área de salud como en el área de asistencia social.

En el ámbito de la política de asistencia social se han implantado en el país los siguientes servicios:

### **Residencias Institucionales**

Servicios especializados y continuados orientados hacia las familias e individuos que se encuentran sin referencia familiar, comunitaria y/o en situación de amenaza, necesitando acciones de protección especiales, temporales o permanentes. En estos servicios cofinanciados por el MDS/SNAS son atendidos actualmente 24.952 adultos mayores, de los cuales 13.055 son dependientes, que en términos porcentuales representan un 52% del público total atendido. Cabe resaltar que este número se refiere sólo a ancianos acogidos en unidades que reciben recursos del Gobierno Federal (MDS), que ascienden a 680 residencias.

El MDS/SNAS elabora en la actualidad una política de soporte técnico y financiero para el mantenimiento y reordenamiento de la red de servicios de ese tipo de atención. Una de las iniciativas fue el reajuste en un 15% de la base presupuestaria de cofinanciación para los servicios desarrollados a favor de los adultos mayores dependientes, que tuvo lugar en noviembre de 2006.

---

<sup>13</sup> Los Grados de Dependencia arriba citados están determinados de acuerdo con las siguientes especificaciones:

- Grado de Dependencia I: ancianos independientes, aunque requieran uso de equipamientos de autoayuda.
- Grado de Dependencia II: ancianos con dependencia en hasta tres actividades de auto-cuidado para la vida diaria tales como – alimentación, movilidad, higiene; sin compromiso cognitivo o con alteración cognitiva controlada.
- Grado de Dependencia III: ancianos con dependencia que requieran asistencia en todas las actividades de auto-cuidado para la vida diaria y o/con compromiso cognitivo.

Referencia adoptada por la ANVISA. Resolución nº 283 de 26 de septiembre de 2005.

Otra iniciativa fue la asignación de recursos financieros a proyectos de reestructuración física de residencias como forma de mejorar las condiciones de atención.

Se encuentran en marcha otras medidas que pretenden recomponer la base de la financiación federal, además de otras mencionadas en este informe.

### **Centros de Día**

Actualmente existen 41 centros cofinanciados por el MDS/SNAS permitiendo la atención de 1.220 ancianos, cinco de ellos radicados en el Estado de Paraná y los demás en São Paulo.

### **Atención Domiciliar**

Ha permitido la atención de 466 (cuatrocientos y sesenta y seis) ancianos con la cofinanciación federal, de los cuáles un 50% son dependientes, en seis estados de la Federación – Bahia, Goiás, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, São Paulo y Tocantins.

Es necesario aclarar que los servicios aquí mencionados se refieren a aquellos cofinanciados con recurso del Gobierno Federal. La red de protección social en Brasil, en el ámbito de la política de asistencia social también se lleva a cabo con recursos exclusivos de Estados y Municipios, pero a una escala muy inferior respecto a la que recibe recursos de la Unión.

Los servicios de protección social al adulto mayor por parte de la política de salud y de asistencia social están pasando por un proceso de reordenamiento con vistas a su cualificación, ampliación y diversificación. En este sentido se han adoptado algunas medidas tales como:

### **Capacitación de Cuidadores familiares**

La capacitación de Cuidadores Familiares ha sido objeto de interés de los Ministerios de la Salud y del Desarrollo Social y Combate al Hambre. En octubre de 2006, en el municipio de Blumenau/SC, el Ministerio de la Salud (MS) realizó un taller que contó con la participación de representantes del MDS con el objetivo de construir contenidos mínimos para formación de Cuidadores Familiares formales e informales.

El Departamento de Gestión de la Educación en Salud (DEGES), integrado en la Secretaría de Gestión del Trabajo y de la Educación en Salud (SGTES), del Ministerio de Salud (MS), es responsable de la proposición y formulación de políticas de formación y de educación permanente de los trabajadores de la salud, en todos los niveles de escolaridad, además de políticas de desarrollo de profesionales de otras áreas. En esta línea, la Coordinación General de Acciones Técnicas en Educación en la Salud del DEGES/SGTES/MS, junto con la Coordinación de la Salud del Adulto Mayor de la Secretaría de Atención a la Salud - SAS/MS, a la luz del nuevo perfil epidemiológico que se presenta con relación al envejecimiento de la población brasileña, viene discutiendo junto con El Ministerio del Desarrollo Social (MDS) la necesidad de cualificar la actuación de los Cuidadores de Personas Mayores con Dependencia, ya activos y también preparar a estos trabajadores para nuevos ámbitos de trabajo.

El proyecto de formación de cuidadores de adultos mayores fue implementado después de un taller de trabajo, realizado en el periodo del 9 al 13 de abril del 2007, en Blumenau/SC, con el objetivo de discutir con profesionales y estudiosos del área de gerontología, geriatría, asistencia social, asociaciones y consejos provincial y municipal de las personas mayores una propuesta de Perfil competencial del cuidador de persona mayores dependientes, con miras a la estructuración del Curso de Preparación de Cuidadores de Personas Mayores y el Curso de Formación del Cuidador de Personas Mayores con Dependencia. En este taller se reunieron Coordinadores y técnicos del Ministerio de la Salud y del Ministerio del Desarrollo Social, con la participación de las áreas de la salud del adulto mayor de las Secretarías Provinciales de Salud, representantes sociales de este grupo, y representantes de las Escuelas Técnicas del SUS para discutir sobre la cualificación del cuidador de personas mayores en situación de dependencia y definir el perfil profesional de este trabajador con vistas a orientar su formación.

Sobre esta base, se ha diseñado un programa de formación de cuidadores de ancianos dependientes dirigido a cuidadores ya insertados en el mercado de trabajo (en instituciones de larga estancia para ancianos, hogares, asilos, programas públicos de asistencia social) o personas que deseen incorporarse al mercado de trabajo en la ocupación de cuidador. La estrategia de formación descansa en la red de Escuelas Técnicas de Salud, formada por 36 escuelas. Cada escuela puede realizar 10 cursos al año, de 160 horas de duración y de 35 alumnos cada uno, lo que supone una capacidad de 350 alumnos por escuela y año, 12.600 alumnos por año en el conjunto de la red. En tres años la previsión es formar a 37.800 cuidadores, con un coste total de R\$ 12.096.000,00 (R\$ 320 por alumno).

Está en marcha el primer curso de formación de cuidadores, iniciado a partir de taller integrado, que se lleva a cabo experimentalmente en cinco Escuelas Técnicas de Salud con equipos interdisciplinarios de formadores, que comprenden profesionales de la Asistencia Social y de la Salud.

### **Mecanismos de coordinación sociosanitaria.**

Existe un Grupo de Trabajo Interministerial – Ministerio de Salud y Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre – con la finalidad de elaborar el Plan Nacional Integrado de Acciones de Protección a la Persona Adulta Mayor en el ámbito del Sistema Único de Asistencia Social (SUYAS) y el Sistema Único de Salud (SUS).

### **Prestaciones y ayudas dirigidas a compensar los gastos derivados de la necesidad de atención de la dependencia**

En el ámbito de la Política Nacional de Asistencia Social existe una modalidad de provisión de Protección Social Básica de carácter suplementario y temporal – Beneficio Eventual - que integra orgánicamente las garantías de los Sistema Único de Asistencia Social – SUYAS con fundamentación en los principios de ciudadanía y en los derechos sociales humanos.

El Beneficio Eventual se destina a los ciudadanos y a las familias con imposibilidad de acarrear por cuenta propia con el enfrentamiento de contingencias sociales, cuya ocurrencia provoca riesgos y fragiliza el mantenimiento del individuo, la unidad de la familia y la supervivencia de sus miembros. Ese Beneficio fue regulado por la Resolución N° 212/2006, del Consejo Nacional de Asistencia Social, que propuso criterios orientadores para la reglamentación y ejecución en el ámbito de los Estados y Municipios.



## 2.3. Cooperación Técnica en el ámbito de la atención a la dependencia

Las cooperaciones técnicas colaboran con el conocimiento e intercambio de experiencias que pueden contribuir a la formulación de políticas y planes de atención al adulto mayor con dependencia. En esa perspectiva el MDS cuenta con las siguientes cooperaciones técnicas internacionales: -

**Proyecto Adultos Mayores, Dependencia y Servicios Sociales** – en cooperación con La Organización Iberoamericana de Seguridad Social – OISS. Participan en este proyecto el Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre/MDS, la Secretaría Especial de Derechos Humanos/SEDH, el Ministerio de la Sanidad Social/MPS y cuenta con la colaboración del Ministerio de la Salud/MS.

La cooperación plantea un trabajo conjunto con las organizaciones responsables de la atención a los adultos mayores en los países del Cono Sur, contribuyendo a la mejora de la calidad de vida de esta población a través del desarrollo de dispositivos de protección social y atención a las situaciones de dependencia

Integra el conjunto de acciones de esa cooperación la creación de un Observatorio Regional que favorezca la divulgación del conocimiento generado por los diversos países, a ser publicizado por medio de un Portal; apoyo la líneas de acción definidas por cada país en el tocante la capacitación de recursos humanos, vinculados a la estructura y gestión de instituciones y programas que atiendan a las Personas Ancianas y apoyo a estudios e investigaciones que permitan conocer más profundamente la situación de oferta y demanda por servicios y programas.

El primer producto de esa cooperación fue la realización de Diagnóstico sobre las Necesidades y Demandas de las Personas Ancianas en Países del Cono Sur ya publicado. El Portal ya está en fase de prueba.

**Proyecto de Fortalecimiento de Gestión de Políticas Públicas de Inclusión Social del Gobierno Brasileño** – cooperación Brasil y España que cuenta con la participación del Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre/MDS, del Ministerio de la Sanidad Social/MPS, del Ministerio de la Planificación, Presupuesto y Gestión/MPOG y la Escuela Nacional de Administración Pública de Brasil/ENAP y Agencia Española de Cooperación Internacional/AECI y la Agencia Brasileña de Cooperación/ABC.

Esa cooperación técnica internacional de 36 meses con inicio en 2008 pretende promover la mejora de la calidad de los servicios prestados por las redes de atención pública y privada a los adultos mayores, personas con deficiencia y beneficiarios del sistema de sanidad social. Busca mejorar la reglamentación de los servicios de atención a los grupos sociales citados; la formación de los gestores y operadores públicos y privados, el acceso a las informaciones, el aumento del compromiso de los estados y municipios y de la red de atención así como la mejoría de la red de atención.

