



La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



**La situación de los adultos
mayores en la Comunidad
Iberoamericana**

Índice

PRESENTACIÓN	8
PERSPECTIVA GENERAL	10
1.1. El envejecimiento en la Comunidad Iberoamericana	11
1.1.1 El envejecimiento de la población, un proceso mundial	11
1.1.2 Perfil demográfico de la Comunidad Iberoamericana	13
1.1.3 Los retos que plantea el envejecimiento	18
1.2. La seguridad económica de los adultos mayores	19
1.2.1 Los sistemas de protección social y la seguridad económica de los mayores	20
1.2.2 El reto de garantizar la sostenibilidad y extender la protección	27
1.3. La atención de la salud	29
1.3.1 Salud y calidad de vida en la vejez	29
1.3.2 Los retos en materia de salud de los adultos mayores	30
1.4. Servicios Sociales	38
1.4.1 La conexión de servicios sociales con las prestaciones de protección social	38
1.4.2 Los servicios sociales dirigidos a los adultos mayores en los países iberoamericanos	39
2. ARGENTINA	48
2.1. Perfil demográfico	49
2.2. Sistema de Pensiones	50
2.2.1 Descripción	50
2.2.2 Cobertura e intensidad de protección	54
2.3. Sistema de Salud	62
2.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	64
2.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	64
2.4. Servicios Sociales	67
2.4.1 Marco institucional	67
2.4.2 Principales recursos y programas sociales	69
3. BOLIVIA	76
3.1. Perfil demográfico	77
3.2. Sistema de Pensiones	78
3.2.1 Descripción	78
3.2.2 Cobertura e intensidad de protección	80
3.3. Sistema de Salud	82
3.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	83
3.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	84
3.4. Servicios Sociales	86
3.4.1 Marco institucional	86
3.4.2 Principales recursos y programas sociales	87
4. BRASIL	88
4.1. Perfil demográfico	89
4.2. Sistema de Pensiones	90
4.2.1 Descripción	90
4.2.2 Cobertura e intensidad de protección	91
4.3. Sistema de Salud	97
4.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	98
4.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	100
4.4. Servicios Sociales	100
4.4.1 Marco institucional	100
4.4.2 Principales recursos y programas sociales	103

5. CHILE	108
5.1. Perfil demográfico	109
5.2. Sistema de Pensiones	110
5.2.1 Descripción	110
5.2.2 Cobertura e intensidad de protección	115
5.3. Sistema de Salud	121
5.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	122
5.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	124
5.4. Servicios Sociales	125
5.4.1 Marco institucional	125
5.4.2 Principales recursos y programas sociales	126
6. COLOMBIA	132
6.1. Perfil demográfico	133
6.2. Sistema de Pensiones	134
6.2.1 Descripción	134
6.2.2 Cobertura e intensidad de protección	137
6.3. Sistema de Salud	139
6.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	141
6.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	142
6.4. Servicios Sociales	143
6.4.1 Marco institucional	143
6.4.2 Principales recursos y programas sociales	144
7. COSTA RICA	150
7.1. Perfil demográfico	151
7.2. Sistema de Pensiones	152
7.2.1 Descripción	152
7.2.2 Cobertura e intensidad de protección	154
7.3. Sistema de Salud	159
7.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	160
7.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	162
7.4. Servicios Sociales	163
7.4.1 Marco institucional	163
7.4.2 Principales recursos y programas sociales	164
8. CUBA	170
8.1. Perfil demográfico	171
8.2. Sistema de Pensiones	172
8.2.1 Descripción	172
8.2.2 Cobertura e Intensidad de protección	174
8.3. Sistema de Salud	176
8.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	176
8.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	177
8.4. Servicios Sociales	178
8.4.1 Marco institucional	178
8.4.2 Principales recursos y programas sociales	178

Índice

9. ECUADOR	180
9.1. Perfil demográfico	181
9.2. Sistema de Pensiones	182
9.2.1 Descripción	182
9.2.2 Cobertura e intensidad de protección	185
9.3. Sistema de Salud	187
9.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	188
9.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	189
9.4. Servicios Sociales	190
9.4.1 Marco institucional	190
9.4.2 Principales recursos y programas sociales	191
10. EL SALVADOR	192
10.1. Perfil demográfico	193
10.2. Sistema de Pensiones	194
10.2.1 Descripción	194
10.2.2 Cobertura e intensidad de protección	196
10.3. Sistema de Salud	199
10.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	200
10.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	201
10.4. Servicios Sociales	202
10.4.1 Marco institucional	202
10.4.2 Principales recursos y programas sociales	202
11. ESPAÑA	204
11.1. Perfil demográfico	205
11.2. Sistema de Pensiones	206
11.2.1 Descripción	206
11.2.2 Cobertura e intensidad de protección	213
11.3. Sistema de Salud	217
11.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	218
11.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	220
11.4. Servicios Sociales	221
11.4.1 Marco institucional	221
11.4.2 Principales recursos y programas sociales	221
12. GUATEMALA	226
12.1. Perfil demográfico	227
12.2. Sistema de Pensiones	228
12.2.1 Descripción	228
12.2.2 Cobertura e intensidad de protección	230
12.3. Sistema de Salud	233
12.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	233
12.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	235
12.4. Servicios Sociales	236
12.4.1 Marco institucional	236
12.4.2 Principales recursos y programas sociales	237

13. HONDURAS	238
13.1. Perfil demográfico	239
13.2. Sistema de Pensiones	240
13.2.1 Descripción	240
13.2.2 Cobertura e intensidad de protección	242
13.3. Sistema de Salud	243
13.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	243
13.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	245
13.4. Servicios Sociales	246
13.4.1 Marco institucional	246
13.4.2 Principales recursos y programas sociales	246
14. MÉXICO	248
14.1. Perfil demográfico	249
14.2. Sistema de Pensiones	250
14.2.1 Descripción	250
14.2.2 Cobertura e intensidad de protección	253
14.3. Sistema de Salud	256
14.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	257
14.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	258
14.4. Servicios Sociales	259
14.4.1 Marco Institucional	259
14.4.2 Principales recursos y programas sociales	260
15. NICARAGUA	266
15.1. Perfil demográfico	267
15.2. Sistema de Pensiones	268
15.2.1 Descripción	268
15.2.2 Cobertura e intensidad de protección	272
15.3. Sistema de Salud	275
15.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	276
15.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	278
15.4. Servicios Sociales	278
15.4.1 Marco Institucional	278
15.4.2 Principales recursos y programas sociales	278
16. PANAMÁ	280
16.1. Perfil demográfico	281
16.2. Sistema de Pensiones	282
16.2.1 Descripción	282
16.2.2 Cobertura e intensidad de protección	286
16.3. Sistema de Salud	289
16.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	289
16.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	291
16.4. Servicios Sociales	292
16.4.1 Marco institucional	292
16.4.2 Principales recursos y programas sociales	292

Índice

17. PARAGUAY	294
17.1. Perfil demográfico	295
17.2. Sistema de Pensiones	296
17.2.1 Descripción	296
17.2.2 Cobertura e intensidad de protección	298
17.3. Sistema de Salud	299
17.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	299
17.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	301
17.4. Servicios Sociales	302
17.4.1 Marco institucional	302
17.4.2 Principales recursos y programas sociales	302
18. PERÚ	304
18.1. Perfil demográfico	305
18.2. Sistema de Pensiones	306
18.2.1 Descripción	306
18.2.2 Cobertura e intensidad de protección	307
18.3. Sistema de Salud	309
18.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	310
18.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	311
18.4. Servicios Sociales	312
18.4.1 Marco institucional	312
18.4.2 Principales recursos y programas sociales	312
19. PORTUGAL	314
19.1. Perfil demográfico	315
19.2. Sistema de Pensiones	316
19.2.1 Descripción	316
19.2.2 Cobertura e Intensidad	321
19.3. Sistema de Salud	323
19.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	324
19.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	326
19.4. Servicios Sociales	326
19.4.1 Marco institucional	326
19.4.2 Principales recursos y programas sociales	326
20. PRINCIPADO DE ANDORRA	328
20.1. Perfil demográfico	329
20.2. Sistema de Pensiones	330
20.2.1 Descripción	330
20.2.2 Cobertura e Intensidad	332
20.3. Sistema de Salud	334
20.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	335
20.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	336
20.4. Servicios Sociales	337
20.4.1 Marco institucional	337
20.4.2 Principales recursos y programas sociales	337

21. REPÚBLICA DOMINICANA	338
21.1. Perfil demográfico	339
21.2. Sistema de Pensiones	340
21.2.1 Descripción	340
21.2.2 Cobertura e Intensidad	343
21.3. Sistema de Salud	346
21.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	348
21.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	349
21.4. Servicios Sociales	351
21.4.1 Marco institucional	351
21.4.2 Principales recursos y programas sociales	351
22. URUGUAY	354
22.1. Perfil demográfico	355
22.2. Sistema de Pensiones	356
22.2.1 Descripción	356
22.2.2 Cobertura e Intensidad	363
22.3. Sistema de Salud	368
22.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	369
22.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	372
22.4. Servicios Sociales	372
22.4.1 Marco institucional	372
22.4.2 Principales recursos y programas sociales	374
23. VENEZUELA	378
23.1. Perfil demográfico	379
23.2. Sistema de Pensiones	380
23.2.1 Descripción	380
23.2.2 Cobertura e Intensidad	383
23.3. Sistema de Salud	385
23.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud	387
23.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud	388
23.4. Servicios Sociales	388
23.4.1 Marco institucional	388
23.4.2 Principales recursos y programas sociales	389
24. FUENTES BIBLIOGRÁFICAS Y DOCUMENTALES	390
24.1. Documentos	391
24.1.1 Documentos de ámbito regional e internacional	391
24.1.2 Documentos de ámbito nacional	393
24.2. Enlaces de interés	399

Presentación



El Plan de Acción de San Salvador, aprobado por la XVIII Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, en su acuerdo número 7, encargó a la SEGIB y la OISS que, con la colaboración de otras instancias nacionales e internacionales, realizasen un Encuentro Iberoamericano y un Estudio sobre la situación de los adultos mayores en la región, identificando modelos y buenas prácticas y proponiendo líneas de actuación para mejorar su calidad de vida.

En cumplimiento de este mandato, los días 1 y 2 de septiembre de 2009 se celebró, en la ciudad de Montevideo, el Encuentro Iberoamericano sobre la Situación de los Adultos Mayores, organizado por la Secretaría General Iberoamericana (SEGIB), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), con la colaboración del Banco de Previsión Social (BPS) de Uruguay y autoridades uruguayas. Las conclusiones del Encuentro fueron elevadas por la SEGIB y la OISS a la XIX Cumbre Iberoamericana de Jefes de Estado y de Gobierno, celebrada en la ciudad portuguesa de Estoril entre el 29 de noviembre y el 1 de diciembre de 2009. El Programa de Acción de Lisboa, acordado en dicha cumbre, tomó nota en su acuerdo número 22 de los avances en el cumplimiento del Plan de Acción de San Salvador respecto de la situación de los adultos mayores en la región, e instó a la continuación de dichos trabajos.

La OISS tiene una amplia trayectoria de trabajo en relación con los adultos mayores, que ha puesto al servicio de este mandato. En el año 2006, la OISS puso en marcha el proyecto *Personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países Iberoamericanos*, en cuyo desarrollo se ha contado con la participación y colaboración de los sectores implicados de la región, y en particular de las entidades públicas con competencias en la protección, atención y promoción de los adultos mayores de un amplio grupo de países iberoamericanos. Este proyecto ha permitido avanzar la identificación de los retos comunes y en la formulación de propuestas conjuntas para la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores, el desarrollo de los servicios sociales en particular y del sistema de protección social en general, y las respuestas ante el fenómeno emergente de la dependencia. Por otra parte, en el marco del programa EUROsociAL Salud, la OISS ha liderado el *Intercambio sobre extensión de la protección social en salud de los adultos mayores y de las personas en situación de dependencia*, que se desarrolló entre 2008 y 2009, y que ha permitido dar a conocer a las instituciones parte del intercambio las experiencias desarrolladas en otros países para mejorar la protección social en salud de los adultos mayores, y brindar un espacio de intercambio y diálogo en el que países de América Latina y Europa puedan revisar sus procesos con miras a realizar cambios y reformas que permitan lograr una mayor y mejor atención de los adultos mayores.



Durante los años 2009 y 2010, la OISS, con la colaboración de instituciones de los países de la región, ha trabajado en la elaboración de este estudio sobre *La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana*, que me honro en presentar, en el que se identifican, describen y analizan las respuestas institucionales y los dispositivos de atención existentes.

El estudio se basa en el análisis y sistematización de un gran número de fuentes documentales y estadísticas, y, de forma especial, en la información generada en el marco del proyecto *Personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países Iberoamericanos* y del *Intercambio sobre extensión de la protección social en salud a adultos mayores y personas en situación de dependencia* del Programa EUROsociAL Salud, ambos liderados por la OISS, así como en los ejemplos de buena práctica que se presentaron en el *Encuentro Iberoamericano sobre la Situación de los Adultos Mayores* (Montevideo, 1 y 2 de septiembre de 2009), en el *Curso sobre Políticas para mejorar las condiciones de vida de las personas mayores como colectivo especialmente vulnerable* (Cartagena de Indias, 28 de junio al 2 de julio de 2010), y en la *Reunión de delegados gubernamentales responsables de políticas de adultos mayores* que tuvo lugar en Cartagena de Indias el 1 de julio de 2010, coincidiendo con la celebración del curso antes citado.

Este estudio supone, pues, la culminación del encargo realizado a la OISS y la SEGIB por el Plan de Acción de San Salvador, pero no es en modo alguno un punto de llegada, sino que supone, por el contrario, el inicio de una nueva etapa en el camino emprendido por la Comunidad Iberoamericana para mejorar la calidad de vida y los niveles de protección de los adultos mayores. Una etapa que llevará, de acuerdo con lo dispuesto en el acuerdo 16.c) del Programa de Acción de Mar del Plata, adoptado por la XX Cumbre Iberoamericana el 4 de diciembre de 2010, a la preparación de un Programa Iberoamericano que, como continuación del Encuentro y el Estudio encomendados por la Cumbre de San Salvador, aborde la situación de los Adultos Mayores en la región, con el objetivo de mejorar su protección.

Adolfo Jiménez Fernández

Secretario General

Organización Iberoamericana de Seguridad Social



Perspectiva general

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



1.1. El envejecimiento en la Comunidad Iberoamericana

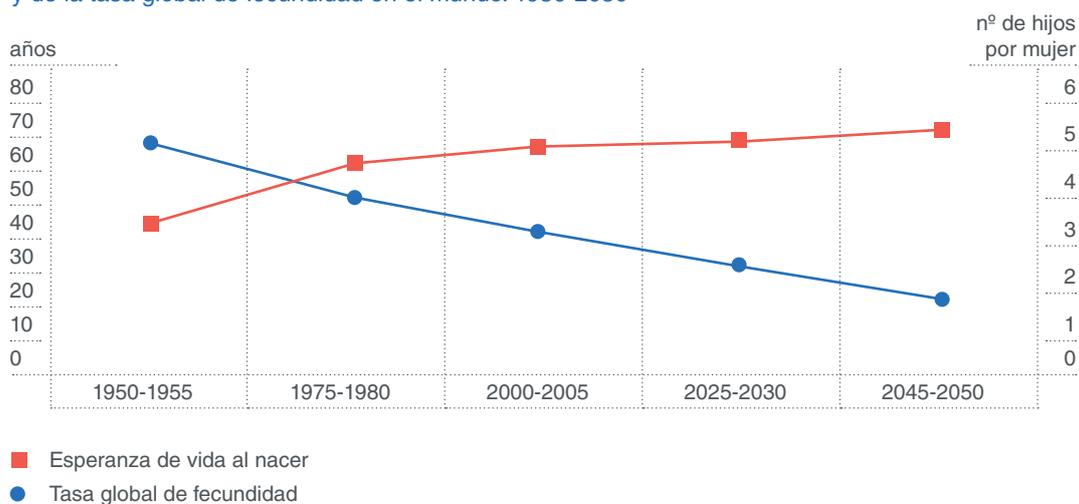
1.1.1 El envejecimiento de la población, un proceso mundial

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

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

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

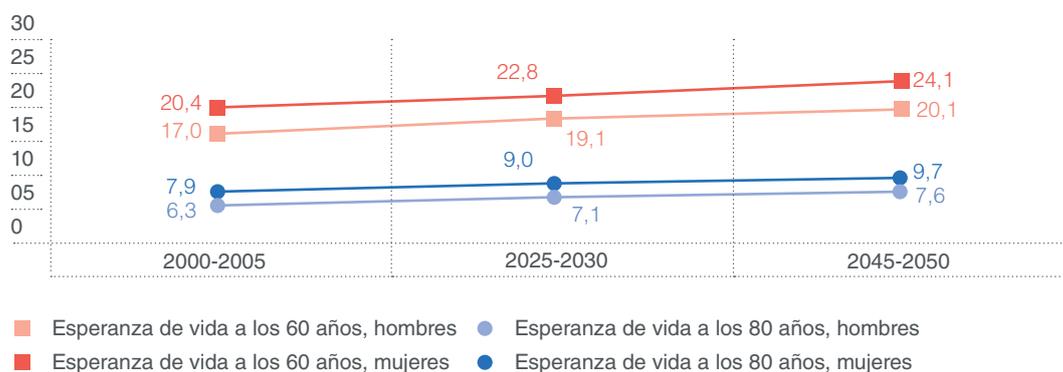
Evolución de la esperanza de vida al nacer y de la tasa global de fecundidad en el mundo. 1950-2050



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

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

Esperanza de vida a los 60 y 80 años en el mundo, según sexo. Período 2000-2050.



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

Según datos de Naciones Unidas, en el año 2009 el número de personas con 60 años y más superaba los 737 millones en todo el mundo y representaba el 10,8% de la población mundial; el número de personas de 65 y más años alcanzaba ya los 512 millones (7,5% de la población del planeta) y había más de 100 millones de personas con 80 años y más (1,5% de la población). Se espera que hacia la mitad del presente siglo el número de adultos mayores de 60 años alcance la cifra de 2.000 millones de personas, que representará un 22% de la población.

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

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



Aunque se trata de un proceso mundial, el envejecimiento presenta intensidades diferentes en las distintas partes del mundo. Hay diferencias importantes en el número y en la proporción de personas adultas mayores entre las regiones desarrolladas y las regiones en desarrollo. En las primeras, más de una quinta parte de la población tiene en la actualidad 60 años o más, y se calcula que hacia 2050 cerca de un tercio de la población de los países desarrollados se encontrará en ese grupo de edad. En las regiones en desarrollo, los adultos mayores de 60 años representan actualmente tan sólo el 8% de la población, pero se calcula que hacia 2050 serán ya un quinto de la misma, lo que significa que, a mediados del presente siglo, el mundo en desarrollo puede llegar al mismo estadio en el proceso de envejecimiento de la población que han alcanzado los países desarrollados en la actualidad. América Latina y El Caribe verán, en menos de 50 años, cuadruplicarse su índice en envejecimiento, que pasará de 25,2 adultos mayores de 60 años por cada cien menores de 15 en el año 2000 a más de 112 adultos mayores por cada cien menores en el año 2050.

1.1.2 Perfil demográfico de la Comunidad Iberoamericana

De acuerdo con los datos ofrecidos por las fuentes disponibles, en torno a 2010 el número de habitantes de la Comunidad Iberoamericana supera los 623 millones de personas. Al considerar la distribución de la población según la edad, se observa que el 26,4% de la población total se encuentra en el tramo de edad de 0 a 14 años; el 65,8% tienen entre 15 y 64 años y el 7,8% restante son personas de 65 y más años. La dimensión global de este último grupo (los adultos mayores), se acerca ya a los 50 millones de personas en el conjunto de la Comunidad Iberoamericana.

Comunidad Iberoamericana. Distribución de la población por sexo y grandes grupos de edad.

Año 2010

Grandes grupos de edad	Hombres	Mujeres	Total
Número de personas			
0 a 14	83.837.225	80.656.622	164.493.847
15 a 64	202.505.459	207.546.789	410.052.248
65 y más	21.299.437	27.390.288	48.689.725
Total	307.642.121	315.593.699	623.235.820
Proporción respecto del total			
0 a 14	27,3%	25,6%	26,4%
15 a 64	65,8%	65,8%	65,8%
65 y más	6,9%	8,7%	7,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

Países América Latina: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

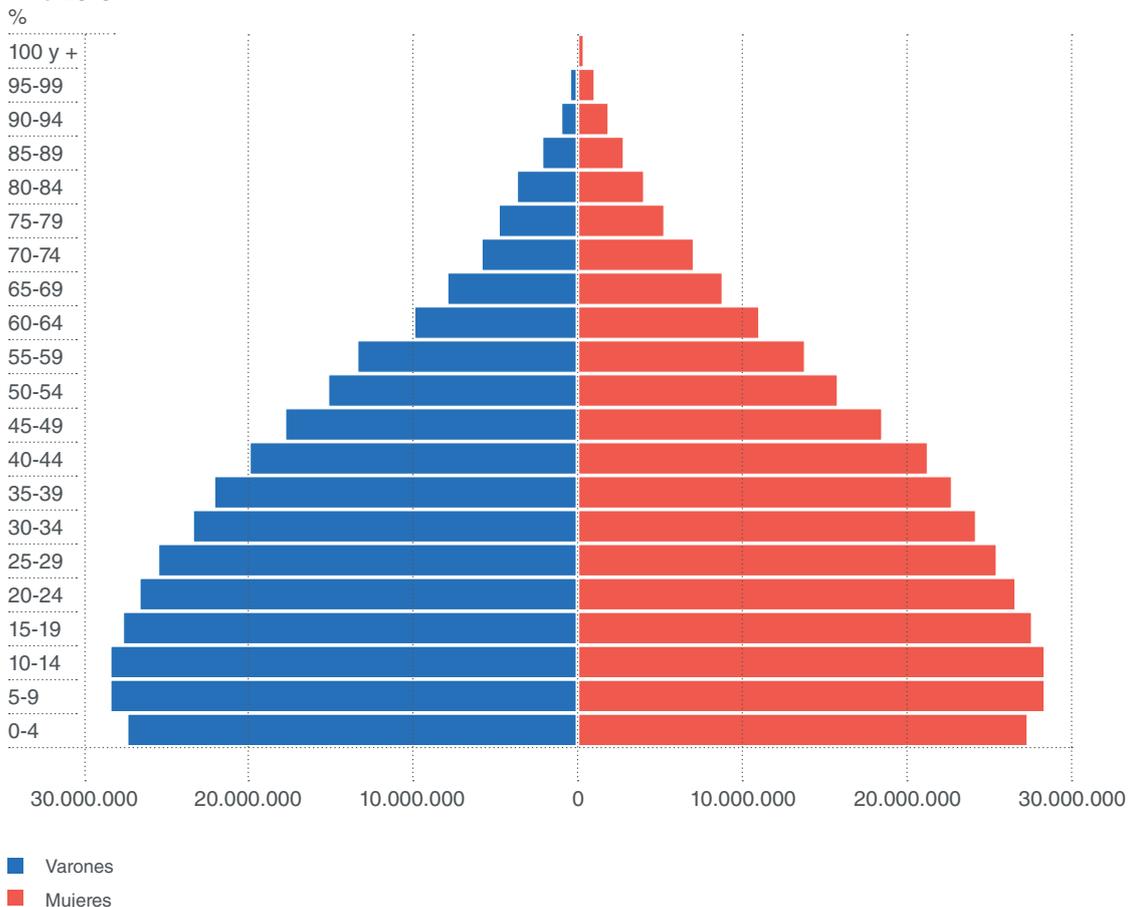
España: INE. Revisión del Padrón municipal 2009.

Portugal y Andorra: EUROSTAT. Población por sexo y edad a 1 de enero de 2009.

La tendencia actual apunta a un cambio en esta composición, con aumento de la población de mayor edad sobre el conjunto poblacional, debido al efecto combinado del incremento de la esperanza de vida y de la disminución de la fecundidad. Esta tendencia se hace evidente cuando se observa la realidad poblacional de la Comunidad Iberoamericana en su conjunto, en la que se percibe con claridad el estrechamiento por la base debido al descenso de la natalidad, y el engrosamiento de la cúspide, que revela la existencia de una proporción creciente de personas de edad avanzada.

Pirámide de población de la Comunidad Iberoamericana.

Año 2010.



Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:
 Países América Latina: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.
 España: INE. Revisión del Padrón municipal 2009.
 Portugal y Andorra: EUROSTAT. Población por sexo y edad a 1 de enero de 2009.

En efecto, en la Comunidad Iberoamericana hay ya, al finalizar la primera década del siglo XXI, unos 11 millones de personas con 80 y más años, lo que supone que cerca del 23 por cien de los adultos mayores han superado ya esa edad (más del 25 por cien en el caso de las mujeres). Los mayores de 85 años son ya casi 5 millones, lo que significa que uno de cada diez adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana supera los 85 años de edad.



Comunidad Iberoamericana. Estructura de la población de 65 y más años de edad, según sexo y grupo de edad. Año 2010

Grupo de edad	Hombres	Mujeres	Total
Número de personas			
65 - 69	7.377.550	8.417.272	15.794.822
70 - 74	5.659.658	6.856.694	12.516.352
75 - 79	4.040.232	5.351.454	9.391.686
80 - 84	2.509.064	3.711.612	6.220.676
85 y más	1.712.933	3.053.256	4.766.189
Total 65 años y más	21.299.437	27.390.288	48.689.725
Porcentaje respecto del total			
65 - 69	34,6%	30,7%	32,4%
70 - 74	26,6%	25,0%	25,7%
75 - 79	19,0%	19,5%	19,3%
80 - 84	11,8%	13,6%	12,8%
85 y más	8,0%	11,1%	9,8%
Total 65 años y más	100,0%	100,0%	100,0%

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

Países América Latina: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

España: INE. Revisión del Padrón municipal 2009.

Portugal y Andorra: EUROSTAT. Población por sexo y edad a 1 de enero de 2009.

El proceso de envejecimiento en la Comunidad Iberoamericana no es un proceso homogéneo y lineal, sino que se desarrolla con ritmos diferentes en cada uno de los países que la conforman. Debido a ello, la estructura demográfica difiere ampliamente entre unos y otros países. Así, los porcentajes de la población de 65 años y más respecto al total en Portugal, España, Uruguay, Andorra, Cuba, Argentina y Chile se sitúan por encima del promedio regional. En el otro extremo se encuentran Bolivia, Nicaragua, Guatemala y Honduras, donde la proporción de adultos mayores se sitúa por debajo del 5%.

Comunidad Iberoamericana. Porcentaje que suponen los adultos mayores respecto de la población total. Año 2010

	Hombres	Mujeres
	Mayores de 60 años	Mayores de 65 años
Argentina	14,5%	10,5%
Bolivia	7,2%	4,8%
Brasil	10,1%	6,9%
Chile	13,1%	9,2%
Colombia	8,6%	5,6%
Costa Rica	9,5%	6,5%
Cuba	17,3%	12,3%
Ecuador	9,5%	6,7%
El Salvador	10,2%	7,3%
España	21,9%	16,6%
Guatemala	6,5%	4,4%
Honduras	6,2%	4,3%
México	9,4%	6,6%
Nicaragua	6,2%	4,6%
Panamá	9,7%	6,7%
Paraguay	7,7%	5,2%

continúa ▶

continua

Comunidad Iberoamericana. Porcentaje que suponen los adultos mayores respecto de la población total. **Año 2010**

	Hombres	Mujeres
	Mayores de 60 años	Mayores de 65 años
Perú	8,7%	6,0%
Portugal	23,2%	17,6%
Principado de Andorra	17,0%	12,3%
República Dominicana	8,7%	6,1%
Uruguay	18,4%	13,9%
Venezuela	8,6%	5,6%

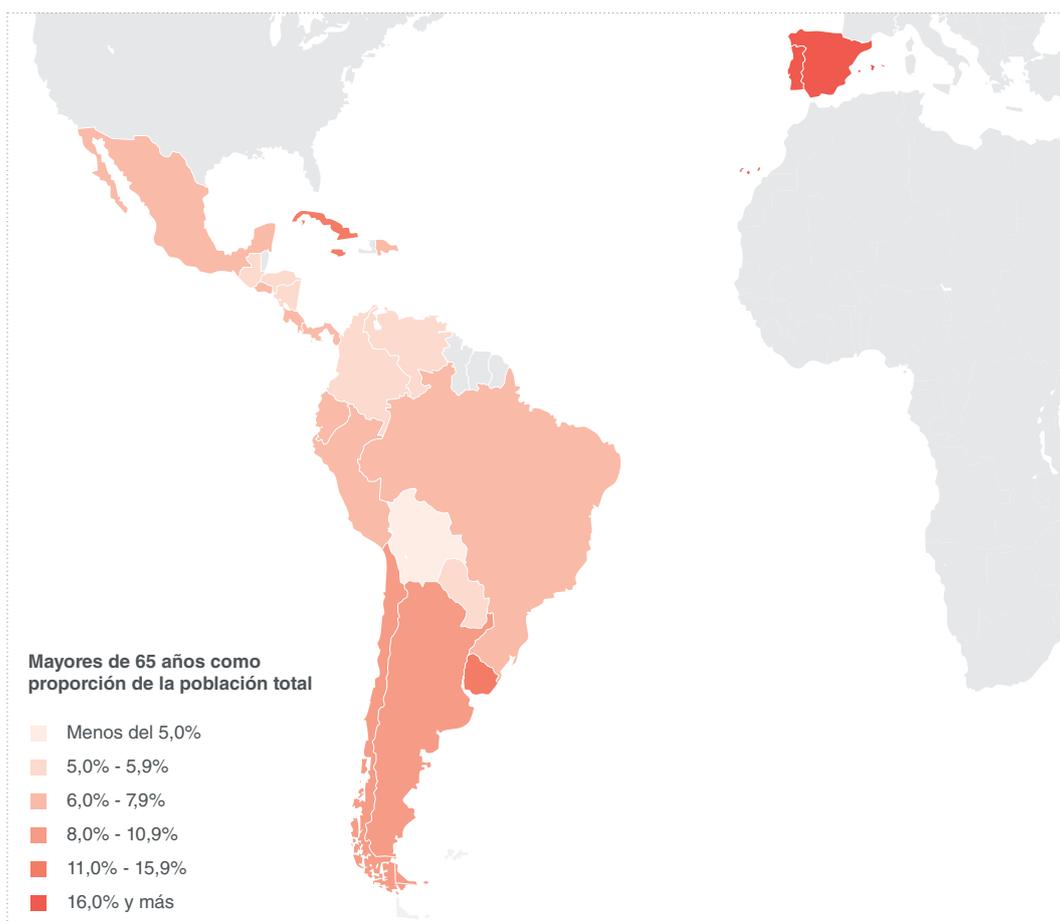
Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

Países América Latina: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

España: INE. Revisión del Padrón municipal 2009.

Portugal y Andorra: EUROSTAT. Población por sexo y edad a 1 de enero de 2009.

Comunidad Iberoamericana. Porcentaje que suponen los adultos mayores de 65 años respecto de la población total. **Año 2010.**



Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

Países América Latina: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

España: INE. Revisión del Padrón municipal 2009.

Portugal y Andorra: EUROSTAT. Población por sexo y edad a 1 de enero de 2009.



Al considerar la composición de la población de 65 años y más, destaca el mayor volumen y peso de las mujeres. Así, se observa que el 56% de la población adulta mayor es de sexo femenino mientras que los hombres de este grupo de edad suponen el 44%. Esta diferencia porcentual de las mujeres frente a los varones se incrementa según aumenta la edad. Así, para el grupo de 85 años y más las mujeres suponen el 62,6% de este grupo poblacional.

Este perfil femenino de los adultos mayores es el resultado de la mayor esperanza de vida de las mujeres. En 2010 la esperanza de vida al nacer en la Comunidad Iberoamericana es de 78,5 años para las mujeres y de 72,3 años para los varones, con una diferencia de más de 6 años a favor de las mujeres. Según se puede observar en la siguiente tabla, la mayor esperanza de vida de las mujeres se mantiene, aunque las diferencias entre sexos se van amortiguando, cuando se considera la esperanza de vida restante a los 65 años y a los 80 años.

Comunidad Iberoamericana. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años, según sexo. Año 2010

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida al nacer	72,3	78,5
Esperanza de vida a los 65 años	16,7	19,4
Esperanza de vida a los 80 años	8,0	9,4

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

Países América Latina: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

España: Instituto Nacional de Estadística (INE).

Portugal y Andorra: EUROSTAT. Población por sexo y edad a 1 de enero de 2009.

Los siguientes indicadores dibujan el perfil de los mayores en Iberoamérica: el índice de envejecimiento señala que alrededor de 2010 se cuentan en la región 29 adultos mayores por cada 100 niños. Por otro lado, la mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para este mismo año se sitúa en 127 mujeres por cada 100 varones. El índice de dependencia, que mide la proporción que supone la población mayor respecto a la población en edad activa, se sitúa en el año 2010 en 12 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral.

Indicadores de envejecimiento. Alrededor de 2010

Índice de dependencia (población adulta mayor) (número de mayores de 65 años / número de menores de 15 años * 100)	29
Índice de feminidad (número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de 65 años y más *100)	127
Índice de dependencia (población adulta mayor) (número de mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100)	12

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

Países América Latina: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

España: INE. Revisión del Padrón municipal 2009.

Portugal y Andorra: EUROSTAT. Población por sexo y edad a 1 de enero de 2009.

1.1.3 Los retos que plantea el envejecimiento

El incremento del número de adultos mayores y de la proporción que suponen sobre el conjunto de la población es un fenómeno mundial, que se debe tanto al descenso de la mortalidad, originado por las mejoras en la salud y en las condiciones de vida, como a la caída en las tasas de fecundidad, y que en muchas regiones del planeta se ve potenciado por la emigración de personas en edad activa.

Iberoamérica no escapa a esa tendencia mundial. Los países ibéricos de nuestra comunidad (España, Portugal y Andorra) tienen, desde hace años, una población considerablemente envejecida. En América Latina el proceso de envejecimiento, aunque ha comenzado en fecha más reciente, es generalizado y se está desarrollando de forma muy rápida, aunque con importantes diferencias en su intensidad y en sus ritmos entre unos países y otros.

El envejecimiento demográfico transformará considerablemente nuestras sociedades. El incremento en el número de adultos mayores y en la proporción que suponen sobre el conjunto de la población puede tener importantes efectos, en primer lugar, sobre las propias condiciones de vida de los mayores, pues cambiará el balance actual entre las necesidades de este grupo de población y los recursos de atención existentes. Generará también cambios en la forma en que se organiza la solidaridad entre generaciones, tendrá un impacto significativo sobre el potencial de crecimiento e implicará fuertes presiones para aumentar el gasto público, no sólo en prestaciones económicas, sanidad y cuidados de larga duración, sino también en infraestructuras, vivienda y educación.

El envejecimiento de la población es uno de los retos que tendrá que afrontar la política social en Iberoamérica. Entre los desafíos que requieren una atención particular destacan los siguientes:

- Favorecer el envejecimiento activo y abrir nuevos espacios para la participación de las personas mayores en la vida social y económica.
- Modificar las prácticas actuales en materia de gestión del factor edad en el trabajo y en los mercados laborales, para combatir la discriminación laboral por razón de la edad y permitir que los trabajadores tengan un mayor margen para elegir la edad de retiro en función de sus circunstancias personales.
- Garantizar pensiones suficientes, financieramente viables y adaptables a las condiciones cambiantes de la economía a todas las personas que han cumplido su vida laboral y se encuentran en edad de retiro, a fin de evitar la amenaza de la pobreza para las personas mayores.
- Garantizar el acceso de todos a una atención sanitaria de calidad, preservando al mismo tiempo la viabilidad financiera de los sistemas de salud, para asegurar un envejecimiento saludable y el bienestar a lo largo de toda la vida.
- Dar respuesta a las necesidades de cuidados de las personas que, por razones de edad, enfermedad o discapacidad, se encuentran en situación de dependencia.
- Gestionar los efectos macroeconómicos del envejecimiento, preservando el crecimiento de las economías y el equilibrio de las finanzas públicas, y aprovechando el potencial de generación de empleo y de riqueza que suponen las personas mayores.



La garantía de unas condiciones de vida dignas para los adultos mayores en un contexto de envejecimiento demográfico supone un importante desafío para las finanzas públicas, pues será necesario hacer frente al gasto derivado de las pensiones, la atención de salud y los cuidados de larga duración que necesitarán un número creciente de personas mayores, con los aportes (cotizaciones sociales e impuestos) de una población activa que crecerá a menor velocidad. No obstante, existen amplios márgenes para incrementar la tasa de empleo y, con ella, los aportes netos a los sistemas impositivos y de protección social, pues la disminución de la fecundidad ha creado, en muchos países iberoamericanos, una ventana de oportunidades al hacer que, durante algunos años, disminuya la tasa global de dependencia demográfica (proporción que representan en conjunto los niños, niñas, adolescentes y personas mayores sobre la población en edad de trabajar).

Por otra parte, en nuestras economías hay importantes contingentes de trabajadores informales, que actualmente quedan al margen de los sistemas de imposición directa y de seguridad social; muchas personas en edad de trabajar que no participan en la actividad (entre ellas, numerosas mujeres que no se han incorporado al mercado laboral porque han tenido que hacer frente al cuidado de sus hijos y de sus familiares dependientes), y también bastantes personas que abandonan prematuramente y contra su voluntad el mercado laboral, cuando todavía tienen un importante potencial para contribuir al esfuerzo de desarrollo.

No debe olvidarse, por otra parte, que el envejecimiento de la población no sólo provocará un crecimiento de los gastos, sino que también representa una oportunidad para la creación de empleo y la generación de actividad económica en el sector de los servicios sanitarios y sociales, de la que pueden derivarse importantes retornos para las finanzas públicas y los sistemas de protección social.

Existe, asimismo, un margen considerable de aumento de la eficiencia de los sistemas de asistencia sanitaria y de cuidados de larga duración. Una mayor efectividad de los fondos dedicados a la sanidad y una reducción de las desigualdades en materia de asistencia sanitaria podrá alcanzarse mediante el reforzamiento de la asistencia primaria, de la prevención y de la promoción de la salud y mediante una mejor coordinación y una utilización más racional de los recursos.

La superación del reto demográfico depende, esencialmente, de que se sea capaz de construir una economía dinámica y próspera con una productividad creciente, un alto nivel de cohesión social y un funcionamiento eficiente de los mercados.

1.2. La 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 es un componente fundamental de la calidad de vida de las personas mayores. 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 en su autoestima, pues les permite seguir siendo independientes en la toma de decisiones, desempeñar roles significativos y participar en la vida de su comunidad como ciudadanos con plenos derechos. De ahí la consideración de la seguridad económica como núcleo central, primario e inmediato, de ese conjunto de circunstancias que solemos abarcar en el concepto de "calidad de vida".

Los ingresos necesarios para asegurar una buena calidad de vida en la vejez dependen de muchos factores, como la edad, el estado de salud, la situación de convivencia, los patrones de consumo previos y los recursos que facilite el Estado a través de servicios, prestaciones o subsidios. Pero, en último término, los mecanismos de provisión de seguridad económica podríamos resumirlos en:

- Los sistemas de pensiones, contributivas o no, así como otras transferencias económicas públicas.
- Los ingresos procedentes del trabajo.
- Los ahorros (activos físicos y financieros, incluyendo los planes de pensiones voluntarios privados).
- Las transferencias privadas de familiares o de redes sociales de apoyo.

En este informe se analiza el primero de estos mecanismos, que constituye generalmente el principal de estos factores.

1.2.1 Los sistemas de protección social y la seguridad económica de los mayores

Los sistemas de protección social deberían desempeñar una función clave para asegurar la seguridad económica de las personas mayores, y de hecho, son los instrumentos de política pública más importantes para hacer frente a la vulnerabilidad económica en la vejez, de los que se benefician también las demás generaciones. Sin embargo, en la mayor parte de los países de nuestra Comunidad, la baja cobertura de los sistemas de protección social y las inequidades que presentan en relación con la condición social, el género, la etnia y la ruralidad, limitan su eficacia a la hora de garantizar ingresos para todos y de ofrecer prestaciones que garanticen un nivel de vida digno.