Brasil cuenta con normativas que pretenden regular la oferta de servicios de protección de los adultos mayores con dependencia, tales como:

- ANVISA RDC – Resolución de Dirección Colegiada N° 11, del 26 de enero del 2006 – Dispone sobre la Normativa Técnica de Funcionamiento de Servicios que prestan atención domiciliar.
- ANVISA RDC – Resolución de Dirección N° 283 del 26 de septiembre del 2005 – Normativa técnica que define las normas de funcionamiento para las Instituciones de Larga Estancia para adultos mayores.
- Portaria (Instrucción)/GM N° 2529 del 19 de octubre del 2006 – Instituye la Internación Domiciliar en el ámbito del SUS;
- Portaria (Instrucción) N° 73, de 10 de mayo de 2001 SEAS/MPAS – Ministerio de la Sanidad y Asistencia Social – Dispone sobre normas de funcionamiento de servicios de atención al adulto mayor en Brasil.

Se observa que los servicios existentes en el área de salud y de la asistencia social se desarrollan de forma desarticulada sin constituir Políticas y Planes integrados.

Se han adoptado algunas medidas en la perspectiva de superar la fragmentación, la superposición y el paralelismo de las actuaciones, como la creación de un Grupo de Trabajo Interministerial (GTI) constituido por representantes del Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre y el Ministerio de la Salud, cuya atribución es elaborar un Plan Nacional Integrado de Protección al Anciano SUS- SUS. En este Plan se pretende definir los servicios de protección al anciano en el ámbito de la política de asistencia social y de salud definido –si las atribuciones propias de cada política y sus interfaces. Las dos políticas tienen un campo amplio de acciones que necesitan de articulación para promover protección integral al adulto mayor

## 2.4. Recursos para la atención a personas dependientes

Conforme a los datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística, aproximadamente 113.049 personas adultas mayores residen en domicilios colectivos. No existe, hasta el momento, datos en cuanto al número de residencias colectivas para mayores, ya sean de iniciativa pública o privada. Las cifras que se incluyen en el cuadro que se ofrece a continuación corresponden a servicios de acogida cofinanciados por el Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre.

Brasil- Residencias para adultos mayores dependientes			
Titularidad	Número de centros	Número de plazas	Número de personas atendidas
Privados sin ánimo de lucro <sup>14</sup>	1.146	620	32.880

No es posible precisar el número de Centros de Día existentes en Brasil. Para eso, el Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre está implementando el Sistema de Información y Gestión - SIGSUAS que permitirá obtener información

<sup>14</sup> El Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre co-financia servicios de acogimiento por medio de la aportación de recursos de los Fondos Municipales de Asistencia Social, los cual podrán repasar los recursos a la entidades públicas o privadas sin fines lucrativos, las llamadas ENTIDADES DE ASISTENCIA SOCIAL

actualizadas sobre todos los servicios co-financiados en el ámbito del Sistema Único de Asistencia Social

### Otros recursos de atención

Programa Estrategia de Salud de la Familia, iniciativa del Ministerio de Salud. El Programa atiende a la familia en su domicilio. Los equipos intervienen con acciones de promoción de la salud, prevención, recuperación, rehabilitación de dolencias y enfermedades comunes y mantenimiento de la salud comunitaria. El Programa Estrategia Salud de la Familia es un instrumento importante para la atención a la persona mayor.

## 3. CHILE

### 3.1. Una aproximación a la cuantificación de las situaciones de dependencia a partir de la ENDIS-CIF 2004<sup>15</sup>

La Encuesta Nacional de Discapacidad (ENDIS – CIF 2004) recogió información sobre las actividades básicas de la vida diaria afectadas que puede servir de base para una primera aproximación la cuantificación de las situaciones de dependencia en Chile. Utilizando una metodología inspirada en la que se utilizó en España al redactar el Libro Blanco sobre la atención a las personas en situación de dependencia, se ha elaborado un índice sintético de dependencia a partir de las siguientes variables:

- Dificultad para bañarse por sí solo
- Dificultad para vestirse o ponerse los zapatos por sí solo
- Dificultad para comer por sí solo
- Dificultad para moverse de casa

En el índice se incluyen, por tanto, las actividades de básicas de autocuidado y la movilidad dentro del hogar. Aunque habría sido apropiado incluir también alguna variable relativa a la necesidad de supervisión o apoyo derivada de discapacidades intelectuales, no se ha hecho porque ninguna de las contempladas en la ENDIS – CIF 2004 era suficientemente específica.

Para la elaboración del índice se han tenido en cuenta sólo los casos en los que en al menos una de esas cuatro variables la dificultad era mucha o extrema. Se han sumado las puntuaciones asignadas a las cuatro variables (1 punto cuando la actividad no presenta dificultad, 2 puntos cuando presenta dificultad leve, 3 puntos cuando presenta mucha dificultad y 4 puntos cuando la dificultad es extrema o la persona no puede realizar la actividad), y se ha recodificado el resultado de acuerdo con las siguientes equivalencias:

- Hasta 8 puntos: dependencia moderada
- De 9 a 12 puntos: dependencia severa

<sup>15</sup> Este apartado está tomado del informe "Hacia un sistema Nacional de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Condicionantes demográficos, modelos internacionales, propuestas de lineamientos de políticas y recomendaciones", elaborado por Antonio Jiménez Lara para el BID.

- 13 o más puntos: gran dependencia

El número de personas que, de acuerdo con este índice sintético, estarían en situación de dependencia asciende a 357.318, de las que 179.704 (el 50,3% del total) serían personas con deficiencia moderada, 108.061 (30,2%) serían personas con dependencia severa y 69.553 personas (19,5%) serían personas en situación de gran dependencia.

Al cruzar estos datos con la severidad de la discapacidad (una variable recodificada que se obtuvo a partir de la división en cuatro tramos con intervalos homogéneos de la suma de la puntuación obtenida en las variables relativas a las dificultades o problemas para recrearse, participar socialmente, lograr el cuidado personal, realizar el trabajo doméstico, estudiar y trabajar remuneradamente) se produce la paradoja aparente de que algunas personas que, de acuerdo con los criterios de la ENDIS - CIF 2004 no tendrían discapacidad si presentan, al calcular el indicador sintético antes descrito, una situación de dependencia.

CHILE- Personas en situación de dependencia según grado de dependencia y severidad de la discapacidad. Año 2004.					
Grado de dependencia	Severidad de la discapacidad				Total
	Ninguna discapacidad	Leve o moderada	Severa o mucha	Extrema	
<b>Total</b>	<b>4.823</b>	<b>35.361</b>	<b>88.009</b>	<b>229.125</b>	<b>357.318</b>
Dependencia moderada	4.486	33.055	63.195	78.968	179.704
Dependencia severa	337	2.306	23.236	82.182	108.061
Gran dependencia			1.578	67.975	69.553

Elaboración propia a partir de FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

La prevalencia global de las situaciones de dependencia en Chile puede estimarse, de acuerdo con estos cálculos, en un 2,2%. Las personas con dependencia moderada suponen aproximadamente el 1,1% de la población, las personas con dependencia severa el 0,7% y las personas con gran dependencia el 0,4%. Estas estimaciones son algo inferiores a las realizadas en España, con las que presentan una distribución por grados de dependencia muy similar.

El 61,3% de las personas en situación de dependencia son mujeres, y el 38,7% varones. La proporción de mujeres es mayor en el grupo de personas con dependencia moderada (64,4%) y desciende en los grupos de personas con dependencia severa (60,1%) y gran dependencia (55,3%).

En cuanto a la distribución por edad, es de resaltar que el 56,8 por ciento de las personas dependientes tienen 65 o más años, y el 31,8% entre 30 y 64 años. Los menores de 30 años suponen sólo el 11,4% del total. Cuanto mayor es la severidad de la dependencia, más alta es la proporción de personas de 65 o más años.

CHILE- Personas en situación de dependencia según grado de dependencia por sexo y edad. Año 2004.				
	Dependencia moderada	Dependencia severa	Gran dependencia	Total
<b>Ambos sexos</b>				
<b>Total</b>	<b>179.704</b>	<b>108.061</b>	<b>69.553</b>	<b>357.318</b>
De 0 a 5 años	1.820	1.847	2.400	6.067

de 6 a 14 años	10.481	3.841	3.956	18.278
de 15 a 29 años	9.289	4.223	2.838	16.350
de 30 a 64 años	74.273	29.101	10.325	113.699
de 65 años y más	83.841	69.049	50.034	202.924
<b>Hombres</b>				
<b>Total</b>	<b>63.960</b>	<b>43.084</b>	<b>31.084</b>	<b>138.128</b>
De 0 a 5 años	1.102	675	890	2.667
de 6 a 14 años	6.944	1.673	3.304	11.921
de 15 a 29 años	4.733	2.843	2.293	9.869
de 30 a 64 años	24.891	10.228	4.867	39.986
de 65 años y más	26.290	27.665	19.730	73.685
<b>Mujeres</b>				
<b>Total</b>	<b>115.744</b>	<b>64.977</b>	<b>38.469</b>	<b>219.190</b>
De 0 a 5 años	718	1.172	1.510	3.400
de 6 a 14 años	3.537	2.168	652	6.357
de 15 a 29 años	4.556	1.380	545	6.481
de 30 a 64 años	49.382	18.873	5.458	73.713
de 65 años y más	57.551	41.384	30.304	129.239

Elaboración propia a partir de FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

El 84% de las personas en situaciones de dependencia residen en áreas urbanas, y el 16% en áreas rurales. Entre las personas dependientes que viven en áreas rurales están sobrerrepresentados los varones (19,4%, frente a 13,9% en las áreas urbanas).

CHILE- Personas en situación de dependencia según grado de dependencia por área de residencia. Año 2004.				
	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Gran dependencia</i>	<i>Total</i>
<b>Total</b>	<b>179.704</b>	<b>108.061</b>	<b>69.553</b>	<b>357.318</b>
Urbana	152.039	85.516	62.482	300.037
Rural	27.665	22.545	7.071	57.281

Elaboración propia a partir de FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

Algo más de un tercio (el 33,9%) de las personas en situación de dependencia residen en la Región Metropolitana. Se trata de un porcentaje bastante inferior al que representa esta región en el conjunto de la población chilena (un 40,4%). La zona con una mayor concentración relativa de personas dependientes es la VI región, que acoge al 7,4% de las personas dependientes con sólo un 5,2% de la población del país.