Cerca de la mitad de la población adulta mayor de América Latina no accede a una jubilación o pensión. Según un estudio promovido por el Banco Mundial sobre las mediciones de la cobertura de pensiones en América Latina¹, que utiliza datos referidos al año 2000, la cobertura prestacional de los adultos mayores era, al comienzo del presente siglo, extremadamente baja en muchos países. Sólo Argentina, Chile, Uruguay y Brasil superaban el 60% de cobertura contributiva, proporción que también alcanzaban Costa Rica y Bolivia si se tienen en cuenta, además, los beneficios no contributivos, aunque éstos eran a veces muy limitados en su cuantía. En los países con menores índices de cobertura, ésta estaba generalmente limitada a esquemas contributivos. En muchos casos, los índices de cobertura para los hombres duplicaban a los registrados para las mujeres, lo que revela un serio problema de acceso al sistema de pensiones para las mujeres en general. Este problema se ve agravado por el hecho de que las prestaciones derivadas del fallecimiento de un titular, como la de viudedad, que son percibidas en su gran mayoría por las mujeres, son, por lo general, muy inferiores en cuantía a las prestaciones originarias de las que derivan.

Los datos que se presentan en este informe, referidos en la mayor parte de los casos a los años 2009 y 2010, confirman que la cobertura prestacional de los adultos mayores sigue siendo muy baja en algunos de los países de la Comunidad Iberoamericana. Sólo Argentina y Uruguay, además de los países europeos de la Comunidad, tienen a más del 80% de sus adultos mayores cubiertos por el sistema contributivo de jubilaciones y pensiones. En un segundo escalón se sitúan Brasil, Cuba y Chile, donde entre el 60 y el 80% de la población adulta mayor recibe jubilaciones o pensiones contributivas. Los demás países de la Comunidad Iberoamericana tienen una cobertura prestacional contributiva inferior al 50%.

¹ Rafael Rofman y Leonardo Lucchetti (2006): *Sistemas de Pensiones en América Latina: Conceptos y Mediciones de Cobertura*. Banco Mundial.



Comunidad Iberoamericana. Pensiones. Porcentaje de cobertura contributiva de la población adulta mayor (población de 60 o 65 años y más, de acuerdo con la edad legal de retiro) según sexo

Países, fecha de referencia y fuente	Total	Hombres	Mujeres
Argentina (2009) ⁽¹⁾	84,8% de la población de 60 años y más	84,5% de los hombres de 65 años y más	85% de las mujeres de 60 años y más
Bolivia (2009) ⁽²⁾	22% de la población de 60 años y más	N.D	N.D
Brasil (2008) ⁽³⁾	86,2% de la población de 60 años y más	81,2% de los varones de 60 años y más	89% de las mujeres de 60 años y más
Chile (2010) ⁽⁴⁾	66,4% de la población de 65 y más años	77,6% de los hombres de 65 años y más	58% de las mujeres de 65 años y más
Colombia (2010) ⁽⁵⁾	17,7% de la población de 60 años y más por el régimen solidario de prima media	21,1% de los hombres de 60 años y más por el régimen solidario de prima media	15% de las mujeres de 60 años y más por el régimen solidario de prima media
Costa Rica (2009) ⁽⁶⁾	34% de la población de 65 años y más	43,6% los hombres de 65 y más años	25,7% de las mujeres de 65 años y más
Cuba (2009) ⁽⁷⁾	73% de la población de 65 años y más	N.D	N.D
Ecuador (2009) ⁽⁸⁾	19% de la población de 60 años y más	23% de los varones de 60 años y más	15% de las mujeres de 60 años y más
El Salvador (2009) ⁽⁹⁾	14,2% de la población de 60 años y más	17% de los varones de 60 años y más	12% de las mujeres de 60 años y más
España (2010) ⁽¹⁰⁾	85,5% de la población de 65 años y más	95% de los varones de 65 años y más	79% de las mujeres de 65 años y más
Guatemala (2008) ⁽¹¹⁾	7,6% de la población de 60 años y más	ND	ND
Honduras (2010) ⁽¹²⁾	8,23% de la población de 65 años y más por el IHSS dentro del Régimen de IVM	ND	ND
México (IMSS 2008) (ISSSTE 2010) ⁽¹³⁾	26,4% de la población mexicana de 65 años y más (Considerando sólo IMSS-ISSSTE)	ND	ND
Nicaragua (2008) ⁽¹⁴⁾	22% de la población de 60 años y más	ND	ND

ND. No disponible.

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

1. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.
2. Viceministerio de Pensiones y Servicios Financieros. Boletín mensual del sistema de pensiones. Noviembre de 2009.
3. Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de De Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - Diie / DATAPREV. Anuario Estadístico 2008 de la Previdencia Social.
4. Superintendencia de Pensiones y del Instituto de Previsión Social.
5. Superintendencia Financiera de Colombia. Febrero 2010.
6. Sistema Integrado de Pensiones. Junio 2009.
7. Oficina Nacional de Estadísticas, diciembre de 2009.
8. Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social, en base a la Encuesta de Empleo y Desempleo del INEC y a datos del Programa de Protección Social.
9. Superintendencia de Pensiones. Revista de Estadísticas Previsionales. Diciembre 2009.
10. Instituto Nacional de la Seguridad Social. Estadística de pensiones contributivas en vigor. Enero 2010.
11. Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Boletín Pensiones. 2008.
12. Instituto Hondureño de Seguridad Social. 2010
13. IMSS. Informe Financiero y Actuarial a 31 de diciembre de 2008. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE. Marzo 2010.
14. INSS. Anuario Estadístico 2008. Abril 2009.

NOTA: Las cifras que se aportan en el cuadro anterior deben ser tomadas con precaución y considerarlas orientativas. En muchos casos, no se ha podido establecer con certeza el número exacto de adultos mayores cubiertos por algún tipo de prestación económica al no encontrar información disponible sobre determinados Regímenes Especiales como los de las Fuerzas Armadas, Funcionarios Públicos, trabajadores agrícolas, temporales, etc. Por otro lado, en algunos casos la información está referida al número de prestaciones y no de beneficiarios lo que supone una sobrestimación de los datos en tanto que una persona puede estar recibiendo más de una prestación.

Comunidad Iberoamericana. Pensiones. Porcentaje de cobertura contributiva de la población adulta mayor (población de 60 o 65 años y más, de acuerdo con la edad legal de retiro) según sexo

Países, fecha de referencia y fuente	Total	Hombres	Mujeres
Panamá (2009) ⁽¹⁵⁾	47,14% de la población de 65 años y más	51,84% de los varones de 65 años y más	42,82% de las mujeres de 65 años y más
Paraguay (2010) ⁽¹⁶⁾	19,6% de la población de 60 años y más	ND	ND
Perú (2006) ⁽¹⁷⁾	22,9% de la población de 65 años y más	35,6% varones de los 65 años y más	11,5% de las mujeres de 65 años y más
Portugal (2010) ⁽¹⁸⁾	88,3% de la población de 65 y más años	ND	ND
Principado de Andorra (2010) ⁽¹⁹⁾	83% de la población de 65 años y más	90% de los varones de 65 años y más	76% de las mujeres de 65 años y más
República Dominicana (2010) ⁽²⁰⁾	9% de la población dominicana de 65 años y más	ND	ND
Uruguay (2009) ⁽²¹⁾	87,1% de la población de 65 años y más	88% en varones de 65 años y más	100% de las mujeres de 65 años y más
Venezuela (2009) ⁽²²⁾	43,3% de la población de 60 y más años	ND	ND

ND. No disponible.

15. Caja de Seguro Social. Dirección Ejecutiva Nacional de Prestaciones Económicas. Dirección Nacional de Planificación. Departamento Actuarial.

16. Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2010): *World Social Security Report 2010-2011: Providing coverage in times of crisis and beyond*. Geneva.

17. Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza. INEI-2006

18. Instituto da Segurança Social. Febrero de 2010.

19. Caixa Andorrana de Seguretat Social.

20. Ministerio de Hacienda. Febrero 2010

21. Banco de Previsión Social. Boletín Estadístico. 2010

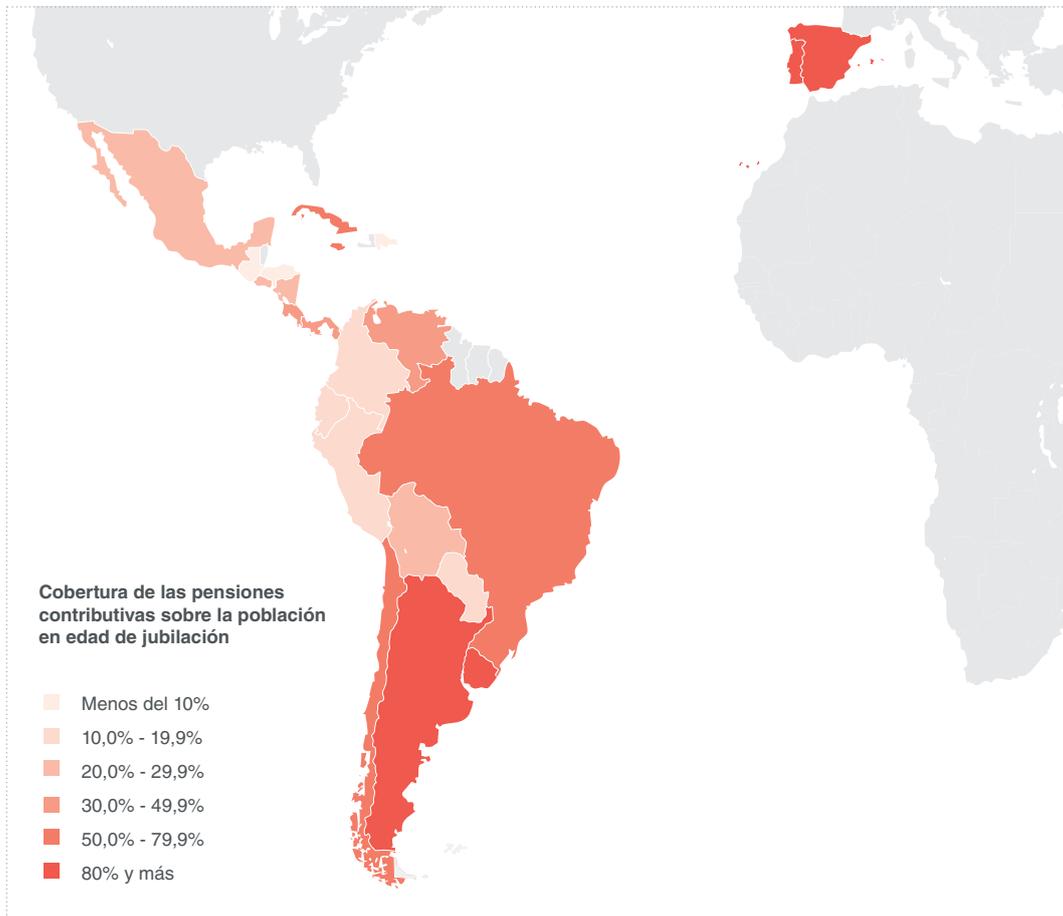
22. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Dirección General de Afiliación y Prestaciones en Dinero.

NOTA: Las cifras que se aportan en el cuadro anterior deben ser tomadas con precaución y considerarlas orientativas.

En muchos casos, no se ha podido establecer con certeza el número exacto de adultos mayores cubiertos por algún tipo de prestación económica al no encontrar información disponible sobre determinados Regímenes Especiales como los de las Fuerzas Armadas, Funcionarios Públicos, trabajadores agrícolas, temporales, etc. Por otro lado, en algunos casos la información está referida al número de prestaciones y no de beneficiarios lo que supone una sobrestimación de los datos en tanto que una persona puede estar recibiendo más de una prestación.



Comunidad Iberoamericana. Porcentaje de adultos mayores en edad de jubilación que disfrutaban de jubilaciones o pensiones contributivas. **Año 2010.**



Elaboración propia a partir de las fuentes consultadas (ver bibliografía).

Los sistemas de beneficios no contributivos, que ya existen en la mayor parte de los países, incrementan sustancialmente el número de personas mayores cubiertas (llegando incluso, como ocurre en el caso de Bolivia, a cubrir prácticamente la totalidad de la población adulta mayor), aunque la intensidad de la protección que prestan no es elevada (en Colombia y Ecuador no supera el 20% del salario mínimo, en Nicaragua y Panamá se sitúa en torno al 25% del salario mínimo y en Bolivia alrededor del 30% del importe del salario mínimo. Sólo en Argentina, Chile, España, Portugal y Uruguay el importe de las pensiones no contributivas supera el 40% del valor del salario mínimo).

Comunidad Iberoamericana. Pensiones. Pensiones no contributivas				
Países, fecha de referencia y fuente	Denominación	Cobertura		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Argentina (2009) ⁽¹⁾	Pensión asistencial por vejez	2% de la población de 65 años y más	ND	ND
Bolivia (2010) ⁽²⁾	Renta dignidad	100% de la población de 65 años y más	100% de los varones de 65 años y más	100% de las mujeres de 65 años y más
Brasil (2010) ⁽³⁾	Amparos asistenciales por vejez	12% de la población de 65 años y más	ND	ND
Chile (2010) ^{(4)*}	Pensiones Básicas Solidarias	25,42% de la población de 65 años y más	18% de los varones de 65 años y más	31% de las mujeres de 65 años y más
Colombia (2010) ^{(5)**}	Programa de Protección Social al Adulto Mayor	ND	ND	ND
Costa Rica (2009) ⁽⁶⁾	Programa de pensiones no contributivas	17% de la población de 65 años y más	16% de los varones de 65 años y más	18% de las mujeres de 65 años y más
Ecuador (2009) ⁽⁷⁾	Pensión Asistencial	28% de la población de 60 años y más	26% de los varones de 60 años y más	31% de las mujeres de 60 años y más
España (2010) ⁽⁸⁾	Pensiones no contributivas por jubilación	3,3% de la población de 65 años y más	1,42% de los varones de 65 años y más	4,72% de las mujeres de 65 años y más
Guatemala (2008) ⁽⁹⁾	Programa del Adulto Mayor	9% de la población de 65 años y más	9% de los varones de 65 años y más	9% de las mujeres de 65 años y más
México (2009) ⁽¹⁰⁾	Programa de Atención a los Adultos Mayores de 70 años y más en Zonas Rurales	43% de la población de 70 años y más	47% de los varones de 70 años y más	39% de las mujeres de 70 años y más
Panamá (2010) ⁽¹¹⁾	Programa "100 a los 70"	ND	ND	ND

ND. No disponible.

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

1. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.
2. Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones. Dirección de Prestaciones No Contributivas. Estadísticas de la Renta Dignidad actualizada a 28 de febrero de 2010.
3. Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de De Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - DIIE / DATAPREV. Boletín Estadístico de la Previdencia Social - Vol. 15. N° 1. Enero 2010.
4. Instituto de Previsión Social. Estadísticas. Marzo 2010. *La cobertura directa total del sistema de pensiones en Chile, obtenida sumando a la cobertura contributiva las Pensiones Básicas Solidarias por vejez, asciende al 84,5% de las personas con 65 años y más.
5. SIGOB (Gestión y Seguimiento de las Metas del Gobierno). Reporte del PPSAM para el año 2010. **A diciembre de 2009 el programa ha alcanzado una cobertura máxima de 549.956 adultos mayores (la cifra no representa el número de beneficiarios a esa fecha, sino el número de personas adultas mayores que se han beneficiado del programa desde su inicio en el año 2003 hasta diciembre de 2009).
6. Boletín Estadístico Mensual RNC, Junio 2009. El número total de pensionados de 65 y más años (integrando los datos del Seguro de Pensiones contributivo y del programa de pensiones no contributivas) asciende a 153.256, el 51,1% del total de personas de 65 y más años residentes en Costa Rica.
7. Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social, en base a la Encuesta de Empleo y Desempleo del INEC y a datos del Programa de Protección Social.
8. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Nómina de pensiones no contributivas. Enero 2010.
9. Programa del Adulto Mayor, Dirección General de Previsión Social, Año 2008. Ministerio de Trabajo y Previsión Social.
10. Cuarto Informe Trimestral 2009 de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL).
11. Programa especial de transferencia económica a los adultos mayores (hombres y mujeres) que consiste en la entrega de 100 balboas mensuales a las personas adultas mayores a partir de los 70 años de edad sin jubilación ni pensiones para mejorar sus condiciones de vida. El programa es gestionado por el Ministerio de Desarrollo Social.



Comunidad Iberoamericana. Pensiones. Pensiones no contributivas				
Países, fecha de referencia y fuente	Denominación	Cobertura		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Paraguay (2010) ⁽¹²⁾	Pensión alimentaria para adultos mayores de 65 años o más en situación de pobreza	ND	ND	ND
Portugal (2010) ⁽¹³⁾	Pensión social de vejez dirigida a personas de 60 años y más sin ingresos	ND	ND	ND
Principado de Andorra (2010) ⁽¹⁴⁾	Complemento no contributivo para la pensión de jubilación	ND	ND	ND
Uruguay (2009) ⁽¹⁵⁾	Programa de pensiones no contributivas a la vejez e invalidez	78.403 pensiones de vejez e invalidez en diciembre de 2009. No se dispone de datos por edad de los perceptores	36.113 pensiones de vejez e invalidez en diciembre de 2009. No se dispone de datos por edad de los perceptores	42.317 pensiones de vejez e invalidez en diciembre de 2009. No se dispone de datos por edad de los perceptores

ND. No disponible.

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

12. Desde el 12 de agosto de 2010 a través del decreto N° 4542/2010, ha reglamentado la Ley 3728/2009, que establece el derecho a la pensión alimentaria para las personas adultas mayores en situación de pobreza.

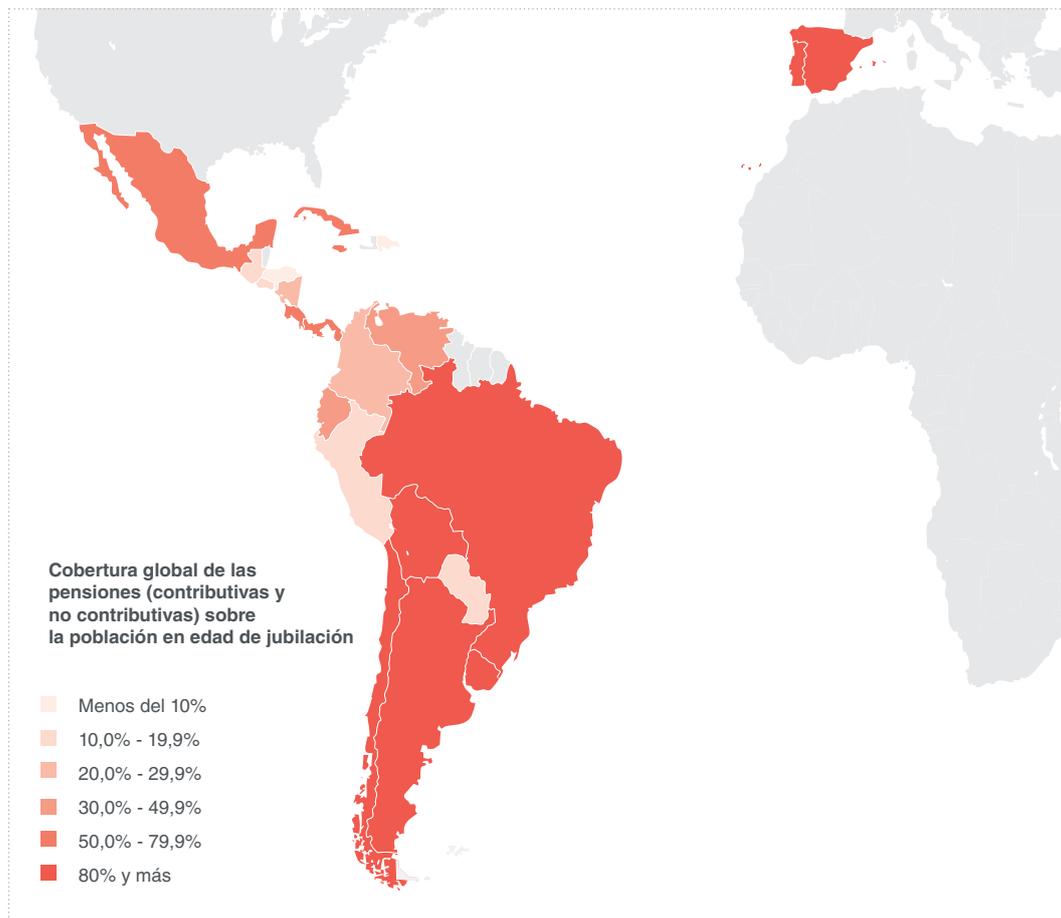
13. Instituto da Segurança Social.