CHILE- Personas en situación de dependencia según grado de dependencia por área de residencia. Año 2004.				
	<i>Dependencia moderada</i>	<i>Dependencia severa</i>	<i>Gran dependencia</i>	<i>Total</i>
<b>Total</b>	<b>179.704</b>	<b>108.061</b>	<b>69.553</b>	<b>357.318</b>
I Región	3.872	2.962	2.156	8.990
II Región	4.471	1.766	4.281	10.518
III Región	2.731	3.234	1.117	7.082
IV Región	7.353	4.365	956	12.674
V Región	16.167	12.298	6.432	34.897
VI Región	13.559	8.304	4.641	26.504

VII Región	13.512	7.322	2.567	23.401
VIII Región	29.631	12.002	11.805	53.438
IX Región	10.876	10.469	5.705	27.050
X Región	12.851	10.345	4.774	27.970
XI Región	979	911	386	2.276
XII Región	184	755	283	1.222
Región Metropolitana	63.518	33.328	24.450	121.296

Elaboración propia a partir de FONADIS. ENDISC-CIF 2004.

### 3.2. Datos sobre dependencia en la Encuesta de Protección Social

De acuerdo con la Encuesta de Protección Social (EPS, 2004), el 78% de los mayores encuestados no necesitó ayuda alguna para realizar actividades de la vida diaria. El 27% de las mujeres y el 16% de los hombres declararon algún grado de dificultad o necesitaron algún tipo de ayuda en sus actividades cotidianas.

La dependencia se evaluó con la escala EFAM (Evaluación Funcional del Adulto Mayor) adaptada.

El estudio de Bienestar y Envejecimiento (SABE 2007) ha determinado los siguientes niveles de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria en la población mayor:

AVD afectadas	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
Ninguna	81,6	74,2	80,1
1	6,3	8,2	5,4
2	5,5	7,2	5,8
3 y +	5,5	9,7	8,0
NR	1,1	0,7	0,8
<b>Total</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

La encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE 2005) mide dificultad o imposibilidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer, usar el baño, cruzar un cuarto caminando). Un 73,5% de las personas encuestadas no presenta ninguna dificultad o imposibilidad para efectuar las actividades básicas de la vida diaria, un 16,1% enfrenta dificultades en uno y/o dos ámbitos y un 9,4% en tres o más.

Además se ha aplicado el instrumento EFAM en los consultorios y la KATZ a los postrados en sus hogares. Se aplicaron los instrumentos a 660.033 adultos mayores que llegaron a los consultorios (EFAM) y a los postrados (KATZ), el resultado de su aplicación reveló que un 71,44% es autovalente, un 25,22 es frágil, y un 3,33 es dependiente, no habiéndose establecido aún los niveles al interior de la dependencia.

### **3.3. Programas en los ámbitos de la salud y/o de los servicios sociales dirigidos a asegurar cuidados de larga duración a las personas dependientes**

A pesar que no existe una política pública de atención a la dependencia y la discapacidad, es posible reconocer programas parciales que significan un aporte significativo en el sentido de proveer servicios y prestaciones para atender a las personas mayores que se encuentran en esta situación.

En Chile existen cuidados de larga duración formales e informales. Entre los formales, se encuentra las Instituciones de Larga Estadía, los cuales prestan servicios de carácter primordialmente sanitarios. En cuanto a la atención informal, comprende los cuidados domiciliarios que se prestan en la familia y la comunidad, a través de familiares o amigos. Además existe un número indeterminado de establecimientos de larga estadía no autorizados, que se encuentran en la invisibilidad formal. Se estima que en el país existen alrededor de 700 ELE autorizados.

Según datos de un estudio realizado por SENAMA el año 2004, existe cerca de 12.000 mayores institucionalizados.

En cuanto los programas orientados a los cuidados domiciliarios se encuentra el programa para postrados y el estipendio a los cuidadores domiciliarios; éstos se configuran como iniciativas de alivio monetario para los cuidadores y de capacitación. Esta medida tiene una cobertura actual de 5.000 personas y se espera que llegue a 14.000.

En cuanto a los cuidados en instituciones, existe un convenio entre el Fondo Nacional para la discapacidad (FONADIS) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), mediante el cual se entregan, anualmente, alrededor de 2.200 ayudas técnicas a establecimientos de Larga Estadía. El SENAMA además transfiere cerca de un millón de dólares al Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad, CONAPRAN, entidad que se ocupa del cuidado de los Adultos Mayores en ELEs de todo el país.

Asimismo, es destacable que desde la atención primaria se está produciendo un acercamiento a estas instituciones para hacer efectivos todos los beneficios a los que tienen derecho las personas mayores que allí habitan.

Por otra parte se cuenta el Hogar de Cristo, entidad vinculada a la Iglesia Católica, sin fines de lucro, que recibe aportes de personas naturales, empresa privada y del Estado. Cuenta con un programa de atención en hogares, que establece un sistema de atención integral para adultos mayores que requieren cuidados de especial complejidad y que no cuentan con apoyo familiar adecuado para seguir viviendo de forma independiente. En la Región Metropolitana el Hogar de Cristo atiende a 1.100 personas en diversos hogares y residencias en las que cuentan con servicios de:

- Alojamiento.
- Alimentación
- Vestuario.
- Atención de salud.
- Cuidados especializados.
- Rehabilitación.

- Terapia Ocupacional.

Los cuidados de larga duración son requeridos por alrededor de un 8% de los adultos mayores.

### **Mecanismos de coordinación y/o cooperación**

En el mes de enero de 2006, se firmó por cuarto año consecutivo un convenio entre el Fondo Nacional de la discapacidad (FONADIS) y el SENAMA, que permitió la entrega de 2.155 ayudas técnicas (sillas de ruedas, andadores, bastones, colchones y cojines antiescaras) a instituciones de larga estadía, que atienden a adultos mayores con discapacidad de escasos recursos, especialmente en situación de indigencia y abandono en todas las regiones del país. Esta transferencia de FONADIS representa casi 117 millones de pesos (240 mil dólares).

### **Prestaciones y ayudas en razón de la dependencia**

Una de las 36 medidas establecidas para los 100 primeros días de gobierno de la presidenta Michelle Bachelet, la medida 6b, corresponde a un estipendio que se entrega a los cuidadores de personas postradas o con discapacidad severa. Se ha entregado mensualmente, desde su implementación, a unas 5.000 personas, se espera que finalmente llegue a unas 14.000, con un monto por persona de 40 dólares mensuales. Los recursos asociados al programa llegan a cerca de 2.000 millones de pesos (4,5 millones de dólares aproximadamente)

Criterios de inclusión para obtener el subsidio:

- Que la persona clasifique como postrado según índice de Katz (OMS/ OPS).
- Que la persona postrada esté incluida en el programa Postrados de Atención Domiciliaria en APS.
- Que el cuidador familiar esté capacitado por el equipo del centro salud.
- Que la persona no esté institucionalizada.

Criterio de continuidad para mantener el estipendio:

- Verificar por medio de visita domiciliaria mensual, la sobrevivencia de la persona postrada.
- Certificar que se mantiene el cuidado por parte de él o los familiares capacitados.
- Indicadores de higiene personal y ambiental inmediato de la persona postrada se mantiene dentro de estándar.

Además, el sistema de Atención con Garantías Explícitas en Salud (AUGE) contempla la provisión gratuita de colchones antiescaras, sillas de ruedas y bastones.

Así mismo, encontramos el convenio vigente entre SENAMA y el Fondo Nacional de la Discapacidad, el cual ha entregado una serie de ayudas técnicas a Establecimientos de Larga Estadía sin fines de lucro.

Chile- Ayudas técnicas entregadas a Establecimientos de Larga Estadía de beneficencia			
AÑO	2003	2004	2005
<b>Nº de ELE BENEFICIADOS</b>	<b>66</b>	<b>91</b>	<b>112</b>
AYUDA TECNICA	CANTIDAD	CANTIDAD	CANTIDAD
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
Total ayudas técnicas	660	1.050	1.637
<b>Total aporte (\$)</b>	<b>36.384.585</b>	<b>116.582.500</b>	<b>127.823.894</b>

El convenio 2006 incluyó las siguientes ayudas técnicas:

Chile- Ayudas técnicas entregadas a Establecimientos de Larga Estadía de beneficencia. Año 2006			
AYUDA TECNICA	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Cuello cervical	101	2.142	216.342
Incorporador de espalda	101	16.482	1.664.682
Alza W.C.	150	11.888	1.783.200
Alza WC con asidero y patas	101	22.491	2.271.591
Cinturón Easy Belt	10	24.823	248.230
Escalera incorporadora para cama	337	6.225	2.097.825
Grúa eléctrica	10	779.623	7.796.230
Lava cabeza rígido en cama	101	52.479	5.300.379
Maxi Move	10	65.450	654.500
Silla con respaldo para ducha	147	17.779	2.613.513
Silla de baño giratoria metálica	40	28.501	1.140.040
Tabla de transferencia	10	46.648	466.480
Tabla redonda giratoria	10	10.950	109.500
Andador 2 ruedas delanteras apoyo antebrazo, axilar	30	94.600	2.838.000
Andador 2 ruedas delanteras	110	25.160	2.767.600
Bastón Canadiense aluminio Codera Fija	91	4.500	409.500
Cojín Antiescaras de flotación seca Roho mosaic	300	49.916	14.974.800
Colchón Antiescaras Roho Prodigy 3 secciones	250	211.810	52.952.500
Muleta Aluminio	46	9.558	439.668
Silla de ruedas traslado	200	80.240	16.048.000
<b>TOTAL</b>	<b>2155</b>		<b>116.792.580</b>

### Recursos para la atención a personas dependientes

En Chile no existen establecimientos de larga estadía que atiendan de forma exclusiva a adultos mayores en situación de dependencia. No obstante, hay una serie de instituciones que cuentan con los recursos humanos y de infraestructura adecuados para atender los requerimientos de estas personas. En Chile se cuentan alrededor de 700 Instituciones de Larga Estadía formalizados.

En Chile no existen centros de atención diurna para personas mayores dependientes, aunque sí existen centros donde se realizan diversas actividades, no exclusivamente sanitarias o de atención a la dependencia.

### **3.4. Programas de atención a las personas en situación de dependencia.**

#### **Política de vivienda para adultos mayores**

SENAMA ha suscrito un convenio de colaboración con el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, el cual se enmarca dentro de las orientaciones de ambas instituciones, por su dedicación compartida a la mejora de la calidad de vida y el ejercicio de los derechos. De tal forma se ha acordado un trabajo conjunto, que además incluye una mesa interinstitucional, donde se ha convocado a las diversas Subsecretarías que pueden realizar los aportes que deriven, finalmente, en el producto último del convenio: La política habitacional para las personas mayores.

En este contexto, se ha acordado la reformulación de los programas existentes con que cuenta el Ministerio, en función de los distintos requerimientos habitacionales y de cuidado de los mayores más vulnerables. Se ha puesto un énfasis notable en la consideración de las situaciones de dependencia, desde su inclusión como parte sustantiva de la definición del perfil de los potenciales beneficiarios, hasta el diseño arquitectónico, que considera los niveles de funcionalidad y los requerimientos habitacionales especiales en relación a éstas. Además, se ha formulado un componente de la política especial para la construcción, gestión y administración de Centros de Larga Estadía, que atenderán exclusivamente a la población adulta mayor dependiente, inexistente hasta el momento en Chile .

#### **Taller intersectorial para la atención a la dependencia:**

Acorde con el objetivo del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet de sentar las bases de un Sistema de Protección Social al 2010 que cubra desde la gestación hasta la vejez, garantizando el ejercicio de los derechos sociales de las personas, se propone que el Grupo de Trabajo Intersectorial del Adulto Mayor GTIAM se aboque a elaborar las bases de un proyecto de ley sobre la promoción de la autonomía de los adultos mayores y un Sistema Nacional de Cuidado de Largo Plazo para Chile.

El GTIAM a través de talleres de trabajos, seminarios u otras actividades que fuesen necesarias, durante el año 2007, elaborará las bases de un proyecto de ley que comprenda las siguientes etapas: Estructuración del problema, Evaluación de modelos internacionales, Formulación de la propuesta, Viabilidad de la propuesta.

Se propone desarrollar un anteproyecto de ley que recoja los principios, objetivos y prioridades gubernamentales que inspiran el Sistema de Protección Social del actual gobierno, en beneficio de los adultos mayores. La propuesta deberá precisar los alcances jurídicos, económicos, sociales y sanitarios de una iniciativa de tales características.

#### **Programa para postrados**

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

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

### **Proyecto de cooperación técnica. SENAMA-IMERSO:**

Se ha gestionado un proyecto de cooperación técnica entre el SENAMA y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMERSO del Gobierno de España, el cual contempla entre sus áreas de trabajo, el diseño de un marco legal que reconozca derechos y posibilite configurar un nuevo modelo de atención a las personas en situación dependencia, bajo criterios de eficiencia, calidad y exigibilidad universal, orientado a regular las condiciones básicas de promoción de la autonomía, la calidad de vida y la igualdad de oportunidades, mediante un sistema nacional de atención a la dependencia, que incluya, por una parte los cuidados en establecimientos de larga estadía, la familia y la comunidad y, por otra, el compromiso del Estado en su conjunto.

Otra de las áreas de cooperación atiende a la relación con los servicios sociosanitarios y al diseño de un sistema de servicios y cuidados, tendente a responder adecuadamente a las necesidades de los mayores dependientes, consideraciones que precisan la elaboración de un modelo de acreditación, que incluya la determinación de los perfiles profesionales y las competencias laborales requeridas para la prestación de estos servicios y cuidados; del diseño de un plan de capacitación y/o perfeccionamiento; y de determinar la infraestructura, los productos y servicios sociosanitarios adecuados para la atención de las Personas Mayores. En este sentido, el avanzar hacia estas definiciones requiere aprender de las experiencias y buenas prácticas internacionales relativas a estas materias.

### **Programa asistentes comunitarios**

El Programa de Asistentes Comunitarios es una iniciativa piloto que se está implementando en las comunas del sector norte de la ciudad de Santiago. La ejecución de esta iniciativa consiste en la capacitación de personas seleccionadas de la misma comunidad, que apoyen en los cuidados sanitarios a personas en vulnerabilidad social (Adultos Mayores, postrados, enfermos). El objetivo primordial es que este grupo logre actuar en coordinación con la red de salud a fin de abordar los problemas de salud desde una perspectiva integral, contemplando los cuidados físicos, mentales y afectivos. Se ha capacitado a 150 asistentes comunitarios, cubriendo las necesidades de 1.120 personas.

## **3.5. Experiencias y ejemplos de buena práctica**

Programa de asistentes comunitarias: se trata de un programa piloto impulsado por el Servicio de Salud Metropolitano de la zona norte de Santiago y la fundación para la superación de la pobreza. La iniciativa rescata, revela y potencia un ámbito de atención que ha sido subestimado: la informal-familiar.

Se han establecido perfiles de cuidadores comunitarios y familiares, se han identificado potenciales asistentes y se los ha capacitado, perfeccionando sus competencias. Se pretende que este grupo de trabajo logre actuar en coordinación

con la red de salud a fin de abordar los problemas de salud desde una perspectiva integral, contemplando los cuidados físicos, mentales y afectivos. De este modo, se perfila un protocolo de atención domiciliario con criterios socio-sanitarios, que es susceptible de ser incorporado al proyecto de ley de dependencia.

Los 150 asistentes comunitarios capacitados atendieron, durante el 2006, a 1.120 adultos mayores, realizando, en total, 10.500 visitas. Además se cuentan 3.350 beneficiados entre los adultos mayores y sus familias, quienes se vieron aliviados en cuanto a carga por el cuidado.

## 4. URUGUAY

### 4.1. Aproximación a la prevalencia de las situaciones de dependencia

Es posible una aproximación al conocimiento de la prevalencia de las situaciones de dependencia a partir de la información que proporciona la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, realizada en el año 2004 por el Instituto Nacional de Estadísticas. En ella se estima en 210.400 las personas que tienen al menos una discapacidad; que el 40% de éstas requiere ayuda para desplazarse fuera del hogar y que el 20% tienen niveles altos de dependencia.

Puede estimarse entonces en 84.160 la cantidad de personas con algún nivel de dependencia y en 42.080 la cantidad de personas con alto nivel de dependencia.

No se cuenta con información estadística sobre la distribución por grupos de edad, género y distribución geográfica de personas dependientes. No obstante en la encuesta mencionada las personas discapacitadas:

- Se distribuyen de manera similar entre Montevideo y el Interior del país (prácticamente mitad y mitad).
- Al aumentar la edad aumenta la discapacidad y a partir de los 65 años la incidencia es de un cuarto de la población adulta con alguna discapacidad. Del total de personas con discapacidad, un 50.8% tiene más de 65 años, un 18.4% tiene entre 50 y 64 años.
- Un 57% de las personas con al menos una discapacidad son mujeres.

Uruguay. Porcentaje de población con al menos una discapacidad por grupos de edades sobre el total de población de cada sexo en cada edad						
	Total	Menos de 15 años	15 a 29	30 a 49	50 a 64	65 o más
<b>Total</b>	<b>7.6%</b>	<b>3.1%</b>	<b>3.0%</b>	<b>4.1%</b>	<b>9.1%</b>	<b>24.5%</b>
Hombres	7.0%	3.6%	3.6%	4.1%	8.8%	22.5%
Mujeres	8.2%	2.6%	2.4%	4.1%	9.2%	25.9%

Fuente: INE. Encuesta Nacional de personas con discapacidad. 2004

Uruguay. Distribución de la población con al menos una discapacidad por grupos de edades, según sexo						
	Total	Menos de 15 años	15 a 29	30 a 49	50 a 64	65 o más
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>9.2%</b>	<b>8.7%</b>	<b>12.9%</b>	<b>18.4%</b>	<b>50.8%</b>
Hombres	100%	12.6%	12.1%	14.2%	18.6%	42.5%
Mujeres	100%	6.6%	6.1%	12.0%	18.2%	57.1%

Fuente: INE. Encuesta Nacional de personas con discapacidad. 2004

Uruguay. Porcentaje de población con al menos una discapacidad por grupos de edades sobre el total de población de cada área geográfica						
	Total	Menos de 15 años	15 a 29	30 a 49	50 a 64	65 o más
<b>Total</b>	<b>7.6%</b>	<b>3.1%</b>	<b>3.0%</b>	<b>4.1%</b>	<b>9.1%</b>	<b>24.5%</b>
Montevideo	7.7%	3.0%	2.6%	4.0%	8.8%	24.5%
Interior urbano	7.5%	3.1%	3.4%	4.2%	9.3%	24.5%

Fuente: INE. Encuesta Nacional de personas con discapacidad. 2004

Uruguay. Distribución de la población con al menos una discapacidad por grupos de edades, según área geográfica						
	Total	Menos de 15 años	15 a 29	30 a 49	50 a 64	65 o más
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>9.2%</b>	<b>8.7%</b>	<b>12.9%</b>	<b>18.4%</b>	<b>50.8%</b>
Montevideo	100%	7.9%	7.4%	12.9%	17.9%	53.9%
Interior urbano	100%	10.4%	9.9%	13.0%	18.8%	47.7%

Fuente: INE. Encuesta Nacional de personas con discapacidad. 2004

## 4.2. Provisión de cuidados a las personas en situación de dependencia

A continuación se ofrecen datos sobre los recursos existentes para la provisión de cuidados a las personas en situación de dependencia. La fuente de estos datos son una entrevista con un responsable del área de Prestaciones Sociales del Banco de Previsión Social y el informe "Bases para la formulación de un Sistema Nacional de atención al adulto mayor". Elaborado por el Banco de Previsión Social con participación de otros organismos y publicado en diciembre de 2007.

### Cuidados domiciliarios

No hay a nivel público cuidados de larga duración prestados a personas en situación de dependencia en su propia vivienda.

A nivel privado, están los Servicios de Compañía en sanatorio y domicilio, pero en este último caso sólo se prestan en casos de postinternación y no comprenden todos los cuidados que corresponderían a un servicio de cuidados domiciliarios (ayuda para las actividades básicas y funcionales de la vida diaria).

### Instituciones de larga estancia: Hogares y Residencias de ancianos.

Del 5% al 7% de los adultos mayores viven en instituciones de larga estancia, unas 25.000 camas, que equivalen al doble de las camas de hospitales de agudos públicos y privados.

El 90% de esta población se encuentra en establecimientos del sector privado con fines de lucro (Residencias) y 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas (Hogares).

La tasa de crecimiento intercensal de la población alojada en estas instituciones muestra que su número se duplica cada década, lo que puede deberse al escaso desarrollo de programas y respuestas intermedias (centros de día, cuidados domiciliarios, apoyo al cuidador familiar, servicios de rehabilitación geriátricos y unidades de atención en el sector sanitario, etc.)