14. Caixa Andorrana de Seguretat Social.

15. Banco de Previsión Social. Boletín Estadístico 2010.

NOTA: En este cuadro se incluyen únicamente los países en los que se ha identificado algún programa de prestaciones no contributivas.

Comunidad Iberoamericana. Porcentaje de adultos mayores en edad de jubilación que disfrutan de jubilaciones o pensiones (contributivas y no contributivas). Año 2010



Elaboración propia a partir de las fuentes consultadas (ver bibliografía).

La mayoría de los aportantes a los sistemas de pensiones son residentes de zonas urbanas, debido a que los mercados laborales están mejor organizados en las ciudades y a que los organismos de gobierno tienen en estas zonas mayor capacidad de supervisión. En consecuencia, la mayoría de los beneficiarios también son residentes de zonas urbanas.

La cobertura de jubilaciones y pensiones es especialmente baja en los estratos de menores ingresos, en las mujeres, en los trabajadores por cuenta propia, en las áreas rurales y en las poblaciones originarias o afrodescendientes. Son estratos que agrupan a un número muy importante de personas. Según estimaciones de la CEPAL referidas a 2009, el 33,1% de la población latinoamericana vive por debajo de la línea de pobreza y el 13,3% se encuentra en situación de indigencia⁽¹⁾. Las mujeres representan el 55% de los mayores de 60 años en América Latina⁽³⁾.

² CEPAL, Panorama Social de América Latina 2010.



Los trabajadores por cuenta propia y ayudas familiares suponen el 35% de la población ocupada en la región⁽⁴⁾. Según datos de Naciones Unidas, aproximadamente el 40% de la población de América Latina y el Caribe vive en las zonas rurales. El 54,4% de la población rural en la región vive por debajo de la línea de la pobreza (frente al 31,1% de la población urbana) y el 29,4% en la indigencia (frente al 8,6% de la población urbana), con el resultado de que la mitad de la población indigente de América Latina (unos 36 millones de personas) vive en áreas rurales⁽⁵⁾. En la actualidad hay cerca de 650 pueblos indígenas reconocidos por los diferentes Estados de la región latinoamericana, que en conjunto superan los 30 millones de personas⁽⁶⁾. Los afrodescendientes, por su parte, son en total más de 150 millones de personas, de los que el 90% viven situación de pobreza⁽⁷⁾.

1.2.2 El reto de garantizar la sostenibilidad y extender la protección

Un elemento esencial de las reformas de los sistemas de protección social dirigidos a garantizar su sostenibilidad futura será la capacidad de incorporar a los sistemas contributivos a amplios contingentes de trabajadores que actualmente quedan al margen de los mismos, para lo cual será necesario hacer atractiva la formalidad.

La incorporación obligatoria de los trabajadores independientes al sistema contributivo de pensiones (estipulada, entre otros, en Argentina, Brasil, Costa Rica, España, Portugal, el Principado de Andorra, Uruguay y Chile, donde la reforma de 2008 dispuso también extensión gradual de esa obligatoriedad) y de los trabajadores rurales (En Costa Rica y Chile, cuya legislación estipula la afiliación obligatoria de estos trabajadores, se alcanzan coberturas de entre el 41 y el 44% de los trabajadores rurales; Brasil tiene un programa especial de pensiones rurales que protege al 50% de la población rural, y en México el programa Oportunidades da cobertura al 30% de la población) ha sido determinante para incrementar la cobertura global de protección social en la Comunidad Iberoamericana. También es importante garantizar que la alta rotación en el mercado de trabajo y la movilidad geográfica de los trabajadores no se constituya en un obstáculo para acceder a las jubilaciones. El Convenio Multilateral Iberoamericano de Seguridad Social, al garantizar el cómputo de los períodos de seguro, cotización o empleo que los trabajadores hayan acreditado en cualquiera de los Estados parte, tendrá efectos importantes en ese sentido.

Además de ampliar la base contributiva de los sistemas de protección social, mejorando la capacidad de las economías para crear trabajo decente para toda la población, es imprescindible complementar la protección contributiva con mecanismos solidarios no contributivos, que amplíen los umbrales de la protección social y eviten que los grupos más desprotegidos se mantengan al margen de los sistemas de protección.

Las pensiones no contributivas tienen una amplia tradición en los países con una mayor madurez en sus sistemas de protección social. En España se estableció y reguló por Ley, a finales de 1990, un nivel no contributivo de prestaciones económicas del sistema de la Seguridad Social en favor de aquellos ciudadanos que, encontrándose en situación de necesidad protegible por vejez o incapacidad, carecían de recursos económicos propios suficientes para su subsistencia. Con la Ley de Pensiones no Contributivas, se extendió el derecho a las pensiones de jubilación e incapacidad a todos los ciudadanos, aun cuando no hubieran cotizado nunca o no lo hubiesen hecho durante el tiempo suficiente para alcanzar prestaciones del nivel contributivo, lo que

³ CELADE, División de Población de la CEPAL. Base de datos de población.

⁴ United Nations, The Millenium Development Goals Report, 2009.

⁵ José Graciano da Silva, Sergio Gómez y Rodrigo Castañeda: "Boom agrícola y persistencia de la pobreza rural en América Latina". *Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros*, n.º 218, 2008.

⁶ CELADE, División de Población de la CEPAL, sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales de los censos de población de 2000 en base a la pregunta de autopertenencia.

⁷ Latin America and the Caribbean Regional Directors' Team of UN Agencies (LAC RDT). Update July 2008.

supuso, de hecho, la universalización de tales prestaciones. Las pensiones no contributivas, junto con la garantía de un importe mínimo para las pensiones contributivas, han sido un elemento sustancial para la erradicación de las situaciones de extrema pobreza en la ancianidad.

En varios países de la región latinoamericana (Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, Uruguay y, más recientemente, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala o México) se han introducido programas no contributivos de pensiones dirigidos a elevar la cobertura prestacional en la vejez. Aunque su alcance es, en general, limitado, estos programas han demostrado ser un buen instrumento para disminuir las desigualdades, para combatir la pobreza en la vejez y para dotar de mayor autonomía económica a los sectores más vulnerables de la población.

Destaca el caso chileno que con su reforma previsional de 2008 ha creado un Sistema de Pensiones Solidarias para beneficiar a aquellas personas que por diversas razones no tenían derecho a pensión y a quienes no lograron ahorrar lo suficiente para autofinanciarse una pensión digna. Este nuevo sistema es financiado con aportes del Estado y es complementario al esquema de ahorro individual para pensiones, regulado en el Decreto Ley 3.500 y administrado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP).

Diferentes estudios han puesto en evidencia las mejoras en la economía familiar y local que se producen como resultado del otorgamiento de pensiones no contributivas a los adultos mayores, ya que además de ayudar a cubrir sus necesidades básicas, les permiten destinar recursos para otros fines, como la educación, la compra de insumos agrícolas o pequeñas inversiones, todo lo cual favorece el empleo y el crecimiento del PIB⁽⁸⁾. Así, por ejemplo, ha podido constatarse que la reforma de pensiones implantada en Chile a mediados de 2008, con medidas como la pensión básica solidaria universal y el aporte estatal solidario para mejorar las pensiones, han colocado al país en una posición más ventajosa para enfrentar la crisis, además de incrementar la solidaridad en un sistema que era muy inequitativo y desigual⁽⁹⁾.

El desarrollo y extensión de sistemas de pensiones no contributivas, configuradas como derecho subjetivo para las personas mayores que no dispongan de fuentes de ingreso, unido al establecimiento de garantías de una cuantía mínima suficiente para las pensiones contributivas, serían pasos fundamentales para avanzar hacia condiciones más dignas y seguras en la vejez de las generaciones actuales y futuras. Junto a ello, debe superarse la actual segmentación de los sistemas de seguridad social en muchos de los países de la Comunidad Iberoamericana. La segmentación de la seguridad social tiende a generar ineficiencia y desigualdades. Los sistemas más integrados, por el contrario, tienen una mayor capacidad de ofrecer prestaciones de igual calidad a personas de distinto nivel de ingreso, género, etnia y ubicación geográfica. La integración ayuda, además, a abaratar los costos y a desarrollar una política integral.

⁸ Pascal Annicke (2006): *Trends in old-age pension programs between 1989 and 2003*. Socio-Economic Security Programme, ILO.

⁹ Mesa Lago, Carmelo (2009): *Efectos de la crisis global sobre la seguridad social de salud y pensiones en América Latina y el Caribe y recomendaciones de políticas*. Santiago de Chile, CEPAL. División de Desarrollo Social.



1.3. La atención de la salud

1.3.1 Salud y calidad de vida en la vejez

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.

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, relacionados con prevención, epidemiología, farmacología, tratamientos específicos relacionados con la edad, así como un diseño de sistemas de salud adaptados a la evolución demográfica.

Entre los indicadores de estado de salud, uno de los más utilizados es la *esperanza de vida*, indicador que suele complementarse con la *esperanza de vida en estado de buena salud*, que cualifica al anterior, pues no importa sólo el número de años que se alcanza a vivir, sino las condiciones de salud en que se viven esos años. En general, todos los países latinoamericanos han experimentado importantes incrementos de la esperanza de vida en los últimos años, y algunos de ellos, como Chile y Costa Rica, en los que la esperanza de vida de las mujeres se sitúa en torno a los 80 años, se acercan a los registros que alcanza este indicador en los países de mayor desarrollo relativo.

La Comunidad Iberoamericana sitúa su esperanza de vida promedio en 74,6 años siendo más alta para mujeres (77,53 años) con casi 6 años de diferencia respecto a los varones (71,76 años). Existe una diferencia aproximada de 15 años de vida entre el país con la cifra más alta (España) y el que tiene la más baja (Bolivia).

El alargamiento de la vida que se ha producido en las últimas décadas es una importante conquista, pero como ya se ha indicado, no basta con vivir más años, sino que es necesario que esos años ganados se vivan en condiciones de buena salud y con autonomía individual, familiar y social. De ahí la importancia que tiene utilizar indicadores como la esperanza de vida en condiciones de buena salud, que cualifica la información que aporta la esperanza de vida incorporando información sobre el nivel de morbilidad.

Los datos referidos a esperanza de vida saludable arrojan resultados similares a los de esperanza de vida, en términos comparativos. La esperanza de vida en condiciones de buena salud es más alta para mujeres (67,95 años) que para varones (64,27 años) en todos los países de la región, aunque las diferencias por género se reducen (poco más de 3 años de diferencia entre varones y mujeres). No ocurre así, sin embargo, con el desequilibrio entre países, que ronda un promedio de 15 años entre los más alejados (España y Bolivia).

**Esperanza de vida en la Comunidad Iberoamericana.
Año 2007**

País	Esperanza de vida (al nacer)		Esperanza de vida saludable (al nacer)	
	Varones	Mujeres	Varones	Mujeres
Argentina	72	79	64	69
Bolivia	65	68	57	59
Brasil	70	77	62	66
Chile	75	82	67	72
Colombia	72	79	64	69
Costa Rica	76	81	68	71
Cuba	76	79	68	71
Ecuador	70	76	63	66
España	78	84	71	76
El Salvador	68	76	58	63
Guatemala	65	72	58	62
Honduras	67	73	61	64
México	73	78	65	69
Nicaragua	71	77	63	66
Panamá	74	79	65	68
Paraguay	71	77	63	66
Perú	74	77	66	67
Portugal	76	83	69	73
Principado de Andorra	–	–	72	76
República Dominicana	71	74	62	64
Uruguay	72	79	64	70
Venezuela	71	78	64	68

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

1.3.2 Los retos en materia de salud de los adultos mayores

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 socio sanitaria y servicios médicos que atiendan las condiciones crónicas que acompañan la longevidad. Para garantizar una atención adecuada, es necesario readecuar los servicios de salud para atender las necesidades de una creciente población adulta mayor. 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. 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.



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

Aunque en todos los países el derecho universal a la atención de la salud está reconocido constitucionalmente, muchas veces este derecho a la salud no se puede concretar de manera efectiva, debido a la segmentación de los sistemas de salud y a la existencia, en casi todos los países, de bolsas de población, de mayor o menor tamaño, sin acceso a atención sanitaria.

La segmentación de la atención de salud genera desigualdades que erosionan la solidaridad social. En la mayoría de los países de la Comunidad Iberoamericana existen tres sectores de salud: el público de asistencia social, que cubre a los no asegurados (generalmente a cargo de los ministerios de salud), el del seguro social (que en algunos países está gestionado por varias entidades) y el privado (que envuelve múltiples formas con o sin fines de lucro). Por lo general, el seguro social cubre al estrato de ingreso medio con empleo formal que predomina en las zonas urbanas; el sector privado asegura o presta atención al estrato de altos ingresos, también urbano, y el sector público de asistencia social se encarga de la población no asegurada, pobre y de bajos ingresos, incluyendo a las poblaciones indígenas donde existen y a la población residente en las zonas rurales, pero usualmente carece de recursos suficientes para ello. En general el seguro social y el sector privado tienen más recursos financieros e instalaciones mejores que el sector público de asistencia social, que es el que en la mayoría de los países de la región debe atender al grueso de la población. Dentro del seguro social hay con frecuencia varios esquemas separados del sistema general que cubren a ciertos grupos (fuerzas armadas, funcionarios públicos, petroleros, etc.), con prestaciones y calidad de atención que suelen ser superiores y cuya financiación se complementa con subsidios fiscales.

Incluso en países donde existe formalmente un sistema único de salud, como es el caso de Brasil, éste está en la práctica muy segmentado y presenta notables diferencias territoriales en el acceso, recursos y calidad de los servicios. La autonomía de los estados y parte de los municipios genera diferencias en la cobertura, si bien amortiguadas por el paquete básico y un fondo de compensación. El Sistema único de salud de Brasil no cubre a las fuerzas armadas y policía, que tienen servicios propios, ni a los empleados públicos federales y estatales y de los grandes municipios que reciben asignaciones fiscales para comprar planes privados y, generalmente, tienen mejor acceso y calidad de servicios.

En la mayor parte de los países existe poca información sobre atención sanitaria de los adultos mayores, lo cual no tanto indica carencia de iniciativas, como escaso interés por registrar su despliegue o resultados. También ocurre que muchos países no distinguen de hecho las carteras de servicios sanitarios que se presentan a la población general de las que se dirigen a los adultos mayores, más allá de iniciativas preventivas, de sensibilización y/o información.

Ante la falta de datos específicos que permitan conocer de forma directa cuál es la situación de la atención de salud de los adultos mayores, se aportan a continuación algunos datos referidos a la dotación de infraestructuras, recursos humanos y gasto en salud general en los países de la Comunidad Iberoamericana. Esta información proporciona, aunque de manera aproximativa e indirecta, una idea del contexto en que se desarrolla la atención de la salud de las personas mayores en la región.

**Iberoamérica. Cobertura de salud (Algunos países).
(Algunos países)**

Países, fecha de referencia y fuente	Población cubierta	Población sin cobertura	Adultos mayores con cobertura de salud	Adultos mayores sin cobertura de salud
Argentina (2001) ⁽¹⁾	52%	48%	77%	23%
Bolivia (2009) ⁽²⁾	25%	75%	62%	38%
Chile (2009) ⁽³⁾	75%	25%	81%	19%
Colombia (2000) ⁽⁴⁾	55%	44%	ND	ND
Costa Rica (2000) ⁽⁵⁾	92,5%	7,5%	ND	ND
Ecuador (2006) ⁽⁶⁾	21%	79%	ND	ND
El Salvador (2005) ⁽⁷⁾	53,7%	46,3%	ND	ND
España (2006) ⁽⁸⁾	96,4%	3,6%	97,2%	2,8%
Guatemala (2004) ⁽⁹⁾	89,6%	10,4%	ND	ND
Honduras (2004) ⁽¹⁰⁾	30,1%	83,1%	ND	ND
México (2009) ⁽¹¹⁾	83%	17%	ND	ND
Nicaragua (2008) ⁽¹²⁾	79,7%	20,3%	ND	ND
Panamá (2007) ⁽¹³⁾	67%	33%	ND	ND
Paraguay (2005) ⁽¹⁴⁾	21,7%	78,3%	ND	ND
Perú (2008) ⁽¹⁵⁾	35%	65%	ND	ND
Portugal (2010) ⁽¹⁶⁾	100	–	100	–
Uruguay (2008) ⁽¹⁷⁾	100	–	100	–

Elaboración propia a partir de las siguientes fuentes:

1. INDEC, *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*.
2. Ministerio de Salud: *Anuario estadístico 2009*.
3. FONASA. *Boletín Estadístico 2007-2008*.
4. *Tasa de cobertura del seguro de salud contributivo a mediados de la década del 2000, tomado de Ribe, H., Robalino, D.A y Walker, I. (2010), From Right to Reality: Achieving Effective Social Protection for All in Latin America and the Caribbean, Banco Mundial, Washington, DC.*
5. *Tasa de cobertura del seguro de salud contributivo a mediados de la década del 2000, tomado de Ribe, H., Robalino, D.A y Walker, I. (2010), From Right to Reality: Achieving Effective Social Protection for All in Latin America and the Caribbean, Banco Mundial, Washington, DC.*
6. Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Encuesta de Condiciones de Vida Quinta Ronda 2005-2006 (OPS/OMS), Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. 2007.*
7. (OPS/OMS), *Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. 2007.*
8. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. *Encuesta Nacional de Salud. Año 2006.*
9. OPS/OMS. *Perfil del Sistema de Salud de Guatemala. 2007.*
10. Organización Panamericana de la Salud. *Nota de información sobre Honduras (Resumen), 2006.*
11. ING, CNPSS, *Secretaría de Salud.*
12. Organización Panamericana de la Salud (2008). *"Perfil de Sistemas de Salud en Nicaragua: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma.*
13. Organización Panamericana de la Salud. *Nota informativa sobre Panamá. 2007.*
14. DGEEC. *Encuesta Permanente de Hogares 2005.*
15. *Población asegurada por el SIS. OPS: Indicadores de recursos, acceso y cobertura, Perú, 2008.*
16. OMS. *European Health for All database (HFA-DB).*
17. *División Economía de la Salud - MSP.*



**Dotación de camas hospitalarias en Iberoamérica
(número de camas por cada diez mil habitantes)**

Países y año de referencia de los datos	Camas hospitalarias
Argentina (2000)	41
Bolivia (2008)	11
Brasil (2005)	24
Chile (2006)	23
Colombia (2006)	10
Costa Rica (2007)	13
Cuba (2008)	60
Ecuador (2008)	6
El Salvador (2008)*	8
España (2006)	34
Guatemala (2008)*	6
Honduras (2008)*	7
México (2007)	17
Nicaragua (2007)*	9
Panamá (2007)	22
Paraguay (2008)	13
Perú (2008)	15
Portugal (2006)	35
Principado de Andorra (2007)	32
República Dominicana (2007)	10
Uruguay (2007)*	29
Venezuela (2007)	13

**Datos referidos sólo al sector público*

Fuente: Naciones Unidas. Global Health Observatory (GHO)

**Profesionales de la salud
en Iberoamérica**

Países y año de referencia de los datos	Médicos por 10.000 habitantes	Enfermeras por 10.000 habitantes	Dentistas por 10.000 habitantes	Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes
Argentina (2004)	31.6	4.8	9.2	5.0
Bolivia (2001)	12.2	21.3	7.1	5.5
Brasil (2006)	16.9	29.1	11.5	5.5
Chile (2003)	10.9	6.3	4.3	ND
Colombia (2002)	13.5	5.5	7.8	ND
Costa Rica (2000)	13.2	9.3	4.8	5.3
Cuba (2007)	64.0	86.4	17.8	6.2
Ecuador (2000)	14.8	16.6	1.7	ND
El Salvador (2002)	12.4	8.0	5.4	ND
España (2007)	37.6	ND	5.6	ND
Guatemala (1999)	9	41	2	ND
Honduras (2000)	5.7	13.2	2.1	1.4
México (2004)	28.9	39.8	14.2	7.6
Nicaragua (2003)	3.7	10.7	< 0.5	ND
Panamá (2000)	15	27.7	7.6	8.6
Paraguay (2002)	11.1	17.9	5.5	3.3
Perú (1999)	12.0	7.0	1.0	
Portugal (2005)	34.4	ND	5.9	9.8
Principado de Andorra (2007)	37.2	41.8	7.0	10.9
República Dominicana (2000)	18.8	18.4	8.4	4
Uruguay (2002)	36.5	8.5	11.6	ND
Venezuela (2001)	19.4	11.3	5.5	ND

Fuente: Naciones Unidas. Global Health Observatory (GHO)



Composición del gasto sanitario en Iberoamérica. 2008

País	Gasto sanitario total como porcentaje del PIB	Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud
Argentina	9.6	49.8	50.2	14.3	0.1	59.0	38.4	56.4
Bolivia	5.2	63.5	36.5	9.9	0.0	59.9	82.8	12.4
Brasil	8.4	44.0	56.0	6.0	0.0	0.0	57.1	41.2
Chile	6.9	59.4	40.6	19.8	0.1	16.8	53.2	46.8
Colombia	5.9	83.9	16.1	18.8	0.1	70.1	48.7	51.3
Costa Rica	8.2	76.9	23.1	26.2	0.1	85.7	84.6	9.0
Cuba	11.9	96.2	3.8	15.5	0.2	0.0	91.2	0.0
Ecuador	5.9	39.5	60.5	7.4	1.0	42.8	78.0	4.8
El Salvador	6.0	58.0	42.0	13.3	1.9	48.1	89.3	10.7
España	8.7	72.8	27.2	15.6	0.0	7.0	74.6	20.8
Guatemala	7.3	28.0	72.0	14.1	1.6	37.2	93.0	4.3
Honduras	5.7	61.4	38.6	15.1	11.3	27.8	96.5	3.5
México	5.9	46.7	53.3	15.0	0.0	55.2	93.0	7.0
Nicaragua	8.5	54.8	45.2	16.3	9.1	25.5	93.0	1.6
Panamá	7.2	69.3	30.7	13.5	0.2	44.4	83.5	16.5
Paraguay	6.3	37.7	62.3	11.9	1.5	37.5	87.1	11.5
Perú	4.5	59.4	40.6	15.6	0.8	42.8	75.4	20.8
Portugal	10.1	70.2	29.8	15.4	0.0	1.2	77.5	13.8
Principado de Andorra	7.5	69.9	30.1	21.3	0.0	88.0	74.8	23.1
República Dominicana	5.5	33.9	66.1	9.2	1.1	22.8	65.3	21.9
Uruguay	9.9	72.4	27.6	20.1	0.0	38.1	33.4	22.9
Venezuela	5.2	44.9	55.1	8.7	0.0	31.4	89.5	3.3

Fuente: Naciones Unidas. Global Health Observatory (GHO)

**Gasto sanitario per cápita en Iberoamérica.
2008**

País	Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio medio (US\$)	Gasto Público per cápita en salud en dólares internacionales
Argentina	801	1.385	399	690
Bolivia	90	224	57	142
Brasil	722	904	318	398
Chile	697	997	414	593
Colombia	317	518	266	435
Costa Rica	549	936	422	720
Cuba	667	1.132	642	1.089
Ecuador	231	474	91	187
El Salvador	217	410	126	238
España	3.087	2.791	2.249	2.033
Guatemala	207	346	58	97
Honduras	112	227	69	139
México	602	890	281	415
Nicaragua	105	242	57	133
Panamá	493	907	342	628
Paraguay	162	297	61	112
Perú	201	385	119	229
Portugal	2.319	2.334	1.629	1.639
Principado de Andorra	3.331	3.191	2.327	2.230
República Dominicana	251	446	85	151
Uruguay	954	1.258	691	911
Venezuela	599	681	269	306

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 y, en consecuencia, su calidad de vida, pueden verse afectadas.

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 numerosas, es preciso decidir por dónde comenzar y cuáles son las medidas de menor coste 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.

1.4. Servicios Sociales

1.4.1 La conexión de servicios sociales con las prestaciones de protección social

Los servicios sociales son una rama fundamental de la protección social y constituyen un instrumento privilegiado para luchar contra la desigualdad y para promover la inclusión social en todas las etapas de la vida y, especialmente, en la vejez. Son servicios prestados directamente a las personas que ejercen una función de prevención y de cohesión social, y aportan una ayuda personalizada para facilitar la inclusión de las personas en la sociedad y garantizar la realización de sus derechos fundamentales. Dentro del concepto de servicios sociales se incluyen las actividades destinadas a garantizar la inclusión de las personas con necesidades a largo plazo debidas a una discapacidad, al envejecimiento o a un problema de salud, la ayuda a las personas para afrontar retos inmediatos de la vida o crisis (endeudamiento, desempleo, toxicomanía o ruptura familiar y las actuaciones que completan y sostienen el papel de las familias en los cuidados destinados especialmente a los más jóvenes y a los mayores.

En Europa, los servicios sociales constituyen un sector en plena expansión, tanto en materia de crecimiento económico como de creación de empleo, y también son objeto de un importante esfuerzo a favor de la calidad y la eficacia y de procesos de modernización para afrontar mejor las tensiones entre universalidad, calidad y viabilidad financiera⁽¹⁰⁾.

El debate sobre los servicios sociales está cada vez más presente en la agenda política y social, y ello responde a la encrucijada en la que se encuentran los sistemas de protección social. Dichos sistemas fueron construidos partiendo del supuesto de que un conjunto de redes familiares y comunitarias estables y tupidas (y, dentro de estas redes, asumiendo el papel y la carga de mantenerlas, fundamentalmente las mujeres) se ocuparían de brindar un amplio abanico de apoyos a aquellas personas que, de forma transitoria o permanente, se encontrarán en situaciones de vulnerabilidad, riesgo, desprotección, dependencia, exclusión o desamparo. Sin embargo, este panorama se está modificando radicalmente debido a la emergencia de nuevos riesgos y procesos sociales que están incrementando los desajustes entre los sistemas de protección social y la realidad social a la que deben dar respuesta. Uno de esos riesgos es el que se deriva de las situaciones de dependencia, que afectan principalmente a los mayores (más de la mitad de las personas que han solicitado el reconocimiento de la condición de dependencia en España, donde se ha puesto recientemente en vigor una Ley que garantiza el derecho a la atención social de las personas dependientes, tienen más de 80 años⁽¹¹⁾, y la necesidad de cuidados de larga duración que de ellas se deriva. 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 la Comunidad Iberoamericana.

Actualmente, el cuidado de las personas mayores dependientes lo realizan en gran medida sus familiares. La modificación de las estructuras familiares, el incremento en la tasa de actividad de las mujeres y la creciente movilidad geográfica reducirán la disponibilidad de esta asistencia de carácter informal, e incrementarán la demanda de servicios sociales para personas dependientes.

¹⁰ Comisión de las Comunidades Europeas (2006). Comunicación de la Comisión: Aplicación del programa comunitario de Lisboa. Los servicios sociales de interés general en la Unión Europea. COM(2006) 177 final.

¹¹ Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 1 de julio de 2009.



En ese contexto, los servicios sociales están estratégicamente colocados para servir como pivote entre el sistema formal de protección social y las redes familiares y comunitarias de apoyo y son una pieza clave para responder al reto de la dependencia y a otros riesgos sociales que afectan de forma importante a la calidad de vida de las personas mayores y del conjunto de la población, al bienestar social y, en definitiva, a la cohesión y sostenibilidad de nuestras sociedades.

La experiencia muestra que el desarrollo de los servicios sociales se ha visto potenciado por la amplia cobertura prestacional lograda con la universalización de las pensiones de jubilación e incapacidad y con la universalización de la protección social en salud. El sistema de financiación establecido, cuando prevé una participación importante de los usuarios con capacidad económica suficiente en el coste de los servicios sociales con alojamiento, y que es un elemento esencial para la sostenibilidad financiera de los servicios sociales en general y de los servicios de atención a la dependencia en particular, no habría sido viable sin un sistema de prestaciones económicas prácticamente universal, que garantiza a todos los ciudadanos un ingreso básico, y sin un sistema nacional de salud que proporciona asistencia sanitaria gratuita a todos los ciudadanos y que, en el caso de los mayores, facilita asimismo gratuitamente los medicamentos.

El desarrollo de los servicios sociales para las personas mayores contribuye también a rebajar la presión que la creciente necesidad de cuidados de larga duración ejerce sobre el sistema de salud, mejorando la eficiencia global del sistema de protección social. Cuando no existen servicios sociales adecuados, muchas personas mayores que han ingresado en un hospital por una crisis aguda de salud o por una intervención programada, permanecen hospitalizadas durante un tiempo mayor del estrictamente necesario porque no puede garantizarse que, de vuelta a su entorno habitual, reciban los cuidados necesarios en su convalecencia, cuidados que en su mayor parte tienen un componente más importante de atención social que de atención sanitaria. Sin embargo, una cama en un establecimiento hospitalario es, en promedio, hasta cinco veces más costosa de mantener que una plaza en una residencia de mayores.

Los servicios sociales, por tanto, complementan y potencian los efectos redistributivos e integradores de las prestaciones económicas y de la atención sanitaria, mejorando la calidad de vida y los niveles de participación social de los estratos más vulnerables de la población.

1.4.2 Los servicios sociales dirigidos a los adultos mayores en los países iberoamericanos

En la Comunidad Iberoamericana los servicios sociales dirigidos a los adultos mayores mantienen un perfil diferente en los distintos países. Esto se explica, entre otros factores, por el distinto grado de envejecimiento alcanzado en cada sociedad.

Buena parte de las actuaciones de los servicios sociales se dirigen a la defensa de los derechos de los adultos mayores, entendida como la promoción de una imagen positiva de la vejez y la prevención de los malos tratos en la vejez, entre otras cuestiones. También se observa el desarrollo de dispositivos de atención a aquellos adultos mayores que se encuentran en situaciones de especial vulnerabilidad.

En la siguiente tabla se han recogido algunos de los programas destacados en el ámbito de los servicios sociales para mayores en los países de la Comunidad Iberoamericana. Los datos de estos y otros programas, su trayectoria y alcance, las instituciones responsables y el ámbito de actuación de los mismos se reflejan con mayor detalle en los capítulos correspondientes de este informe.

Comunidad Iberoamericana. Programas destacados en el ámbito de los servicios sociales dirigidos a la atención de los adultos mayores (I: servicios residenciales, servicios comunitarios, promoción del envejecimiento activo y atención a adultos mayores en situación de vulnerabilidad)

País	Servicios Residenciales	Servicios Comunitarios (Teleasistencia, ayuda a domicilio, comedores, albergues, etc.)	Envejecimiento Activo	Programas de atención a adultos mayores en situación vulnerable
Argentina	Red de Centros de Día y Residencias de Cuidados de Largo Plazo (Ministerio de Desarrollo Social). Programa de atención progresiva del adulto mayor (PAMI) ⁽¹⁾ .	Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios.	Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores. Programa de promoción y prevención sociocomunitaria "Prevenir para seguir creciendo" (PAMI).	-
Bolivia	-	Albergues y comedores para los adultos mayores.	-	-
Brasil	Servicios de Alta complejidad (Residencias, Casa-Hogar, Instituciones de larga estancia.	Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS). Servicios sociosanitarios de asistencia de media complejidad (Centro de Día y Atención Domiciliaria).	Programa "Clubes de la Mejor Edad". Programa "Deporte y Ocio en la Cuidad". Programa de Alfabetización para mujeres adultas y mayores.	-
Chile	-	SERVIU (Programa anual de vivienda). Programa Vínculos. Uniones Comunales, Clubes y Asociaciones de personas mayores.	Programas nacionales de desarrollo personal y cognitivo (IPS). Programas de participación e integración (IPS). Fondo Nacional del Adulto Mayor. Programa de Turismo Social.	-
Colombia	Servicios de larga estancia.	Servicios de corta estancia.	Programa "Nuevo Comienzo".	Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM). Programa Nacional de alimentación al adulto mayor "Juan Luís Londoño". Programa "Juntos".

¹ Instituto Nacional de Servicios Sociales para jubilados y pensionados.



Comunidad Iberoamericana. Programas destacados en el ámbito de los servicios sociales dirigidos a la atención de los adultos mayores (I: servicios residenciales, servicios comunitarios, promoción del envejecimiento activo y atención a adultos mayores en situación de vulnerabilidad)

País	Servicios Residenciales	Servicios Comunitarios (Teleasistencia, ayuda a domicilio, comedores, albergues, etc.)	Envejecimiento Activo	Programas de atención a adultos mayores en situación vulnerable
Costa Rica	Albergues. Hogares.	Clubes de Personas Mayores. Centros de Atención Diurna. Programa de Voluntariado de personas mayores.	Programa "Ciudadano de Oro". Programa Desarrollo de la Población Adulta.	Programa "Construyendo Lazos de Solidaridad". Bono de Vivienda.
Cuba	-	"Hogares de Día o Casas de Abuelos". Servicios de alimentación, limpieza del hogar y lavado de ropa, cuidados en el domicilio y teleasistencia.	Programa de Asistencia cultural y recreativa de los adultos mayores. Círculos de abuelos (agrupaciones de adultos mayores de base comunitaria que desarrollan actividades, deportivas, culturales, recreativas, de promoción y prevención que tiendan a un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria).	Atención Gerontológica mediante Equipos Multidisciplinarios. Servicio de Respiro a Cuidadores.
Ecuador	Atención residencial.	Centros Culturales y Clubes de Mayores. Servicios de cuidados domiciliarios.	Programas de servicios sociales para la Tercera Edad. Programas socio-ocupacionales	Atención geriátrica-gerontológica especial a los ancianos indigentes o solos.
El Salvador	Atención Residencial.	Programa de Ayuda individual a domicilio.	Programa de Atención al Autocuidado. Programa de Esparcimiento Social y Educativo. Programa de Preparación para la Jubilación	"Nuestros mayores derechos".

Comunidad Iberoamericana. Programas destacados en el ámbito de los servicios sociales dirigidos a la atención de los adultos mayores (I: servicios residenciales, servicios comunitarios, promoción del envejecimiento activo y atención a adultos mayores en situación de vulnerabilidad)

País	Servicios Residenciales	Servicios Comunitarios (Teleasistencia, ayuda a domicilio, comedores, albergues, etc.)	Envejecimiento Activo	Programas de atención a adultos mayores en situación vulnerable
España	<p>Servicios, públicos y privados, de atención residencial: centros residenciales, viviendas tuteladas, acogimiento familiar y apartamentos residenciales.</p> <p>Centros de Referencia Estatal.</p>	<p>Servicios públicos de atención a domicilio: ayuda a domicilio (SAD), teleasistencia y otros servicios de atención a domicilio.</p> <p>Servicios, públicos y privados, de atención diurna: hogares y clubes para personas mayores y centros de día para personas mayores dependientes.</p>	<p>Programa de Vacaciones para Mayores.</p> <p>Programa de Termalismo Social.</p>	<p>Programa "Cerca de Ti".</p> <p>Ser Cuidador Proyecto ENclaveRural.</p>
Guatemala	Atención Residencial.	-	<p>Turismo para Todos.</p> <p>Programas de recreación para adultos mayores.</p>	-
Honduras	Atención residencial a adultos mayores.	Atención domiciliaria.	<p>Programa de Creación de Microempresas dirigido por personas mayores.</p> <p>Programas Recreativos</p>	-
México	Atención Residencial.	<p>Clubes de la Tercera Edad.</p> <p>Atención domiciliaria.</p> <p>Residencias Diurnas.</p>	<p>Centros Culturales.</p> <p>Centros de Atención Integral.</p>	<p>Programa de Atención a Adultos mayores en Zonas Rurales.</p> <p>Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social.</p>
Nicaragua	Atención residencial.	Atención directa, asistencial y ayuda domiciliar	<p>Casas Xilomen.</p> <p>Casas Club del Adulto Mayor</p>	-
Panamá	Atención residencial.	-	-	<p>Programa "Red de Oportunidades".</p> <p>Centro de Orientación y Atención Integral.</p>



Comunidad Iberoamericana. Programas destacados en el ámbito de los servicios sociales dirigidos a la atención de los adultos mayores (I: servicios residenciales, servicios comunitarios, promoción del envejecimiento activo y atención a adultos mayores en situación de vulnerabilidad)

País	Servicios Residenciales	Servicios Comunitarios (Teleasistencia, ayuda a domicilio, comedores, albergues, etc.)	Envejecimiento Activo	Programas de atención a adultos mayores en situación vulnerable
Paraguay	Atención residencial.	Atención domiciliaria.	Club de Adultos Mayores.	Programa ÑOPYTYVÔ. Programa TEKOHÁ.
Perú	Centros de Atención Residencial.	–	Creación de los CIAMs (Centros Integrales de Atención a la Persona Adulta Mayor).	–
Portugal	Programa de Atención Residencial. Unidades de vida apoyada y de vida protegida.	Servicio de ayuda domiciliaria (atención directa y asistencial). Servicio de Teleasistencia. Centros de Apoyo a Dependientes (CAD). Centros Pluridisciplinarios de Recursos. Programa de Apoyo a familiares y cuidadores de los adultos mayores.	Pases Tercera Edad. Programa de Termalismo Senior. Centros de Convivencia.	Programa de Atención/Acompañamiento Social,
Principado de Andorra	Servicio de Atención Residencial.	Servicios de Atención Domiciliaria.	Programas de Ocio Activo. Programas de Turismo de Salud.	–
República Dominicana	Programa de estancias permanentes o asilo de ancianos. Ciudades de Retiro. Microcentros Geriátricos "Mi familia".	Hogares de Día. Programa de Visitas Domiciliarias. Centro de Servicios de Capacitación y Recreación (SECARE). Hogar de Tránsito, Recuperación y Rehabilitación (HOTRARE).	Clubes de Envejecimiento Programa. Sembrando para Vivir. Programa Recreativo, Deportivo, Cultural Abuelos y Abuelas de vuelta al parque.	Programa Provee

Comunidad Iberoamericana. Programas destacados en el ámbito de los servicios sociales dirigidos a la atención de los adultos mayores (I: servicios residenciales, servicios comunitarios, promoción del envejecimiento activo y atención a adultos mayores en situación de vulnerabilidad)

País	Servicios Residenciales	Servicios Comunitarios (Teleasistencia, ayuda a domicilio, comedores, albergues, etc.)	Envejecimiento Activo	Programas de atención a adultos mayores en situación vulnerable
Uruguay	Hogares de Ancianos.	Centros Diurnos. Albergues Nocturnos y Centros de Estadía Transitoria. Servicio de asistencia domiciliaria. Servicio de Teleasistencia.	Clubes de adultos mayores. Programa de Vacaciones Sociales. Pasaportes dorados. Beneficios de transporte urbano.	Programa de Viviendas y otras soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas con ingresos escasos.
Venezuela	Programa de Atención Residencial.	Programa de Atención Ambulatoria.	Programa de Gerogranjas.	Programa de Vivienda destinado a solucionar los casos de desalojos de los adultos mayores de sus viviendas.



Comunidad Iberoamericana. Programas destacados en el ámbito de los servicios sociales dirigidos a la atención de los adultos mayores (II. Formación, promoción y defensa de los derechos, programas intergeneracionales y programas de accesibilidad urbana y de los hogares)

País	Programas de Formación	Promoción y Defensa de los Derechos de los Adultos Mayores	Programas intergeneracionales	Programas de accesibilidad urbana y de los hogares
Argentina	Programa de Formación dirigido a responsables y equipos técnicos de Residencias y Centros de Día.	Prevención de la Discriminación, Abuso y Maltrato Familiar.	"La Experiencia Cuenta".	–
Bolivia	Talleres de Capacitación para ejercer el Control Social sobre el Trato Preferente a Adultos Mayores.	Programa de Atención, Prevención y Protección a las Personas Adultas Mayores.	–	–
Brasil	Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores.	Red de Protección y Defensa de la Persona Mayor. Servicio "Disque-denuncia" (denuncia en línea).	–	Programa "Brasil Accesible".
Chile	Programa de servicio de cuidado y respiro al cuidador/a.	Fondo Nacional del Adulto Mayor. Campaña por el Buen Trato al Adulto Mayor. Programa de Intervenciones Innovadoras para adultos mayores (PIIAM). Fono Atención del SENAMA.	Programa de Voluntariado de Adultos Mayores. Programa "Asesores Seniors".	–
Colombia	Programas de capacitación de los cuidadores de adultos mayores.	Programa de prevención de la violencia.	–	–
Costa Rica	–	Programa "Envejeciendo con Calidad de Vida". Programa de Atención Jurídica directa. Programas de Participación social y política de los adultos mayores.	–	–
Cuba	Universidad del Adulto Mayor.	–	–	Programa de Ayudas a la Rehabilitación de Viviendas de adultos mayores.