Los **Hogares de Ancianos** son asociaciones sin fines de lucro administradas por voluntarios, que en su gran mayoría son adultos mayores. Hay actualmente 87 en todo el país. Reciben asesoramiento técnico y apoyos económicos del Banco de Previsión Social fundamentalmente para mejoras edilicias, ampliaciones y equipamiento. Los costos operativos y de funcionamiento están a cargo del aporte de sus usuarios mediante un porcentaje de sus jubilaciones o pensiones y de donaciones de la comunidad.

El mayor problema que enfrentan los Hogares de Ancianos es la atención a la dependencia. Las personas dependientes y semidependientes son la mayoría de los residentes actuales (se estima en un 75%), tanto por nuevos ingresos como por los que ingresaron como autoválidos y se volvieron dependientes.

Sólo 5 de los 87 Hogares que hay actualmente cuentan con recursos de infraestructura y personal capacitado para atender dependientes. Estos 5 Hogares, que disponen en total de unas 300 plazas, ampliaron sus edificios con pabellones especiales con varios dormitorios que se anexa al Hogar como un ala independiente de las instalaciones de los autoválidos. Como equipamiento tienen camas especiales, sillas de rueda, y distribución específica del comedor, también cuentan con personal de enfermería más capacitado. Los Hogares que no se han adaptado al aumento de residentes dependientes presentan problemas tanto en lo que respecta a la atención así como al financiamiento, aumentaron sus costos porque tuvieron que asumir esta atención sin la infraestructura, equipamiento y personal idóneo.

El costo por persona dependiente se ha calculado en aproximadamente \$U 9.000. El costo por residente autoválido varía según la zona geográfica, estimándose en aproximadamente \$U 7.000. El Hogar retiene el 80% de la jubilación o pensión que percibe el residente. La mayoría de los residentes no llegan a cubrir el costo. Se estima que el déficit se sitúa entre \$U 900 y \$U 1.200 por residente, que se cubre por lo que abonan los que tienen pasividades más altas y por apoyo comunitario.

Actualmente está comenzando a implementarse un sistema de cupos cama en Hogares de Ancianos, dentro del Programa Viviendas y Otras Soluciones Habitacionales para jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social. Está dirigido a beneficiarios del mencionado programa, que dejaron de ser autoválidos y por lo tanto no se encuentran en condiciones de seguir habitando la vivienda que se les había adjudicado, porque en los complejos de viviendas no cuentan con la atención que necesitan. Este tipo de solución habitacional consiste en

institucionalizar al beneficiario en un Hogar de Ancianos, donde recibirá la atención que requiere, mediante una contraprestación por parte del BPS hasta alcanzar los \$U 9.000 que es la cantidad estipulada para el costo por persona. Al beneficiario se le retiene el 80% de su pasividad y el resto lo abona el BPS.

No se dispone de información actualizada sobre el número de **Residencias** privadas con ánimo de lucro para ancianos existentes en Uruguay, aunque se estima que atienden aproximadamente a unas 22.500 personas mayores. El censo de 2004 identificó 838 Residencias de Ancianos, con 12.634 residentes, de los que 8.651 eran mujeres y 3.883 varones, pero seguramente esos datos están subestimados debido a que hay bastantes residencias que funcionan sin la debida habilitación.

### **Servicios intermedios**

El Centro Geriátrico Hospital Dr. Piñeyro del Campo, dependiente del Ministerio de Salud Pública, además de hospital para crónicos, también cuenta con unidades de media estancia, un centro diurno y servicio de inserción familiar.

### **Centros de Día**

Actualmente funciona un centro de día público en el Centro Geriátrico Hospital Dr. Piñeyro del Campo, y dos en la Intendencia Municipal de Montevideo.

En 9 hogares de ancianos privados sin ánimo de lucro del Interior, situados a las localidades de Nueva Helvecia, Rosario, Cardona, Tarariras, Mercedes, Dolores, Juan Lacaze, Miguelete y Conchillas, se brinda el servicio de centro diurno, al que asisten personas semidependientes. No tienen usuarios en forma continua, en algunos meses tienen muchos y en otros no hay ningún usuario, pero el servicio siempre se encuentra disponible.

### **Coordinación sociosanitaria**

Una de las carencias detectadas cuando se analiza el tema de adultos mayores es la falta de coordinación sociosanitaria. Esta carencia es más pronunciada en la atención a personas dependientes.

La carencia de una programación integral de servicios para las personas mayores frágiles y dependientes que articule servicios de larga duración con la base comunitaria e institucional resulta en una situación de ineficiencia para el gasto estatal, las familias y los servicios sociales. La insuficiencia de los cuidados domiciliarios demanda mayores días de internación para enfermos agudos en servicios de salud.

Como se señala en el informe "Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención para el Adulto Mayor": "(.....) No hay coordinación sociosanitaria (....) Muchos programas carecen de continuidad en el tiempo. Son numerosos los organismos públicos que cuentan con programas para adultos mayores, tanto a nivel nacional, como regional y local, con modelos operativos, enfoques y métodos de intervención diferentes. Algunos de ellos de larga data, como el Banco de Previsión Social. Son escasas las ONGs de desarrollo vinculadas al tema del adulto mayor. Existen más de 400 organizaciones sin fines de lucro para/de adultos mayores que brindan una oferta de servicios entre las que se destacan: Hogares de Ancianos, Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, Clubes de personas mayores,

Centros Diurnos, Refugios Nocturnos, UNI 3. En el ámbito privado existen Residencias para personas mayores con fines de lucro y Servicios de Compañía en sanatorio y domicilio (no específicos para adultos mayores pero los incluyen). No existen servicios públicos para adultos mayores dependientes, salvo en la órbita del Centro Geriátrico Dr. Piñeyro del Campo que pertenece a Ministerio de Salud Pública y es único en el país.”

### **Cuidados informales**

La importante carencia de recursos públicos y privados de carácter formal y profesional para la atención a la dependencia hace que en Uruguay el cuidado de las personas mayores dependientes sea mayoritariamente informal, provisto por las familias, más precisamente por las mujeres de la familia, o en la contratación por parte de éstas de personal no calificado, que además de no estar capacitados realizan el trabajo sin registrarse en instituciones de la seguridad social, con todas las consecuencias que esto trae aparejado, tanto para el trabajador/a, como para la sociedad.

## **4.3. Iniciativas en materia de atención a las personas en situación de dependencia**

Es interés del Directorio del Banco de Previsión Social la creación de un **Sistema de Atención al Adulto Mayor** (Resolución de Directorio N° 5-1/2007), que concrete cuestiones que se han planteado en forma teórica, como son la integralidad y la coordinación sociosanitaria en la atención a este colectivo.

En ese marco se realizaron estudios y propuestas para que este sistema se implantara en forma progresiva. En el informe presentado a Directorio se expresa: “Debe apuntarse a un sistema integrado de intervenciones y de servicios sociales. Dicho proceso de integración entre lo sanitario y lo social debe ser resultado de la cooperación y coordinación entre los diferentes actores nacionales y departamentales así como entre lo público, lo privado y la sociedad civil (...) El enfoque debería ser de carácter progresivo, continuado, coordinado e integrado, a partir de un sistema sociosanitario que incluya una amplitud de opciones en materia de prestación de servicios, en diferentes niveles acorde al perfil del adulto mayor y a su entorno (...) Toda la coordinación sociosanitaria así como las acciones correspondientes deben estar protocolizadas, debiendo existir convenios entre las instituciones, en los cuales se establezcan los compromisos de un Plan Concertado como instrumento para la implementación del Sistema, su cofinanciación, gestión, información así como de asistencia técnica en lo referente a formación profesional y desarrollo de instrumentos de recolección de información (...) Los servicios deben acercarse a la gente, actuando en el proceso un equipo profesional interdisciplinario que aplicaría el método de gestión de casos y de la asistencia (...) El sistema propuesto tiene base comunitaria, por lo cual deberá ponerse énfasis en la promoción del ‘Envejecimiento en casa’, respetando la individualidad y las preferencias de cada persona, e incluyendo la participación comunitaria, de las familias y de la sociedad civil.”

Dentro de los Servicios Comunitarios se incluyen: La evaluación, coordinación y gestión de casos; Programas de alimentación y servicio de comidas a domicilio; Servicios de ayuda domiciliaria y de acompañantes; Cuidados de enfermería a domicilio; Programas de apoyo diurno; Programas comunitarios de rehabilitación;



Pequeños hogares colectivos; Complejos de apartamentos (Vivienda protegida); Servicios de inserción familiar o acogida.

Dentro de los Servicios Institucionales básicos se incluyen: Establecimientos de larga duración: Unidades de Media Estancia, convalecencia y rehabilitación; Unidades de evaluación geriátrica en hospitales generales: Hospitales de día en hospitales generales.

Otros tipos de servicios y apoyos posibles son: Programas para facilitar el acceso a las ayudas técnicas; Adaptación del transporte y servicios de transporte; Integrar a planes de vivienda y soluciones habitacionales para personas mayores programas de reparación y adaptación de la vivienda; Programas de apoyo económico a cuidadores principales.

## **4.4. Experiencias y ejemplos de buena práctica**

### **Centro Geriátrico Dr. Piñeyro del Campo**

El Centro Geriátrico Dr. Piñeyro del Campo es una estructura que ensaya modelos de reconversión con vocación y proyección comunitaria, que puede ser útil en cuanto centro de referencia, modelo a replicar y para campo de formación de RRHH.

Como explica su Director el Dr. Italo Savio, en el área de servicios para mayores en el sector público, el mayor cambio positivo que ocurrió en el período se realizó en el Hospital Piñeyro del Campo, que implementa un cambio de modelo y mejoras progresivas desde Asilo a Hospital – Centro Geriátrico, en el que se han desarrollado dos unidades de psicogeriatría (una de demencias), un centro diurno, un servicio de inserción familiar y cuidadoras externas, una unidad de alta dependencia, un servicio de cuidados paliativos y una unidad de auto válidos y dependientes leves. En este proceso los cambios se han focalizado en la gestión institucional, la gestión y mejora de los procesos de cuidados, un modelo arquitectónico y ambiental y la gestión del conocimiento. Este cambio permite que hoy el Estado disponga de un modelo de reconversión, con vocación para el desarrollo de sistemas con énfasis en la comunidad y la desinstitucionalización.