Comunidad Iberoamericana. Programas destacados en el ámbito de los servicios sociales dirigidos a la atención de los adultos mayores (II. Formación, promoción y defensa de los derechos, programas intergeneracionales y programas de accesibilidad urbana y de los hogares)

País	Programas de Formación	Promoción y Defensa de los Derechos de los Adultos Mayores	Programas intergeneracionales	Programas de accesibilidad urbana y de los hogares
Ecuador	–	Programa de promoción de políticas de protección integral para los derechos humanos de los adultos mayores, del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).	–	–
El Salvador	Programa de Capacitación de Voluntarios Pensionados	–	–	–
España	Plan Anual de Formación Especializada en Servicios Sociales (IMSERSO).	Jornadas sobre la prevención e intervención de malos tratos en personas mayores. (IMSERSO).	Red de Relaciones Intergeneracionales	Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT)
Guatemala	Programa de Capacitación de la profesión de cuidado del adulto mayor en Universidades.	Abuelos para siempre.	–	Programas (públicos o privados) de vivienda adaptada.
Honduras	Programas de capacitación "Carrera del hogar" en coordinación con la Universidad Pedagógica.	–	–	–
México	Programas de formación y apoyo para los cuidadores.	Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (CONAPRED).	Programa "Vivir en familia para una vida mejor" (del INAPAM).	–
Nicaragua	–	Programa Amor	–	–
Panamá	Proyecto de Alfabetización "Muévete por Panamá"	–	–	–
Paraguay	–	Programa "Rompiendo barreras que impiden a los adultos mayores salir de la oscuridad".	Programas Intergeneracionales.	–



Comunidad Iberoamericana. Programas destacados en el ámbito de los servicios sociales dirigidos a la atención de los adultos mayores (II. Formación, promoción y defensa de los derechos, programas intergeneracionales y programas de accesibilidad urbana y de los hogares)

País	Programas de Formación	Promoción y Defensa de los Derechos de los Adultos Mayores	Programas intergeneracionales	Programas de accesibilidad urbana y de los hogares
Perú	–	Programas de promoción del Buen Trato y Defensa de los Derechos de las personas adultas mayores. Programas de promoción de una imagen positiva de la Vejez y el Envejecimiento.	–	–
Portugal	Formación de Recursos Humanos en temas de Geriatría y Gerontología.	–	–	–
Principado de Andorra	–	–	–	–
República Dominicana	Programa de Residencia Médica Geriátrica (especialización de médicos en geriatría).	–	–	–
Uruguay	Programas de formación-investigación en Gerontología y Geriatría. Programas de formación y apoyo para los cuidadores formales e informales	Comisión de Maltrato de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatría (SUGG).	–	–
Venezuela	Actuaciones educativas dirigidas a los adultos mayores a través de la Universidad de la Tercera Edad y de la Misión Robinson. Programas de Formación a profesionales en materia de Geriatría y Gerontología	Programa de atención jurídica	–	–



02

Argentina

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



2.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos ofrecidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 el número de residentes en Argentina alcanza las 40.737.988 personas. La población de 65 años y más asciende a 4.293.517 personas, lo que supone el 10,5% de la población total. Las mujeres de 65 años y más representan el 60% de la población adulta mayor del país. El peso de la población femenina mayor aumenta según aumenta la edad. Así en el grupo de 85 años y más las mujeres representan el 73% mientras que los varones de esta edad sólo alcanzan el 27%.

Argentina. Población total, población de 65 años de edad según sexo.
Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	19.922.852	20.815.136	40.737.988
65 - 69	602.839	726.419	1.329.258
70 - 74	457.014	614.434	1.071.448
75 - 79	331.352	513.759	845.111
80 - 84	207.021	382.976	589.997
85 y más	125.485	332.218	457.703
Total 65 años y más	1.723.711	2.569.806	4.293.517
Proporción sobre la población total %	8,7%	12,3%	10,5%

CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

Este perfil femenino de los adultos mayores se entiende al observar la variable “esperanza de vida”. Para el quinquenio 2010-2015 la esperanza de vida al nacer se sitúa en 76,2 años⁽¹²⁾. Al diferenciar por sexo, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es en promedio 7 años más alta que la de los varones. Según se puede observar en la siguiente tabla, esta diferencia entre mujeres y varones se mantiene al considerar la esperanza de vida a los 65 años y a los 80 años.

Argentina. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.
Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	72,5	80
Esperanza de vida a los 65 años	15,21	19,74
Esperanza de vida a los 80 años	7,12	9,27

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

El volumen y peso de los mayores dentro de la población total en Argentina ha venido creciendo. Las proyecciones de población del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001 del INDEC apuntan que para el año 2015 el número de adultos mayores alcanzará las 4.634.202 personas, lo que supone el 11% de la población total. 25 años atrás, en 1985 el porcentaje de adultos mayores se situaba en el 8,5%.

¹² CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010

Otros indicadores que dibujan el perfil de los mayores en Argentina se ilustran en la siguiente tabla:

Argentina.	
Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	42
Índice de masculinidad	149
Índices de dependencia	16
Edad media de la población (2009)*	30,2

Fuente: CELADE. *Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.*

*Naciones Unidas, *World Population Ageing 2009.*

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años* 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años* 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad* 100.

2.2 Sistema de Pensiones

2.2.1 Descripción

Argentina cuenta desde el 1º de enero de 2009 con el Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) creado por la Ley 26.425, de 4 de diciembre de 2008, que se financia a través de un sistema solidario de reparto y es administrado por la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

Este sistema unifica el régimen público de reparto (RPR) y el régimen basado en la capitalización de cuentas individuales (RCI), que formaban el Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (SIJP) creado por la Ley N° 24.241, de 13 de octubre de 1993, y reune todos los recursos en el Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Régimen Previsional Público de Reparto (FGS) que supervisa la ANSES, quien es a su vez vigilada por una Comisión Bicameral creada en el ámbito del Congreso de la Nación. En consecuencia, extingue el antiguo régimen de capitalización que era gestionado por las Administradoras de Fondos de Jubilación y Pensiones (AFJP).

Las prestaciones otorgadas por el SIPA dirigidas a los adultos mayores son las siguientes:

a) Jubilaciones

Las jubilaciones son los beneficios que obtienen los afiliados al cumplir con los requisitos de edad y años de servicios. Dentro de las jubilaciones están incluidos los retiros por invalidez.

- **Jubilación ordinaria o por vejez.** Para acceder a la jubilación ordinaria es necesario reunir 30 años de servicios con aportes computables en uno o más regímenes comprendidos en el sistema de reciprocidad jubilatoria. La edad mínima requerida para acceder a la prestación, tanto para trabajadores en relación de dependencia como para trabajadores autónomos, es de 60 años para las mujeres y 65 para los hombres. Las personas que en el momento de acceder a la prestación excedan la edad mínima, puede compensar un año de servicios por cada dos años de edad excedentes.

Las prestaciones que componen la jubilación son la Prestación Básica Universal (PBU), la Prestación Compensatoria (PC) y la Prestación Adicional por Permanencia (PAP).



- **La Prestación Básica Universal** tiene como finalidad brindar una prestación uniforme a quienes hayan alcanzado la edad y hayan efectuado aportes en toda o gran parte de su vida activa, con independencia de las remuneraciones o rentas percibidas. Para recibir la Prestación Básica Universal (PBU) es necesario contar con 60 años en el caso de las mujeres y con 65 en el caso de los hombres, además de treinta años de servicios con aportes computables.

La ley establece que el importe de la PBU es equivalente a dos veces y media (2,5) el Módulo Previsional (MOPRE). El cálculo del MOPRE se efectúa una vez al año según Decreto 833/97 y su valor a junio de 2009 está establecido en 80 pesos. Para los afiliados que acrediten más de 30 años de servicio con aportes, el haber se incrementará en un 1% por cada año que exceda los 30 y hasta el límite de 45 años con aportes.

- **La Prestación Compensatoria** tiene como finalidad compensar los aportes efectuados en el anterior Sistema hasta el 30/06/94. Reciben la Prestación Compensatoria (PC) quienes, además de reunir los requisitos de la PBU, acrediten servicios con aportes al anterior régimen previsional, y no perciban retiro por invalidez, cualquiera fuera el régimen otorgante.

Para los trabajadores en relación de dependencia, el haber de la Prestación Compensatoria será equivalente al 1,5% por cada año de servicios con aportes, o fracción mayor de seis meses, hasta un máximo de treinta y cinco años, calculado sobre el promedio de las remuneraciones sujetas a aportes y contribuciones, actualizadas y percibidas durante el período de ciento veinte meses inmediatamente anteriores al cese en el servicio, a la extinción del contrato laboral o a la solicitud de beneficio, lo que ocurra primero.

Para los trabajadores autónomos, el haber de la Prestación Compensatoria será equivalente al 1,5 % por cada año de servicio con aporte, o fracción mayor de seis meses, hasta un máximo de treinta y cinco años, calculado sobre el promedio mensual de los montos actualizados de las categorías en que revistió el afiliado, teniendo en cuenta el tiempo con aportes computado en cada una de ellas.

El caso de que se computen sucesiva o simultáneamente servicios con aportes en relación de dependencia y autónomos, el haber de la prestación se establecerá sumando el que resulte para los servicios en relación de dependencia y el correspondiente a los servicios autónomos. Si el período computado excediera de treinta y cinco años, se considerarán los treinta y cinco años más favorables.

Para determinar el haber de esta prestación se toman en cuenta solo los servicios con aportes efectuados hasta el 30-06-94.

Existe un tope o haber máximo de la prestación compensatoria, que según la Ley vigente será equivalente a una vez el MOPRE por cada año de servicio con aportes computados.

- **La Prestación Adicional por Permanencia** se otorgaba originalmente a los afiliados que hubieran hecho aportes al Régimen Previsional Público y que cumplieran con los requisitos de edad y años de servicios establecidos para la Prestación Básica Universal. A partir de la entrada en vigencia de la Ley N° 26.425 todos los aportes destinados al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (actual SIPA) son reconocidos a los efectos del cálculo de la PAP. La Prestación Adicional por Permanencia se otorga a los afiliados que continúen haciendo aportes al Régimen de Reparto o Previsional Público, y que cumplan con los requisitos establecidos para la Prestación Básica Universal. Esta prestación se adiciona a la Prestación Básica Universal y a la Prestación Compensatoria.

El haber de la Prestación Adicional por Permanencia se determina computando el 1,5 % por cada año de servicios con aportes o fracción mayor de seis (6) meses realizados al SIJP desde el 1-7-94, en igual forma y metodología que la establecida para la Prestación Compensatoria.

- **Prestación por edad avanzada.** La finalidad de esta prestación es brindar cobertura a aquellos afiliados de 70 o más años, cualquiera que sea su sexo, que tengan imposibilidad de acreditar los años de servicios exigidos para obtener una Jubilación. El goce de la Prestación por Edad Avanzada es incompatible con la percepción de toda jubilación, pensión o retiro civil o militar, nacional, provincial o municipal. No obstante, es factible percibir dicha prestación siempre que se renuncie a las otras prestaciones.

Para acceder a esta prestación es necesario reunir diez años de servicios con aportes ya sea bajo relación de dependencia o como autónomo, o entre ambos regímenes. De los diez años de aportes por lo menos cinco deben haber sido trabajados durante los últimos ocho años anteriores al cese de la actividad. Los trabajadores autónomos deberán acreditar, además, una antigüedad en la afiliación no inferior a los cinco años.

- **Jubilación por edad avanzada por invalidez.** Esta prestación se otorga a los afiliados de 65 o más años de edad que se encuentren incapacitados para el trabajo y que además acrediten la condición de aportante regular o irregular con derecho. Requiere tener una incapacidad física o intelectual total del 66% o más.

El goce de la Prestación por Edad Avanzada por invalidez es incompatible con la percepción de toda jubilación, pensión o retiro civil o militar, nacional, provincial o municipal. No obstante, es factible percibir dicha prestación siempre que se renuncie a las otras prestaciones.

- **Jubilación por edad avanzada para Trabajadores Rurales.** Esta prestación se otorga a los afiliados que hubieran prestado servicios en el ámbito rural, bajo la dependencia temporaria o permanente de productores, contratistas o sub-contratistas dedicados a actividades agropecuarias y en tareas relacionadas con la cosecha o la ganadería. Debe cumplir con los requisitos de 67 años de edad y acreditar 10 años de servicios como mínimo en el trabajo rural bajo relación de dependencia.

El goce de esta prestación es incompatible con la percepción de toda jubilación, pensión o retiro civil o militar nacional, provincial o municipal. No obstante, es factible percibir dicha prestación siempre y cuando renuncie a las otras prestaciones.

- **Retiro por invalidez.** Es una prestación que se abona a todo afiliado al SIPA, cualquiera fuere su edad o antigüedad en el servicio, que se incapacite física o intelectualmente en forma total para el desempeño de cualquier actividad compatible con sus aptitudes profesionales y que además cumpla con la condición de aportante regular o irregular con derecho. Para acceder a esta prestación es necesario tener hasta 65 años de edad cualquiera fuera el sexo; tener una incapacidad física o intelectual total del 66% o más; no haber alcanzado la edad establecida para acceder a la jubilación ordinaria y no estar percibiendo la jubilación en forma anticipada. El goce de esta prestación es incompatible con el desempeño de cualquier actividad en relación de dependencia.

El extinguido régimen de capitalización contemplaba las siguientes modalidades de prestaciones:

- **Renta vitalicia previsional.** Es aquella modalidad por la cual un afiliado contrata con una Compañía de Seguros de Retiro una prestación desde el momento de la suscripción y hasta su fallecimiento.



- Retiro programado. El afiliado conviene con la AFJP la cantidad de fondos a ser retirada mensualmente de su cuenta de capitalización individual, que se establece en un importe máximo constante durante el año.
- Retiro fraccionado. Cuando el afiliado, conforme el saldo de su cuenta de capitalización individual, solo pueda percibir un retiro programado inferior al 50% de la máxima PBU, puede efectuar retiros mensuales equivalentes a dicha suma hasta agotar el saldo de la cuenta de capitalización individual.

Compatibilidad de las prestaciones de jubilación con el trabajo: De acuerdo con el artículo 34 de la Ley 24.241, los beneficiarios de prestaciones del Régimen Previsional Público podrán reingresar a la actividad remunerada tanto en relación de dependencia como en carácter de autónomos. El reingresado tiene la obligación de efectuar los aportes que en cada caso correspondan, que serán destinados al Fondo Nacional de Empleo. Los nuevos aportes no darán derecho a reajustes o mejoras en las prestaciones originarias.

b) Pensiones

Las pensiones son los beneficios otorgados a los derechohabientes de un jubilado o de un afiliado en actividad, en caso de su muerte.

- **Pensión por fallecimiento de un beneficiario.** Esta prestación se otorga en caso de fallecimiento de un jubilado del SIPA a los siguientes derechohabientes:
 - Viuda/o del causante.
 - Conviviente del causante: deberá acreditar haber convivido públicamente en aparente matrimonio durante por lo menos 5 años inmediatamente anteriores al fallecimiento. Dicho plazo se reduce a 2 años cuando existan hijos reconocidos por ambos convivientes.
 - Hijo/a soltero hasta 18 años y que no goce de otro beneficio.
 - Hijo/a incapacitado sin límite de edad.
- **Pensión por fallecimiento de un afiliado.** Esta prestación se otorga a los derechohabientes en caso de fallecimiento de un afiliado en actividad. El afiliado fallecido debe cumplir con la condición de aportante regular o irregular con derecho.

Existe también un **programa de pensiones no contributivas** que depende del Ministerio de Desarrollo Social y que tiene como objetivo promover el acceso de aquellas personas en situación de vulnerabilidad social. Entre las pensiones que existen en este programa se encuentra la pensión por jubilación para personas mayores de 70 años que no estén cubiertas por ningún tipo de pensión o jubilación. También se considera, en caso de fallecimiento del titular de esta pensión, a los cónyuges de 70 años y más o que se encuentren en situación de invalidez.

Las **fuerzas armadas y de seguridad**, por su parte, tienen sistemas específicos de retiro y pensiones, gestionados por el Instituto de Ayuda Financiera para el pago de Retiros y Pensiones Militares, la Policía Federal Argentina, la Prefectura Naval, la Gendarmería Nacional y el Servicio Penitenciario.

2.2.2 Cobertura e intensidad de protección

2.2.2.1 Sistema Integrado Previsional Argentino

De acuerdo con los datos ofrecidos por la Secretaría de Seguridad Social del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social en el Boletín Estadístico de la Seguridad Social, en junio de 2009 el número de beneficiarios del Régimen Previsional Público en Argentina ascendía a 4.846.720 personas. De éstas, el 93% tienen 60 o más años de edad. La distribución por sexo muestra un mayor peso de las mujeres, que suponen el 65,6% de los beneficiarios de este grupo de edad. Sin embargo, en el extinguido Régimen de Capitalización, las mujeres mayores suponen sólo el 40,9% de este conjunto poblacional.

La mayor parte de estos beneficiarios (4.497.027) proceden del régimen público de reparto. Sólo 349.693 son beneficiarios del extinguido régimen de capitalización, que ha sido absorbido y sustituido por el régimen de reparto, de acuerdo con la Ley 26.425, que dispone la unificación del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones en un único régimen previsional público denominado Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA). El Boletín Estadístico de la Seguridad Social recoge la información de los beneficiarios del extinguido régimen de capitalización de forma diferenciada.