La misión actual del Centro Geriátrico Dr. Piñeyro del Campo es la de constituirse en un centro y modelo de referencia geriátrico de múltiples servicios y para la formación de recursos humanos de la salud en la atención de personas mayores.

Esta misión implica unos criterios y procesos de evaluación de ingreso que le focalizan exclusivamente sobre adultos mayores vulnerables usuarios de ASSE – MSP de Montevideo, entendiendo por tal la coincidencia en una misma persona de las siguientes condiciones: la edad (más de 65 años), la dependencia de moderada a severa de origen físico y/o mental y la precariedad socioeconómica (entendida como la carencia absoluta de entorno familiar y bajos ingresos).

# CUARTA PARTE: LA PARTICIPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES

# 1. ARGENTINA

## 1.1. El voluntariado en los mayores

En Argentina son 329.800 las personas mayores que realizan tareas voluntarias. Representan el 8,9% de la población de mayores, valor algo menor que el obtenido para la población comprendida entre los 15 y los 59 años de edad (10,2%).<sup>16</sup>

Existen diferencias por género relacionadas con la continuidad de las prácticas durante el transcurso de la vida: el 10,1% de las mujeres realiza trabajos solidarios en tanto que sólo lo hace el 7,2% de los varones. Esta diferenciación según género se da también en la población mayor de 15 años y menor de 60 años (11,8% de las mujeres y 8,5% de los varones de esa edad son voluntarios).

De la totalidad de personas mayores voluntarias uno de cada tres es varón y dos de cada tres son mujeres. Este dato muestra la feminización del voluntariado. Puesto que si comparamos con respecto a la población que no lo realiza vemos que para esta población es menor la proporción de mujeres (56%).

Argentina. Distribución porcentual de la población de 60 y más años por realización de trabajo voluntario según sexo. Total del país. Año 2001			
Realización de trabajo voluntario	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Si	34,9*	65,1	100,0
No	43,6	56,4	100,0
<b>Total</b>	<b>42,9</b>	<b>57,1</b>	<b>100,0</b>

Nota: \*coeficiente de variación del 12%.

Fuente: Fassio, Adriana. Voluntariado: estrategia de inclusión social de los adultos mayores en Argentina. Ponencia presentada en First ISA Forum of Sociology, Research Committee on Sociology of Aging, Barcelona, septiembre de 2008.

El 9,4% de las personas entre 60 y 64 años es voluntaria, en tanto que lo es el 7,3% de los de 75 y más años. Entre los que realizan tareas solidarias ocho de cada diez son viejos jóvenes. Entre los que no realizan estas tareas el 75% es menor de 75 años.

Argentina. Distribución porcentual de la población de 60 y más años por realización de trabajo voluntario según edad. Total del país. Año 2001			
Realización de trabajo voluntario	Edad		Total
	60 a 74 años	75 años y más	
Si	79,5	20,5*	100,0
No	74,7	25,3	100,0
<b>Total</b>	<b>75,1</b>	<b>24,9</b>	<b>100,0</b>

Nota: \*coeficiente de variación de 17%.

Fuente: Fassio, Adriana. Voluntariado: estrategia de inclusión social de los adultos mayores en Argentina. Ponencia presentada en First ISA Forum of Sociology, Research Committee on Sociology of Aging, Barcelona, septiembre de 2008.

<sup>16</sup> La fuente de datos es la Encuesta de Condiciones de Vida ECV-2001, SIEMPRO-INDEC.<sup>16</sup> El universo de la muestra abarca a la población residente en localidades de 5.000 o más habitantes. La misma representa aproximadamente el 96% de la población urbana del país y el 84% de su población total

## 1.2. Organizaciones de adultos mayores

En Argentina funcionan más de 5.200 organizaciones de adultos mayores, distribuidas por todo el país.

Argentina. Distribución porcentual de la población de 60 y más años por realización de trabajo voluntario según edad. Total del país. Año 2001				
Provincia	Población de Adultos Mayores	%	Cantidad de OAM	%
Buenos Aires (conurbano)	1.167.986	23,4	1.279	24,5
Buenos Aires (resto)	812.314	16,6	655	12,5
Catamarca	33.132	0,7	55	1,1
Chaco	86.817	1,8	107	2,0
Chubut	39.695	0,8	46	0,9
Ciudad Buenos Aires	609.466	12,5	782	15,0
Córdoba	443.467	9,1	480	9,2
Corrientes	90.097	1,8	81	1,6
Entre Ríos	151.128	3,1	128	2,5
Formosa	39.279	0,8	68	1,3
Jujuy	52.933	1,1	55	1,1
La Pampa	40.940	0,8	63	1,2
La Rioja	26.562	0,5	52	1,0
Mendoza	203.631	4,2	143	2,7
Misiones	76.161	1,6	99	1,9
Neuquén	36.681	0,8	47	0,9
Río Negro	56.792	1,2	56	1,1
Salta	93.065	1,9	98	1,9
San Juan	68.995	1,4	92	1,8
San Luis	40.104	0,8	43	0,8
Santa Cruz	15.496	0,3	24	0,5
Santa Fe	464.688	9,5	468	9,0
Santiago del Estero	79.593	1,6	134	2,6
Tierra del Fuego	4.758	0,1	10	0,2
Tucumán	138.177	2,8	155	3,0
<b>Total país</b>	<b>4.871.957</b>	<b>100,0</b>	<b>5.220</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Fassio, Adriana. Organizaciones de adultos mayores: participación social y comunitaria de los adultos mayores como una alternativa de inclusión en la Argentina actual. Ponencia presentada en el V Simposio Internacional de Análisis Organizacional, Facultad de Ciencias Económicas UBA, diciembre de 2007 en base a datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, INDEC y del Registro de Entidades de Jubilados y Pensionados, Subgerencia de Relación con los Beneficiarios, INSSJyP. Diciembre de 2005.

Las dificultades que encaran las organizaciones para su mantenimiento tienen una forma de expresión en el porcentaje de entidades que tienen su documentación o conformación de autoridades vencida que alcanza al 29,6% de las OAM (1.544 organizaciones).

El Consejo Federal de los Mayores desarrolla una línea de acción para la promoción de la participación y de la vida asociativa de los adultos mayores. En este sentido, cabe destacar los programas de *Voluntariado* y *La Experiencia Cuenta*, que son líneas de acción de la Dirección de Políticas para Adultos Mayores dependiente de la

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia-MDS. También existe un Programa de Voluntariado dependiente del INSSJyP (PAMI).

### **1.3. Estudios sobre la participación de adultos mayores y sus organizaciones**

#### **Organizaciones de adultos mayores: participación social y comunitaria de los adultos mayores como una alternativa de inclusión en la Argentina actual.**

Autor: Fassio, Adriana

Fecha de realización: 2006

##### *Resumen de los principales resultados:*

Se realiza una descripción sobre el universo de organizaciones de adultos mayores y las redes organizacionales que conforman a nivel nacional. Desde una mirada cualitativa se muestra la articulación entre redes personales e institucionales de los líderes mayores.

#### **Voluntariado: Estrategia de inclusión social de los adultos mayores en Argentina**

Autor: Fassio, Adriana

Fecha de realización: 2006

##### *Resumen de los principales resultados:*

Actualmente en Argentina el 8,9% de los adultos mayores realiza algún tipo de actividad voluntaria. En este trabajo es un estudio cuali- cuantitativo. Desde la perspectiva cuantitativa se caracteriza a los adultos mayores voluntarios y las actividades que realizan en la Argentina a partir del procesamiento de microdata (ECV-2001) Se comparan las características de la población adulta mayor que realiza actividades voluntarias respecto de la que no las hace, luego se describen algunas características del trabajo voluntario llevado a cabo por las personas mayores, para finalmente compararlo con el que realiza la población más joven. Desde la perspectiva cualitativa se analizan entrevistas en profundidad a líderes voluntarios mayores y su visión sobre su inclusión social a partir del voluntariado.

## 2. CHILE

### 2.1. El asociacionismo en los adultos mayores

Según a la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2003<sup>17</sup> el segmento etario de 60 años y más exhibe el mayor nivel participación en diversas organizaciones (35,1 por ciento), en comparación con los demás grupos de edad. La cifra desciende al 31 por ciento en el tramo comprendido entre los 30 y los 59 años de edad y al 27,7 por ciento en el segmento menor de 29 años.

En total, se cuentan 619.470 adultos mayores que participan en alguna organización. De éstos, 440.799 son mujeres y 178.671 son hombres. Por zona de residencia en tanto, 493.888 residen en zonas urbanas y 125.582 en zonas rurales.

El asociacionismo de los adultos mayores es, pues, una realidad pujante en Chile, a pesar de las barreras y desincentivos a la participación, que se originan en los patrones socio-culturales prevaletentes y terminan por permear los medios e instrumentos de participación. Estas barreras estereotipan y discriminan a las personas mayores por su edad y dificultan su acceso a espacios de participación ciudadana, política, cultural, así como a oportunidades educativas, económicas etc. Se ve a las personas de edad como gente pasiva, estática, dependiente y frágil.

Tampoco están dadas las condiciones de accesibilidad suficientes para que las personas mayores con mermas en su funcionalidad puedan participar de los distintos ámbitos de la vida social. Aunque se han realizado avances en cuanto al diseño urbano, aún queda mucho por hacer, lo mismo sucede con el acceso a medios de transporte, los que en su diseño debieran considerar las discapacidades y mermas en la funcionalidad que sufren muchas personas de edad.

### 2.2. Organizaciones de adultos mayores

Según la Encuesta CASEN del año 2003, existen más de 22 tipos de organizaciones que agrupan a Adultos Mayores, entre las que, por la alta participación de este grupo etario, destacan las siguientes:

- Centros de Madres, con 22.886 asociadas adultas mayores.
- Organizaciones de Vecinos, con 150.290 miembros adultos mayores.
- Grupos Religiosos, con 196.982 adultos mayores participantes.
- Organizaciones de Adultos Mayores, 116.545 miembros.
- Agrupaciones o asociaciones de pueblos originarios, 9.395 adultos mayores asociados.

Dentro de estos tipos, las organizaciones de adultos mayores adquieren una relevancia espacial, dado que están constituidos exclusivamente por personas de 60 años y más, significando un instrumento efectivo de intervención programática.