Argentina. Beneficiarios del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) según régimen de procedencia, sexo y grupos de edad. Diciembre de 2009

Edad	Total	Hombres	Mujeres	No informados
Régimen Previsional Público ⁽¹⁾				
Total	4.497.027	1.487.118	2.979.571	30.338
60 a 64	572.754	73.650	498.212	892
65 a 69	968.127	380.058	586.134	1.935
70 a 74	882.028	345.880	529.430	6.718
75 a 79	769.538	282.881	475.325	11.332
80 a 89	900.353	286.075	608.780	5.498
90 y más	159.268	34.697	123.847	724
Total grupo de 60 y más	4.252.068	1.403.241	2.821.728	27.099
Resto	244.959	83.877	157.843	3.239
Ex Régimen de Capitalización				
Total	349.693	184.681	164.809	203
60 a 64	47.650	15.740	31.910	0
65 a 69	95.715	52.370	43.343	2
70 a 74	74.049	57.168	16.880	1
75 a 79	19.676	14.331	5.345	0
80 a 89	5.512	3.799	1.713	0
90 y más	146	80	66	0
Total grupo de 60 y más	242.748	143.488	99.257	3
Resto	106.945	41.193	65.552	200

continúa ►



continua

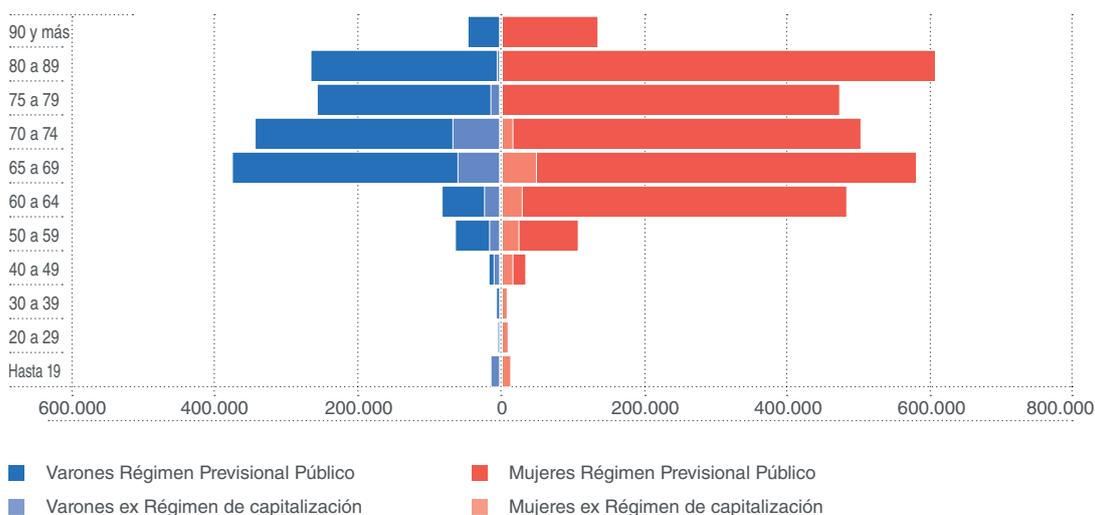
Argentina. Beneficiarios del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA) según régimen de procedencia, sexo y grupos de edad. **Diciembre de 2009**

Edad	Total	Hombres	Mujeres	No informados
Total beneficiarios SIPA				
Total	4.846.720	1.671.799	3.144.380	30.541
60 a 64	620.404	89.390	530.122	892
65 a 69	1.063.842	432.428	629.477	1.937
70 a 74	956.077	403.048	546.310	6.719
75 a 79	789.214	297.212	480.670	11.332
80 a 89	905.865	289.874	610.493	5.498
90 y más	159.414	34.777	123.913	724
Total grupo de 60 y más	4.494.816	1.546.729	2.920.985	27.102
Resto	351.904	125.070	223.395	3.439

1. No incluye a los beneficiarios del ex régimen de capitalización que fueron absorbidos por el SIPA.

Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009

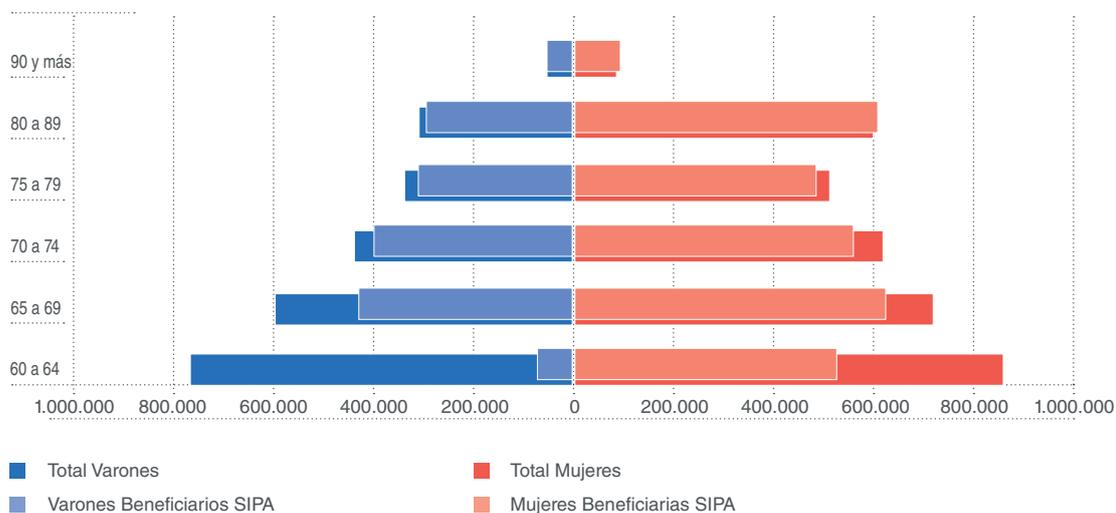
Argentina. Distribución por sexo, grupo de edad y régimen de procedencia de los Beneficiarios del Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA). **Diciembre 2009**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.

La cobertura del SIPA es elevada. El 84,8 por ciento de los argentinos que han superado la edad legal de jubilación son beneficiarios de sus prestaciones (el 84,5% de los varones de 65 y más años y el 85% de las mujeres de 60 y más años). Como muestra el gráfico adjunto, la cobertura aumenta con la edad, llegando a ser prácticamente del 100% por encima de los 80 años.

Argentina. Cobertura del SIPA en población y más años, por sexo y grupo de edad.
Diciembre 2009



Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones de población de CELADE para 2010 y de datos del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.

Los beneficios en vigor (cifras de diciembre de 2009) ascienden a 5.575.639 (la cifra es mayor que el número de beneficiarios porque algunos están recibiendo dos o más prestaciones), de los que 5.231.576 corresponden a jubilaciones y pensiones del Régimen de Reparto y 344.063 a retiros fraccionados y programados y rentas vitalicias con componente pública del extinguido Régimen de Capitalización.

El haber medio del régimen previsional público (los datos no incluyen a las prestaciones del extinguido régimen de capitalización) para diciembre de 2009 se situaba en 1.064,38 pesos argentinos. Para las jubilaciones⁽¹³⁾ el haber medio se situaba para esta misma fecha en 1.077,84 pesos mientras que para las pensiones⁽¹⁴⁾ el monto era de 1.025,77 pesos. El haber medio de los beneficios del extinguido régimen de capitalización asciende a 1.119,10 pesos, y el haber medio total del Sistema Integrado Prestacional Argentino, a 1.072,69 pesos. Para este período, el Salario Mínimo alcanzaba en Argentina los 1.240 pesos⁽¹⁵⁾.

¹³ Se entiende por Jubilación al beneficio que obtienen los afiliados al SIPA al cumplir los requisitos de edad y años de servicio. Se incluyen también los retiros por invalidez. Véase el Glosario del Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009. Páginas 56-59.

¹⁴ Se entiende por Pensión al beneficio que se otorga a los derechohabientes de un jubilado o de un afiliado en actividad, en caso de su muerte. Véase el Glosario del Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009. Páginas 56-59.

¹⁵ Resolución del Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo Vital y Móvil de 28 de julio de 2008.



Argentina. Beneficios del Régimen previsional público y haber medio.
Diciembre de 2009

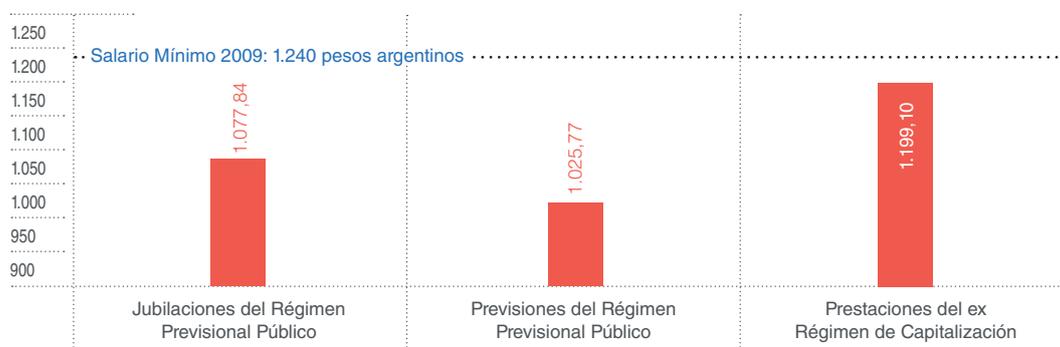
	Número de beneficios	Haber medio, en pesos
Régimen Previsional Público⁽¹⁾		
Jubilaciones	3.878.956	1.077,84
Pensiones	1.352.620	1.025,77
Total Régimen de Reparto	5.231.576	1.064,38
Ex Régimen de Capitalización		
Retiros fraccionados y programados	251.400	–
Rentas vitalicias con componente pública	92.663	–
Total Ex Régimen de Capitalización	344.063	1.199,10
Total SIPA	5.575.639	1.072,69

1. No incluye a los beneficiarios del ex régimen de capitalización que fueron absorbidos por el SIPA.

Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.

Los haberes medio y mínimo del Régimen Previsional Público, que habían estado prácticamente congelados en los últimos años de la década de los 90, se han venido elevando de forma continuada desde 2001

Argentina. Haber medio de las prestaciones del SIPA en relación con el Salario Mínimo.
Diciembre de 2009



Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.

**Argentina. Haberes mínimo y medio del Régimen Previsional Público⁽¹⁾.
Diciembre 1995 - Diciembre 2009**

Fecha	Haber (En pesos)			
	Mínimo	Medio		
		Jubilación	Pensiones	Total
Diciembre 1995	150,0	326,04	242,28	294,61
Diciembre 1996	150,0	337,41	246,40	302,82
Diciembre 1997	150,0	369,07	257,93	326,88
Diciembre 1998	150,0	375,86	260,44	331,23
Diciembre 1999	150,0	398,32	276,38	350,38
Diciembre 2000	150,0	405,88	278,95	355,97
Diciembre 2001	150,0	411,66	280,82	358,97
Diciembre 2002	200,0	421,26	292,85	369,08
Diciembre 2003	220,0	438,52	312,95	387,01
Diciembre 2004	308,0	511,68	395,45	463,59
Diciembre 2005	390,0	562,30	465,16	522,38
Diciembre 2006	470,0	613,34	560,63	595,31
Diciembre 2007	596,2	741,32	713,26	733,71
Diciembre 2008 ⁽²⁾	690,0	867,64	840,02	860,37
Diciembre 2009	827,2	1.077,84	1.025,77	1.064,38

1. No incluye a los beneficiarios del ex régimen de capitalización que fueron absorbidos por el SIPA.

2. A partir del 9/12/2008 entró en vigencia la Ley 26.425 que crea el SIPA, elimina el régimen de capitalización, el cual es absorbido y sustituido por el régimen de reparto.

Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.

En diciembre de 2009, el 72,50% de los beneficios del Sistema Previsional Público se situaba en el tramo correspondiente al monto mínimo (827,23 pesos); el 7,01% se encontraba en el siguiente intervalo de prestación (827,24-1.000 pesos) y el 10,46% en el cuarto intervalo (1.000,01-1.500 pesos). Merece destacarse que en estos tres intervalos de prestación se concentran nueve de cada diez beneficios en vigor.

**Argentina. Beneficios en vigor del Régimen Previsional Público⁽¹⁾ por intervalo de haber.
Junio 2009. Jubilaciones y pensiones**

Intervalos de prestación (en pesos)	Número de beneficios			Distribución porcentual		
	Total	Jubilaciones	Pensiones	Total	Jubilaciones	Pensiones
0,01-872,22	35.448	6.502	28.946	0,68%	0,17%	2,14%
827,23 (2)	3.792.765	2.847.710	945.055	72,50%	73,41%	69,87%
827,24-1.000	366.670	265.819	100.851	7,01%	6,85%	7,46%
1.000,01-1.500	547.155	380.156	166.999	10,46%	9,80%	12,35%
1.500,01-2.000	191.064	140.273	50.791	3,65%	3,62%	3,76%
2.000,01-3.000	142.706	109.094	33.612	2,73%	2,81%	2,48%
3.000,01-4.000	69.161	54.529	14.632	1,32%	1,41%	1,08%
4.000,01-5.000	39.767	33.319	6.448	0,76%	0,86%	0,48%
5.000,01-6.000	21.151	18.827	2.324	0,40%	0,49%	0,17%
6.000,01- 6.060,48	936	801	135	0,02%	0,02%	0,01%
6.060,49 (2)	5.549	4.185	1.364	0,11%	0,11%	0,10%
6.6060,50 y más	19.204	17.741	1.463	0,37%	0,46%	0,11%
Total	5.231.576	3.878.956	1.352.620	100,00%	100,00%	100,00%

1. No incluye a los beneficiarios del ex régimen de capitalización que fueron absorbidos por el SIPA.

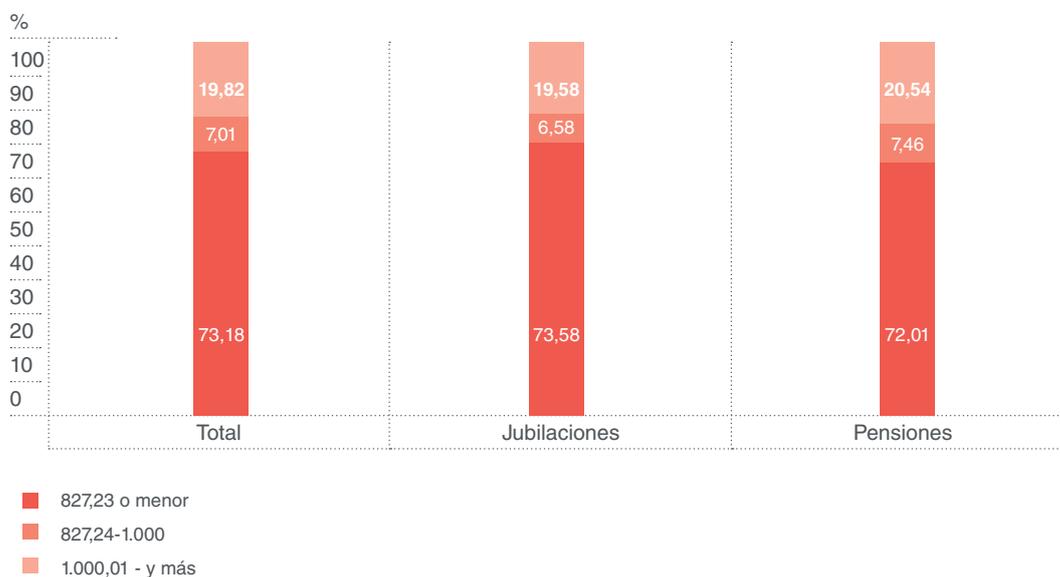
2. A partir de Septiembre de 2009 y mediante Resolución N° 65/09 ANSES, el haber mínimo es \$827,23 y el haber máximo es \$6.060,49.

Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.



Argentina. Régimen Previsional Público ⁽¹⁾. Diciembre de 2009.

Distribución porcentual de los beneficios en vigor, por tramos de haber (en pesos argentinos)



1. No incluye a los beneficiarios del ex régimen de capitalización que fueron absorbidos por el SIPA.

Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.

En el extinguido Régimen de Capitalización, la concentración de beneficios en torno al monto mínimo es algo menor, sobre todo en el caso de las rentas vitalicias con componente pública.

Argentina. Beneficios en vigor del Ex Régimen de Capitalización por intervalo de haber. Retiros programados y fraccionados y rentas vitalicias con componente pública. Junio 2009

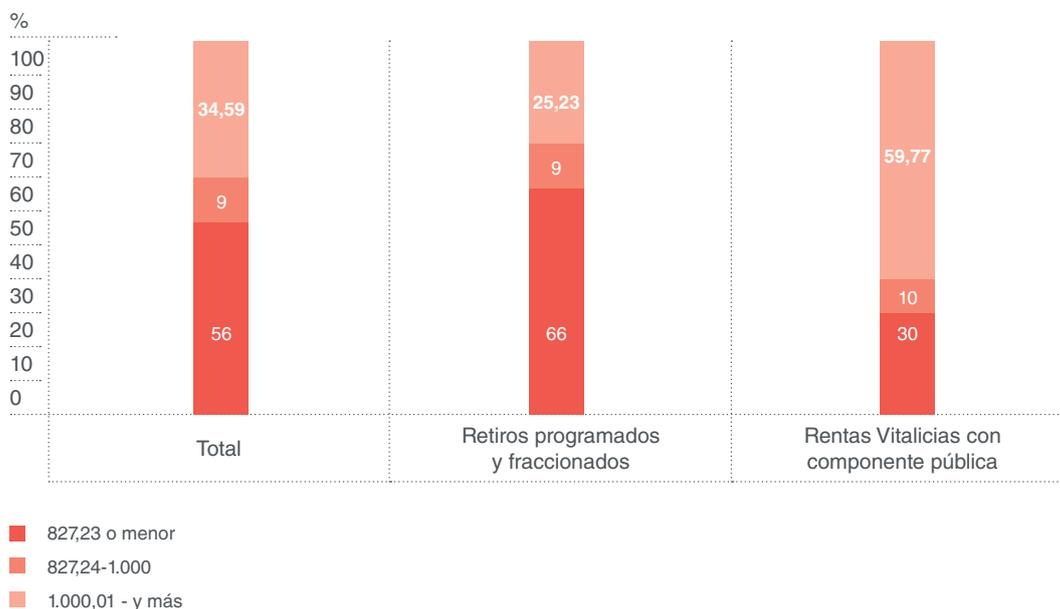
Intervalos de prestación (en pesos)	Número de beneficios			Distribución porcentual		
	Total	Retiros programados y fraccionados	Rentas Vitalicias con componente pública	Total	Retiros programados y fraccionados	Rentas Vitalicias con componente pública
0,01-872,22	24.763	22.438	2.325	7,15%	8,89%	2,48%
827,23 ⁽¹⁾	170.528	144.575	25.953	49,26%	57,29%	27,65%
827,24-1.000	31.158	21.671	9.487	9,00%	8,59%	10,11%
1.000,01-1.500	58.484	36.126	22.358	16,89%	14,32%	23,82%
1.500,01-2.000	24.947	12.181	12.766	7,21%	4,83%	13,60%
2.000,01-3.000	18.057	7.598	10.459	5,22%	3,01%	11,14%
3.000,01-4.000	8.394	3.395	4.999	2,42%	1,35%	5,33%
4.000,01-5.000	4.975	2.212	2.763	1,44%	0,88%	2,94%
5.000,01-6.000	2.757	1.204	1.553	0,80%	0,48%	1,65%
6.000,01- 6.060,48	129	65	64	0,04%	0,03%	0,07%
6.060,49 ⁽¹⁾	40	34	6	0,01%	0,01%	0,01%
6.060,50 y más	1.979	838	1.141	0,57%	0,33%	1,22%
Total	346.211	252.337	93.874	100%	100%	100%

1. A partir de Septiembre de 2009 y mediante Resolución N° 65/09 ANSES, el haber mínimo es \$827,23 y el haber máximo es \$6.060,49.

Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.

Argentina. Ex Régimen de Capitalización. Diciembre de 2009.

Distribución porcentual de los beneficios en vigor, por tramos de haber (en pesos argentinos)



Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Primer y Segundo Trimestre 2009.

2.2.2.2 Pensiones no contributivas

De acuerdo con el Boletín Estadístico de la Seguridad Social, en diciembre de 2009 las pensiones no contributivas ascendían a 923.220. Por tipo de prestación destacan las asistenciales que representan el 84,98% de las pensiones no contributivas, le siguen las graciabiles⁽¹⁶⁾ con un 12,57%. Con porcentajes más bajos se sitúan las pensiones de los ex combatientes de las Malvinas⁽¹⁷⁾ con un 2,25% las pensiones de leyes especiales⁽¹⁸⁾ con un 0,20%.

¹⁶ Comprende Pensiones otorgadas a Presidentes y vicepresidentes de la Nación Argentina; Jueces de la Corte Suprema de Justicia; Premios Nobel y olímpicos; Primeros premios nacionales a las ciencias, letras, y artes plásticas; Precursores de la aeronáutica; Pioneros de la Antártida; Prelados, sacerdotes seculares, ex obispos y arzobispos; Primera conscripción y Familiares de desaparecidos

¹⁷ Se entiende por Pensión al beneficio que se otorga a los derechohabientes de un jubilado o de un afiliado en actividad, en caso de su muerte. Véase el Glosario del Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009. Páginas 56-59.

¹⁸ Resolución del Consejo Nacional del Empleo, la Productividad y el Salario Mínimo Vital y Móvil de 28 de julio de 2008.



**Argentina. Pensiones no contributivas según tipo de beneficio.
Diciembre 1999-Diciembre 2009**

Periodo	Total	Asistenciales			Leyes especiales	Graciables	Ex combat. Malvinas	
		Total	Invalidez	Vejez				Madres
Diciembre 1999	345.849	164.048	72.156	43.700	48.192	2.259	166.495	13.047
Diciembre 2000	356.957	167.846	74.485	42.374	50.987	2.204	173.173	13.734
Diciembre 2001	332.144	171.878	76.851	41.221	53.806	2.116	144.059	14.091
Diciembre 2002	341.494	175.982	78.977	40.523	56.482	1.982	149.185	14.345
Diciembre 2003	344.630	183.563	81.539	43.272	58.752	1.979	144.651	14.437
Diciembre 2004	416.111	259.468	113.651	66.352	79.465	1.934	140.202	14.507
Diciembre 2005	454.423	299.806	132.532	77.165	90.109	1.909	135.502	17.202
Diciembre 2006	540.293	384.471	173.677	92.517	118.277	1.929	134.404	19.489
Diciembre 2007	624.457	474.446	230.847	87.987	155.612	1.894	128.009	20.108
Diciembre 2008	719.597	576.874	297.335	76.751	202.788	1.883	120.429	20.411
Diciembre 2009	923.220	784.527	452.596	65.925	232.430	1.870	116.074	20.749

Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.