El Instituto de Normalización Provisional (INP) dispone de un registro de las organizaciones de mayores con las que se vincula (Asociaciones de pensionados y clubes de adulto mayor). Este registro mantiene información por regiones y desde el nivel central. Se trata de una fuente de información valiosa, que permite contar

<sup>17</sup> La Encuesta del año 2006 no incluye el módulo de participación.

con información real, actualizada y útil. Facilita el acceso a beneficios INP e información de oferta pública.

Las organizaciones inscritas en el registro se distribuyen de la siguiente forma:

Chile. Organizaciones de adultos mayores inscritas en el registro del INP						
Región	Nº de Organizaciones	Nº de Participantes	% de AM. que agrupa	Nº de Clubes de AM.	Nº de Participantes	% de AM. que agrupa
I	14	7.404	2,10	10	0	0,00
II	14	3.685	1,05	0	0	0,00
III	5	754	0,21	44	910	3,78
IV	17	4.228	1,20	3	4.213	17,51
V	60	30.555	8,68	1	25	0,10
VI	15	3.846	1,09	48	1.754	7,29
VII	20	9.234	2,62	157	3.143	13,06
VIII	39	20.589	5,85	98	6.791	28,23
IX	27	5.765	1,64	5	152	0,63
X	18	1.827	0,52	13	3.102	12,89
XI	4	219	0,06	52	1.217	5,06
XII	8	1.360	0,39	44	1.022	4,25
RM	151	262.711	74,60	114	1.731	7,19
<b>Total</b>	<b>392</b>	<b>352.177</b>	<b>100</b>	<b>589</b>	<b>24.060</b>	<b>100</b>

En total, hay registradas 981 organizaciones y clubes, con un total de 376.237 participantes.

Las asociaciones de pensionados cuentan con patrimonio propio, sedes adquiridas en su mayoría con recursos provenientes de los aportes de los socios y heredadas de las antiguas ex cajas de previsión. Los recursos que manejan y con los cuales cuentan para los diversos beneficios con los cuales apoyan a los socios derivan de descuentos realizados a las pensiones. También en algunos casos postulan a fondos concursables para temas específicos: adquisición de computadores, mejoras de infraestructura etc.

Los clubes cuentan con aportes municipales y postulación a fondos concursables.

Existen tres grandes organizaciones que agrupan a otras:

- CUPEMCHI: Central Unitaria de Pensionados, Jubilados y Montepiadas de Chile. 230.000 pensionados.
- UNAP: Unión Nacional de Pensionados de Chile. 25.000 pensionados.
- CEPCH: Confederación Nacional de Empleados Particulares de Chile. 22.000 pensionados.

Estas tres organizaciones se reúnen en el Comité de Usuarios de INP, cuyo objetivo es generar un espacio de participación de los usuarios, que permita contribuir a mejorar la calidad del servicio, desarrollando las capacidades para responder satisfactoriamente a sus diversas necesidades y demandas e implementar las medidas tendientes a mejorar la calidad de la atención.

Los miembros de asociaciones de pensionados plantean que el principal desincentivo a la organización de los pensionados radica en la el actual sistema de capitalización individual de las AFP, que no favorece la asociatividad.

## 2.3. Instrumentos para el fomento de la participación y el asociacionismo de los adultos mayores

### Fondo Nacional del Adulto Mayor (FNAM)

El SENAMA, a través del Fondo Nacional del Adulto Mayor (FNAM), facilita recursos a las organizaciones de adultos mayores para que las personas de edad pueden llevar a cabo sus propias iniciativas.

El FNAM es un fondo concursable anual, establecido en la ley creadora del SENAMA, para contribuir a favorecer la participación social de las personas mayores, fomentando su autonomía, autogestión y asociatividad. Mediante este programa, los adultos mayores financian sus propios proyectos con la asesoría técnica y la capacitación de SENAMA. A continuación se expone la tipología de proyectos, el número de proyectos y los montos asociados a cada tipología:

Chile. Tipología de proyectos financiados por el Fondo Nacional del Adulto Mayor (FNAM) en 2007								
Región	Voluntariado	Taller productivo	Educación o capacitación	Vida saludable	Habilitación de sedes	Recreación y turismo	Otros	Total
I	2	11	6	12	31	26	15	103
II	1	7	7	3	18	47	10	93
III	4	7	9	5	21	67	8	121
IV	2	15	13	8	41	65	4	148
V	1	11	41	41	111	98	24	327
VI	1	13	4	7	44	114	6	189
VII	0	26	26	24	78	137	15	306
VIII	3	2	35	29	79	124	4	276
IX	3	12	19	10	41	38	17	140
X	0	13	22	25	59	91	10	220
XI	0	13	2	5	17	6	4	47
XII	1	0	32	2	8	16	4	63
RM	4	64	42	86	126	173	56	551
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>194</b>	<b>258</b>	<b>257</b>	<b>674</b>	<b>1.002</b>	<b>177</b>	<b>2.584</b>

Fuente: SENAMA 2007

Chile. Número de proyectos y monto financiado por el Fondo Nacional del Adulto Mayor (FNAM) según tipología de proyectos. 2007		
Tipología de proyectos	Número de proyectos	Monto total financiado
Voluntariado	22	134.171.248
Taller productivo	194	143.962.408
Educación o capacitación	258	203.504.522
Vida saludable	257	200.114.085
Habilitación de sedes	674	516.601.669
Recreación y turismo	1.002	459.000.294
Otros	177	155.969.230
<b>Total</b>	<b>2.584</b>	<b>1.813.323.456</b>

Fuente: SENAMA 2007

Se calcula que existen en el país unos diez mil clubes de mayores. Algunos cuentan con infraestructura propia, y otros comparten sedes comunitarias, de iglesias y otras instituciones. Durante el año 2007, del total de proyectos que concursaron al Fondo Nacional del Adulto Mayor, 674 tuvieron como objetivo la habilitación de sus sedes.



En cuanto al número de beneficiados por estos proyectos, según datos de SENAMA para el año 2007, llega a cerca de 200 mil personas.

Actualmente está en elaboración un estudio de Evaluación del Fondo Nacional del Adulto Mayor.

### **Escuelas de dirigentes**

Por otra parte, SENAMA impulsa las escuelas de dirigentes, un programa de capacitación continua para dirigentes de organizaciones de mayores incluyendo un trabajo formativo, desarrollado a través de jornadas educativas presenciales, acompañadas de actividades formativas aplicadas que los dirigentes desarrollan en sus organizaciones, junto a los educadores. Las actividades presenciales y las aplicadas (12 en total) se relacionan y determinan entre sí. Se utiliza una metodología participativa.

Las escuelas de líderes mayores que existen en todas las regiones del país, realizan Jornadas por el Derecho a Saber, que durante 2007 involucraron a 5.500 dirigentes. En el programa de capacitación continua que desarrollan las escuelas, han participado en el mismo período 440 dirigentes en grupos de 20 a 60 personas, en las diferentes regiones de Chile. Los participantes han conocido los servicios y la oferta pública dirigida a las personas mayores, han analizado la importancia del control social, conocido cuáles son sus derechos comenzando a ejercerlos, y empoderándose en ese proceso.

### **Consejos Regionales de Mayores**

Al finalizar el año 2007, se habían constituido 15 Consejos Regionales de Mayores en el mismo número de regiones (todas), como instancias de representación de las personas mayores organizadas. Los integrantes de estos consejos -entre 10 y 25 personas de acuerdo a la realidad de cada región- tienen como fin velar por los derechos de las personas de la tercera edad, conocer y pronunciarse en relación a los planes y cuentas públicas de SENAMA, y ejercer control social sobre el cumplimiento de las políticas públicas relacionadas con las personas mayores.

Por otra parte, representantes de las organizaciones de adultos mayores participan como integrantes de los Comités Regionales del Adulto Mayor (CRAM), conformados por instituciones públicas e instituciones privadas que trabajan con personas de edad. Estas instancias fueron instituidas en la ley creadora del SENAMA.

## **3. URUGUAY**

### **3.1. El asociacionismo en los adultos mayores**

De acuerdo a información extraída del Registro Nacional de Instituciones (RNI) del Área de Prestaciones Sociales del Banco de Previsión Social, en Uruguay existen:

- 135 **Asociaciones de Jubilados y Pensionistas**. La participación registrada en estas asociaciones es de aproximadamente 50.500 personas. No se dispone de información sobre distribución por formas de participación: como dirigentes, como participantes en medidas gremiales (marchas, etc.), o sólo asociados que aportan una cuota mensual.

- 173 **Clubes de adultos mayores**, cuya participación registrada asciende a unas 16.300 personas, en actividades sociorecreativas.
- 87 **Hogares de Ancianos**, cuyas Comisiones Directivas están integradas por voluntarios adultos mayores, que suman aproximadamente unas 300 personas.

En la Secretaría para el Adulto Mayor de la Intendencia Municipal de Montevideo, se realizan diferentes actividades en las que participan adultos mayores: paseos y excursiones, jornadas educativas, coros, actividades teatrales. Salvo en el caso de los coros, en los que participan 2.200 personas, no se cuenta con suficiente información estadística.

No se dispone de datos estadísticos relativos a la participación de adultos mayores en organizaciones que no son específicas de este colectivo, tanto políticas como culturales: partidos políticos, Cinemateca, género, teatro, etc.

En la Asesoría en Políticas de Seguridad Social del Banco de Previsión Social se están diseñando estudios a través de los cuales podría mejorarse la información acerca de la actividad participativa y las características de los adultos mayores que la protagonizan.

Existen barreras culturales que dificultan el desarrollo del asociacionismo y la participación de los adultos mayores, como consecuencia de varios factores, entre los que cabe citar la existencia de una imagen de la vejez con connotaciones negativas que se encuentra en el imaginario social y que también provoca que muchos adultos mayores no quieran reconocerse como tales.

De acuerdo con un estudio de Berriel y Lladó (2004), las personas mayores muchas veces perpetúan modelos de dominación social que no permiten el cuestionamiento, el planteo de la diferencia y el uso de la crítica. Estas barreras culturales □tanto las provenientes de la imagen social como de formas de pensar de muchos adultos mayores□ obstaculizan formas de participación activa, llevando a posicionamientos pasivo dependientes. A su vez, estos posicionamientos muchas veces se ven potenciados por modalidades de trabajo asistencialista hacia los adultos mayores.

En contraposición a esto, en Uruguay la historia de las asociaciones de jubilados y pensionistas, con experiencias exitosas de luchas por sus reivindicaciones, muestran formas de funcionamiento activo y protagónico. No obstante hay que señalar que los miembros más participativos son los dirigentes de las mismas (la mayoría de los cuales eran dirigentes sindicales en su vida activa), mientras que miles de asociados de estas organizaciones tienen una participación pasiva.

Según otro estudio (Cruz y Pérez, 2006), se pueden identificar obstáculos a la participación desde la opinión de los propios adultos mayores, en la encuesta realizada en este estudio, en la ciudad de Montevideo, se identificaron como obstáculos:

- Falta de recursos económicos: 28,9%
- Falta de propuestas ajustadas para el adulto mayor: 26,7%
- Falta de interés: 22,2%
- Falta de información sobre espacios donde participar: 15,6%
- Falta de tiempo: 4,4%
- Problemas de salud: 2,2%

## 3.2. Organizaciones de adultos mayores

Según la información del Registro Nacional de Instituciones del Área de Prestaciones Sociales del Banco de Previsión Social, en Uruguay existen 458 Organizaciones de Adultos Mayores, que responden a la siguiente tipología:

- 87 Hogares de Ancianos
- 135 Asociaciones de Jubilados y Pensionistas
- 173 Clubes de personas Mayores
- 17 Centros Diurnos y Refugios
- 46 Organizaciones civiles de carácter educativo y otras organizaciones de servicios a los adultos mayores

El 100% de los Hogares de ancianos tiene local propio, que pertenece a la asociación civil.

De los 87 Hogares, sólo cinco cuentan con recursos para atender a mayores en situación de dependencia: Se han llevado a cabo ampliaciones de sus edificios, con pabellones especiales con varios dormitorios, que se anexan al Hogar, como un ala independiente. El equipamiento incluye camas especiales, sillas de ruedas, y distribución específica del comedor para que puedan ubicarse estas personas. También cuentan con personal de Enfermería especializado.

Además de la atención a residentes, algunos hogares cuentan con otros servicios: Centros Diurnos, Servicio de convalecencia y Hogares de tránsito. Estos servicios les ayudan a mejorar los ingresos monetarios, porque aunque con bajos costos, son abonados por los usuarios.

Existe una Red Nacional de Hogares de Ancianos. También hay algunas redes locales, departamentales, regionales y nacionales en las que se integran diferentes tipos de organizaciones. Entre ellas cabe destacar la Red departamental de organizaciones de personas mayores de Maldonado, la Red departamental de organizaciones de personas mayores de Rocha, y las Redes regionales que agrupan varios departamentos, por ejemplo: Canelones, Florida y San José; Colonia, Soriano y Río Negro.

Muy pocos Clubes de adultos mayores tienen local propio, la mayoría trabaja en instalaciones de clubes deportivos.

## 3.3. Políticas y programas dirigidos a promover la participación y la vida asociativa de las personas mayores

### Programa Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada del BPS

La finalidad de este Programa es contribuir a que la ejecución de las políticas se lleve a cabo en coparticipación con la sociedad civil, buscando generar y fortalecer el voluntariado y las organizaciones de la sociedad civil. Sus objetivos son:

- Favorecer el desarrollo de la Sociedad Civil Organizada, con el fin de promover la mejora de la calidad de vida de las personas mayores y personas con discapacidad.
- Optimizar la capacidad de autogestión de las organizaciones sin fines de lucro adheridas a los programas sociales del BPS, potenciando la acción de los dirigentes voluntarios, en materia de servicios sociales

Los beneficiarios últimos son los adultos mayores y las personas con discapacidad, pero los beneficiarios directos son las instituciones a través de los dirigentes voluntarios, quienes cumplen una función de intermediación entre el Estado y los usuarios.

Las instituciones adheridas al programa y que forman parte del Registro Nacional de Instituciones (RNI), son aquellas instituciones sin fines de lucro y con personería jurídica que brindan servicios para las personas mayores y a las personas con discapacidad: Hogares de ancianos, Asociaciones de jubilados y pensionistas, Clubes de adultos mayores, Centros diurnos, Albergues transitorios y Organizaciones para personas con discapacidad.

Estas entidades se integran en forma voluntaria, previo relevamiento socio - económico, institucional y cultural. La información a diciembre del 2007 señala que son 596 las instituciones adheridas, de las cuales 458 son de personas mayores y el resto de personas con discapacidad. El aporte del BPS se basa fundamentalmente en asesoramiento técnico multidisciplinario, apoyos económicos para proyectos de interés social y capacitación a dirigentes voluntarios y trabajadores vinculados con estas instituciones.

El Registro Nacional de Instituciones constituye la base de datos más importante sobre las organizaciones de los colectivos de adultos mayores y de personas con discapacidad que existe en Uruguay.

### **Otros programas de promoción de la participación**

- El BPS promueve la conformación de Comisiones Directivas en los Complejos Habitacionales del organismo.
- La Intendencia Municipal de Montevideo también cuenta con un Programa de fortalecimiento de la participación social de los adultos mayores.
- En algunas Intendencias departamentales, como por ejemplo la de Canelones, cuenta con áreas de adultos mayores que tienen entre sus cometidos la promoción de la vida asociativa.
- Desde el Estado se promueve la participación de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas en la formulación de políticas sociales.

## **3.4. Participación de los adultos mayores en la definición de las políticas y programas que les afectan**

Entre los espacios de participación de los adultos mayores en a la formulación de las políticas y programas que les afectan, cabe destacar los siguientes:

## **Representación de los jubilados y pensionistas en el Directorio del Banco de Previsión Social.**

El Banco de Previsión Social se ha creado como Ente Autónomo por Art. 195 Constitución de 1967 reformada por Plebiscito de noviembre de 1989. En Disposiciones Especiales Letra M, se establece la forma de integración del Directorio del Banco de Previsión Social con cuatro Directores políticos y tres Directores sociales, uno de los cuales es el representante de los jubilados y pensionistas. Dicha representación se hizo efectiva en 1992. El representante de los jubilados y pensionistas en el Directorio del Banco de Previsión Social se elige en una votación en la que participan todos los jubilados y pensionistas del país.

## **Participación en Diálogo Nacional sobre Seguridad Social**

El Diálogo Nacional sobre Seguridad Social viene desarrollando sus trabajos desde el 6 de junio de 2007. Se trata de una instancia técnico – política con el objetivo de promover un amplio proceso de diálogo sobre la Seguridad Social en Uruguay que incluya a todos los actores relevantes de la sociedad, con el propósito de generar insumos para eventuales futuras reformas. En dicho diálogo participan los propios adultos mayores por medio de sus organizaciones (ONAJPU), así como los trabajadores, empresarios junto con el gobierno, la universidad y los organismos internacionales (UN y AECI).

## **Participación en el Consejo de Economía Nacional**

El Consejo de Economía Nacional es un organismo consultivo y honorario, que procura representar la opinión de los agentes y sectores económico-sociales de la sociedad civil. Su objetivo es lograr que entre el Estado y la sociedad civil las relaciones en los aspectos económicos y sociales puedan realizarse de un modo sistemático, fluido e institucionalizado en lugar de que estas relaciones tengan un carácter inorgánico y en ocasiones errático. El Consejo está integrado por treinta y tres miembros: catorce por los trabajadores (doce por los activos y dos por los pasivos); catorce por los empresarios; tres por los cooperativistas; uno por los profesionales universitarios y uno por los usuarios y consumidores. Viene funcionando desde el 7 de junio de 2007.

## **Otras instancias de participación**

- Representación de Organizaciones de Adultos Mayores en la Comisión Asesora para la implementación de la Ley No. 17.066 de 24/12/98. (Residencias y Hogares de Ancianos).
- Participación de Organizaciones de Adultos Mayores en Mesas Coordinadoras de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social.
- Consejo Consultivo de Adultos Mayores de la Secretaría del Adulto Mayor de la Intendencia Municipal de Montevideo.

### 3.5. Estudios sobre participación de los adultos mayores en Uruguay

Entre los estudios recientes acerca de la participación de los adultos mayores en Uruguay, cabe destacar los siguientes:

**Envejecer ayudando. Envejecer aprendiendo. Adultos mayores en Uruguay: actores del voluntariado y del servicio cívico.**

Cruz, Anabel y Pérez, Lucía. Instituto de Comunicación y Desarrollo. Montevideo, 2006

La investigación buscó relevar las principales iniciativas de ejercicio y promoción del voluntariado y el servicio cívico en los adultos mayores en Uruguay, en el entendido de que pueden ser actores protagónicos de las iniciativas y no exclusivamente beneficiarios. En este marco, el estudio intenta responder una pregunta central: ¿cuáles son las mejores y más adecuadas formas y los programas más idóneos para reclutar y retener voluntarios para la acción voluntaria?

*Resumen de los principales resultados:*

El estudio se basa en una encuesta realizada en Montevideo según la cual el 25% de los adultos mayores desarrollan o desarrollaron actividades de índole voluntaria.

Los tipos de actividades voluntarias desarrolladas por los adultos mayores son los siguientes: Recreativas (44,3%), Educativas (19,7%), Culturales y de Promoción social (14,7%), De ayuda (16,4%) y de Evangelización (4,9%).

Los tipos de organizaciones a través de las que se llevan a cabo esas actividades voluntarias son: Religiosas (25%), Clubes sociales y deportivos (22%), Clubes de abuelos (20%), ONGs (16%), Asociaciones de vecinos (11%) y Asociaciones culturales (6%).

La población beneficiaria de estas actuaciones se distribuye así: Adultos Mayores (47%), Público general (35%), Población carenciada (9%), Niños y jóvenes (6%) y Minorías raciales (3%).

Puede accederse al informe completo en:

[http://www.lasociedadcivil.org/uploads/ciberteca/older\\_adults\\_final\\_report.pdf](http://www.lasociedadcivil.org/uploads/ciberteca/older_adults_final_report.pdf)

**La participación de los adultos mayores: vicisitudes en la construcción de sujetos de cambio.**

Berriel, F y Lladó, M. Facultad de Psicología. Servicio de Psicología de la vejez. VII Jornadas de Psicología Universitaria. Tradinco, Montevideo, 2004.

*Resumen de los principales resultados:*

Al intentar generar procesos de inclusión social y participación en los adultos mayores, es necesario tener en cuenta que ésta no puede “prescribirse” como una receta, porque “la participación como práctica social de alta complejidad que es, tendrá lugar dentro de determinadas condiciones de posibilidad...” de acuerdo a las diferencias de individuos y grupos, a la historia que ellos traen, a su maneras dominantes de pensar, al capital cultural, etc.