Los montos promedio de las pensiones no contributivas se situaban en diciembre de 2009 en 722,67 pesos. Al considerar esta variable según el tipo de prestación, se observa que el monto más alto era el que correspondía a los ex combatientes de las Malvinas con un monto promedio de 2.541,42 pesos, y siguen por importancia las pensiones correspondientes a las leyes especiales (1.505,58 pesos). En el caso de la pensión asistencial por vejez, el valor de la prestación promedio era de 591,35 pesos, menos de la mitad del Salario Mínimo.

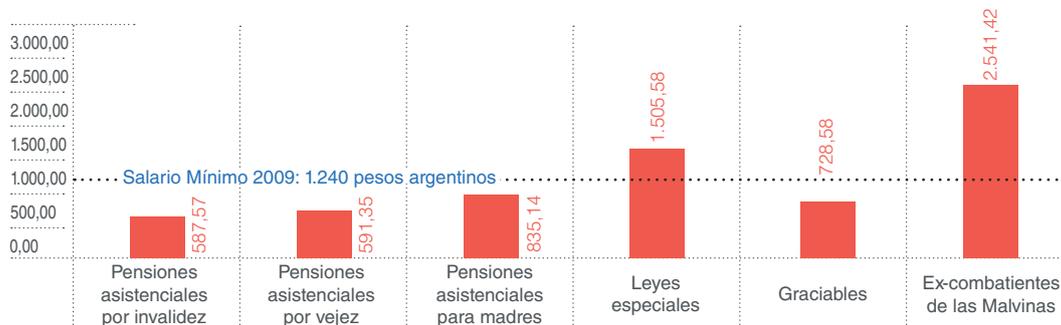
No se dispone de datos sobre la distribución por edad de los beneficiarios de pensiones no contributivas.

**Argentina. Pensiones no contributivas según tipo de beneficio.
Diciembre 1999-Diciembre 2009**

Periodo	Total	Asistenciales			Leyes especiales	Graciables	Ex combat. Malvinas	
		Total	Invalidez	Vejez				Madres
Diciembre 1999	143,35	118,92	106,03	105,95	149,99	275,73	152,35	312,61
Diciembre 2000	144,61	119,41	106,09	106,03	149,97	275,41	154,05	312,54
Diciembre 2001	139,65	119,88	106,18	106,13	149,97	277,31	144,32	312,52
Diciembre 2002	139,02	120,23	106,19	106,14	149,96	287,75	142,55	312,32
Diciembre 2003	186,56	176,35	155,81	155,81	219,99	390,11	172,07	433,62
Diciembre 2004	255,14	245,44	217,98	217,64	307,93	512,86	201,13	916,24
Diciembre 2005	320,57	318,32	287,66	287,24	390,03	624,87	212,03	1.180,68
Diciembre 2006	386,07	375,00	333,13	332,20	469,97	827,71	260,70	1.425,32
Diciembre 2007	528,61	481,96	426,37	425,81	596,19	1.039,61	489,51	1.830,06
Diciembre 2008	610,76	564,26	492,15	493,05	696,95	1.261,80	567,54	2.119,90
Diciembre 2009	722,67	671,83	587,57	591,35	835,14	1.505,58	728,58	2.541,42

Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Primer y Segundo Trimestre 2009.

Argentina. Haber medio de las prestaciones no contributivas en relación con el Salario Mínimo. Diciembre de 2009



Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa. Boletín Estadístico de la Seguridad Social. Tercer y Cuarto Trimestre 2009.

2.2.2.3 Pasividades Militares y de las Fuerzas de Seguridad

La información más actualizada de la que se dispone en el momento de redactar este informe se refiere a diciembre de 2008 (Informe de la Seguridad Social. Cuarto Trimestre de 2008). A esa fecha, el número de beneficios (retiros y jubilaciones) ascendía a 174.745. No se dispone de datos sobre el desglose por edad de los beneficiarios.

Argentina. Pasividades Militares y de las Fuerzas de Seguridad. Diciembre de 2008

Caja	Retiro	Pensión	Total Pasividades
Instituto de Ayuda Financiera	49.922	36.614	86.536
Policía Federal Argentina	33.300	17.722	51.022
Prefectura Naval	6.949	4.885	11.834
Gendarmería Nacional	8.134	7.190	15.324
Servicio Penitenciario	7.070	2.959	10.029
Total	105.375	69.370	174.745

Fuente: ANSES, Informe de la Seguridad Social. Cuarto trimestre de 2008.

2.3 Sistema de Salud

El sistema argentino de salud es la respuesta social organizada a los problemas de salud de la población del país. Este sistema se organiza en tres subsectores o subsistemas: el público, el de la seguridad social y el privado.

Subsector Público

Argentina tiene un amplio subsistema público de salud con cobertura en todo el territorio nacional. Por su carácter de país federal, el subsistema público de salud opera en los tres niveles de gobierno: nacional, provincial y municipal.



Las provincias y municipios brindan servicios directos de asistencia a la población, siendo la salud, una competencia no delegada por los gobiernos provinciales a la esfera nacional. Es decir, la responsabilidad por los servicios públicos de salud permanece en la esfera provincial y las autoridades sanitarias provinciales poseen competencias relativas a la fiscalización del funcionamiento de los servicios y administración de las instituciones y establecimientos públicos, formación y capacitación de los recursos humanos en el sector, coordinación intersectorial, regulación de actividades vinculadas con la investigación, entre otras funciones, todas dentro de sus respectivas jurisdicciones.

Por su parte, el Estado tiene a su cargo la conducción del sector en su conjunto a través del diseño de programas, dictado de normas y ejecución de acciones que permitan la coordinación entre los distintos subsectores.

Esto se encuentra especificado en la Ley de Ministerios de cada provincia y de la Ciudad de Buenos Aires, que además de enunciar las competencias de regulación, fiscalización, información y prevención del Ministerio de Salud de la Nación, especifica sus funciones de coordinación y articulación incorporando la función de rectoría, con el fin de implementar un Sistema Federal de Salud consensuado que cuente con la suficiente viabilidad social.

Seguridad Social en Salud

En Argentina, el término de Seguridad Social alude a un esquema de múltiples seguros sociales de afiliación obligatoria denominadas *Obras Sociales*, que son similares a lo que en otros países se denominan Fondos de Enfermedad y se financian mediante contribuciones obligatorias obrero-patronales (y de pensionados). El conjunto de estos aseguradores supera los 300.

En primer lugar, están las denominadas Obras Sociales Nacionales (OSN) y el Instituto Nacional de Seguridad Social de Jubilados y Pensionados. Todas ellas conforman el llamado Sistema Nacional de Seguro de Salud y son reguladas por el gobierno nacional. Un segundo conjunto lo constituyen las Obras Sociales Provinciales (OSP). Y por último, resta un pequeño grupo remanente de Obras Sociales y mutuales que aún no han ingresado al régimen nacional aunque lo están haciendo de forma progresiva, entre ellos figuran los regímenes especiales para el personal de las Fuerzas Armadas y de la Policía Federal.

También cabe destacar la existencia del PROFE (Programa Federal de Salud) un seguro público que brinda cobertura médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas.

Subsector Privado

Está conformado por un conjunto de empresas de afiliación voluntaria que cobran una mensualidad (o prima) a sus afiliados y les brindan acceso a una red de servicios médicos y al conjunto de prestaciones establecidas por regulación nacional a través del PMO (Programa Médico Obligatorio) y son las mismas que rigen para las OSN (Obras Sociales Nacionales). Las mismas son denominadas Empresas de Medicina Prepaga, y si bien existen y operan en todo el país, se registra una fuerte concentración de la demanda en la capital federal y el conurbano bonaerense.

Sin embargo, el sector salud argentino está integrado también por un amplio mercado de prestadores médicos privados que venden servicios a los seguros médicos, sean estos sin fines de lucro (Obras sociales) o privados (prepagas), y en algunos casos cobran copagos a la población beneficiaria.

2.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

El Ministerio de Salud argentino cuenta con diversos programas de atención a salud relacionados con investigación en salud, prevención de factores de riesgo de enfermedades crónicas, prevención y atención de las enfermedades de transmisión sexual, distribución de medicamentos y atención a la salud materno-infantil, entre otros.

Respecto la atención de los adultos mayores destaca el Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores diseñado para fortalecer la accesibilidad al sistema de salud y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de 60 años.

En 1971, se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, en un intento por dar respuesta a un problema que afectaba a la denominada tercera edad: la falta de atención médica y social por parte de sus obras sociales de origen. El Instituto cuenta con el llamado Programa de Atención Médica Integral (PAMI) que actualmente atiende a unos 3.200.000 afiliados, asumiendo su papel de obra social más grande del país.

2.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

De acuerdo con los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001, el 52% de la población Argentina se encontraba cubierta por algún servicio de salud. Este porcentaje aumenta hasta el 77% para las personas de 60 años y más. En general, los indicadores de cobertura para la población mayor en Argentina resultan altos en comparación con el resto de la población del país (menores de 65 años).

Indicadores de atención a la salud en Argentina	
Cobertura⁽¹⁾	
Población cubierta	52%
Población sin cobertura	48%
Adultos mayores con cobertura de salud	77%
Adultos mayores sin cobertura de salud	23%
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2000)	41
Número de médicos por 10.000 habitantes (2004)	31,6
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2004)	4,8
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2004)	9,2
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes (2004)	5,0
Gasto de Salud 2006⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	10,1
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	14,2
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	54,5
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	45,5
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0,1
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	58,5
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	43,8
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	51,1
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	549
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	251
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	1.205
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	551

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

2. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database.



Tal como nos indican los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001, conforme avanza la edad de la población, el % de aquella que está cubierta por un plan de salud también se incrementa, hasta prácticamente un 90% en el caso de la población mayor de 79 años.

Argentina. Población de 60 años y más por cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual, según sexo y grupos de edad. Total del país. Año 2001

Grupos de edad	Total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual					
		Tiene			No Tiene		
		Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	36.260.130	18.836.120	8.793.442	10.042.678	17.424.010	8.865.630	8.558.380
60-64	1.284.337	809.955	339.622	470.333	474.382	257.637	216.745
65-69	1.109.788	808.553	341.444	467.109	301.235	158.100	143.135
70-74	996.525	814.888	336.128	478.760	181.637	86.298	95.339
75-79	727.895	630.637	248.712	381.925	97.258	40.343	56.915
80 y más	753.412	663.682	215.931	447.751	89.730	29.936	59.794
Total de 60 y más	4.871.957	3.727.715	1.481.837	2.245.878	1.144.242	572.314	571.928
Resto	31.388.173	15.108.405	7.311.605	7.796.800	16.279.768	8.293.316	7.986.452

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

Argentina. Población de 60 años y más por cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual, Total y porcentajes según sexo y grupos de edad. Año 2001

Grupos de edad	Total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual					
		Tiene%			No Tiene%		
		Total%	Varones%	Mujeres%	Total%	Varones%	Mujeres%
Total	36.260.130	51,95	46,68	53,32	48,05	50,88	49,12
60-64	1.284.337	63,06	41,93	58,07	36,94	54,31	45,69
65-69	1.109.788	72,86	42,23	57,77	27,14	52,48	47,52
70-74	996.525	81,77	41,25	58,75	18,23	47,51	52,49
75-79	727.895	86,64	39,44	60,56	13,36	41,48	58,52
80 y más	753.412	88,09	32,54	67,46	11,91	33,36	66,64
Total de 60 y más	4.871.957	76,51	39,75	60,25	23,49	50,02	49,98
Resto	31.388.173	48,13	48,39	51,61	51,87	50,94	49,06

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

La Encuesta de utilización y Gasto en Servicios, realizada en 2005 nos permite perfilar un poco más la demanda de servicios de salud de las personas mayores en Argentina. En general, requerirán menos intervención de médicos especialistas, aunque realizarán mayor demanda de medicina general y medicamentos.

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

Año 2005

Características o segmentos socio-demográficos	Afiliados	Consultantes a:				Usuarios a:		Análisis, tratamiento, Internación
		Médico	Dentista	Salud Mental	Otros profesionales	Medicamentos		
Total	62,7%	40,6%	15,3%	4,1%	2,7%	69,2%	22,1%	
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%	

Argentina. Promedio de consultas mensuales por consultante, según edad. Total país.

Año 2005

Características o segmentos socio demográficos	Consultas médicas	Consultas al dentista	Consultas de salud mental	Consultas a otros profesionales
Promedio Mensual	1,78	1,78	2,96	3,26
0-14 años	1,58	1,59	3,34	2,89
15-64 años	1,88	1,85	2,87	3,5
65 años y más	2,05	1,63	2,57	2,07
N (Total Consultantes)	14.710.106	5.565.482	1.492.331	973.390

Argentina. Promedios mensual de gasto en salud de la población (en \$), por edad. Total país.

Año 2005

Grupos de edad	Gasto en Afiliación (per capita)	Consultas a Médico	Consultas a Dentista	Consultas a otros profesionales	Medicamentos	Análisis, tratamiento, Internación	Otros gastos	Total gastos (sin afiliación)	Total gastos
Total	7,97	2,44	3,14	2,58	14,82	3,23	3,09	29,3	37,27
0-14 años	2,06	1,86	2,57	1,64	11,94	1,46	2,05	21,51	23,57
15-64 años	9,84	2,62	3,42	3,19	14,33	2,11	3,81	29,49	39,33
65 años y más	16,64	3,31	3,04	1,19	31,69	20,92	1,1	61,26	77,89
N = Total Gastos	289.054	88.541	113.769	93.679	537.263	116.966	112.118	1.062.335	1.351.388

Fuente: Ministerio de Salud, Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios 2005.



2.4 Servicios Sociales

2.4.1 Marco institucional

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

Este consejo, presidido por el titular del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, está integrado en forma permanente por los titulares de los siguientes organismos:

- Ministerio de Desarrollo Social.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social.
- Ministerio de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos.
- Ministerio de Educación.
- Ministerio de Salud.
- Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva.
- Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios.
- Ministerio de Economía y Producción.
- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social.

Completan la estructura del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales los siguientes Programas y Organismos:

- El Consejo Nacional de las Mujeres.
- La Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas Discapacitadas.
- El Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad.
- El Programa Nacional de Desarrollo Infantil “Primeros Años”.
- El Sistema de Identificación Nacional Tributario y Social (SINTyS).
- El Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales.
- El Sistema de Identificación y Selección de Familias Beneficiarias de Programas Sociales (SIEMPRO_SISFAM).
- El Programa de Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La *Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores*, adscrita a la *Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social* tiene como misión articular las políticas dirigidas a los adultos mayores desde una perspectiva de integralidad, que considere a los mayores, sus núcleos familiares, sus organizaciones y la comunidad, como sujetos de políticas públicas.

Entre las entidades gestoras de servicios sociales para adultos mayores destaca el *Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)*, conocido popularmente como PAMI porque gestiona el Programa de Atención Médica Integral del adulto mayor, mediante el cual se concentra a toda la población pasiva cubierta por el Instituto bajo una única cobertura médica y social, de alcance universal y obligatorio. El INSSJP fue creado el 13 de Mayo de 1971 mediante la Ley N°19.032 con la finalidad de brindar a los afiliados de todo el país servicios médico asistenciales de protección, recuperación y rehabilitación de salud, coordinando estas prestaciones con otras de desarrollo y promoción social. Los principales destinatarios de los servicios del Instituto son los Jubilados y Pensionados del Régimen Nacional de Previsión y su grupo familiar primario.

El *Consejo Federal de Adultos Mayores* fue creado por decreto presidencial, N° 457/97, y reglamentado por resolución ministerial N° 113/2002, funcionando desde marzo de 2003. Las acciones que lleva a cabo guardan relación con la promoción del diseño de las políticas sociales específicas y las líneas prioritarias de acción para el sector de personas mayores y la participación en la identificación de las necesidades específicas de la tercera edad, respetando sus particularidades. Tanto el Consejo Federal de Adultos Mayores como los Consejos provinciales se conforman como espacios que concentran el trabajo conjunto de todos los sectores comprometidos con la problemática de la tercera edad, con participación mayoritaria de las organizaciones de adultos mayores pertenecientes a todas las provincias y regiones del país.

Otras instituciones que llevan a cabo acciones en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Argentina son las siguientes:

- *Federación Argentina de Geriatría y Gerontología*, que sirve de puente entre las diferentes sociedades y asociaciones que se dedican al estudio de la geronto-geriatría tanto a nivel nacional como internacional. Además, promueve la formación y participación activa de todos los geriatras y gerontólogos.
- *Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría (SAGG)*, que tiene como objetivo principal difundir conocimientos y promover, en el país y en toda la Región Latinoamericana, la formación de sociedades similares a fin de propiciar el desarrollo gerontológico.
- *Centro de Promoción del Adulto Mayor (CEPRAM)*, que es una asociación civil sin fines de lucro con el objetivo de promocionar el bienestar psicológico y social de las personas mayores y sus condiciones de ciudadanía. Esta asociación genera oportunidades educativas, personales, sociales, de recreación y esparcimiento para personas mayores de 50 años.

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

- Confederaciones de organizaciones de adultos mayores:
 - Confederación Patagónica de Entidades de Jubilados y Pensionados.
 - Confederación Mesa Federal de Organizaciones de Jubilados, Pensionados y Tercera Edad de la República Argentina.



- Confederación de Jubilados, Pensionados y Retirados de las Provincias Unidas.
- Confederación de la Tercera Edad del Área Metropolitana Norte del Conurbano Bonaerense.
- Confederación Argentina de Entidades de Jubilados, Retirados y Pensionados Provinciales y Nacionales.
- Confederación General de Jubilados, Retirados y Pensionistas del País.
- Confederación General de Jubilados, Pensionados y Retirados de la República Argentina.
- Federaciones y Centros de Jubilados.
- Caritas.
- Asociación Mutual Israelita Argentina, AMIA.
- Parlamento Federativo de la Tercera Edad.
- Red de Adultos Mayores - Fundación ISALUD.
- Fundación Felipe Fiorellillo.
- Fundación Faidela.
- Fundación Navarro Viola.
- Fundación Obra del Padre Mario.

Las siete confederaciones de organizaciones de adultos mayores están conformadas por más de 5.000 Centros de Jubilados, Pensionados y Adultos Mayores y unas 120 Federaciones. Existen, además, organizaciones de adultos mayores promovidas por organismos provinciales (públicos) como la Casa de la Solidaridad en Formosa, las Casas de los Abuelos en Misiones y los Centros Cumelén en La Pampa.

2.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Argentina se relacionan a continuación:

- **Programas del Ministerio de Desarrollo Social.** A través de sus diferentes unidades orgánicas (en particular, la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, de la que depende la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, y la Secretaría de Políticas Sociales y Desarrollo Humano), el Ministerio de Desarrollo Social impulsa una serie de programas nacionales entre los que destacan los siguientes:
 - **Programa de Voluntariado Social de Tercera Edad**, que promueve el desarrollo de acciones comunitarias voluntarias entre la población adulta mayor y la comunidad. Entre sus objetivos específicos destacan:
 - Generar espacios de encuentro y de actividades entre distintas generaciones.

- Fortalecer la capacidad asociativa de las organizaciones de mayores.
 - Dar respuesta a cuestiones sociales y comunitarias de fácil resolución a través de actividades concretas.
 - Fortalecer la imagen positiva de los adultos mayores.
 - Promover la conformación de una red de voluntarios.
- o **“La Experiencia Cuenta”**: Es un programa de carácter nacional destinado a adultos mayores, jóvenes y personas de mediana edad. Este programa consiste en la transmisión de saberes y oficios tradicionales. Se propone recuperar los oficios tradicionales, saberes y habilidades que tienen las personas mayores para ponerlos a disposición de su comunidad, manteniendo la memoria y la cultura, al mismo tiempo que se desarrolla una imagen positiva de las personas mayores.
- o **Prevención de la Discriminación, Abuso y Maltrato Familiar**. Es un programa de carácter nacional dirigido a los adultos mayores, cuidadores informales, profesionales vinculados a los adultos mayores y la comunidad en general. Tiene como objetivo principal el prevenir las situaciones de abuso y maltrato hacia los adultos mayores y su entorno inmediato desde una perspectiva de los derechos a través de las siguientes medidas:
- Creación de espacios de contención y derivación de casos de abuso y maltrato de adultos mayores.
 - Constitución de redes de apoyo al adulto mayor y su familia.
 - Sensibilización y educación comunitaria para proveer de información a los adultos mayores sobre sus derechos. Empoderamiento de las personas mayores.
 - Detección temprana de situaciones de abuso y/o maltrato.
 - Capacitación y reconocimiento de los profesionales y cuidadores formales a través de equipos técnicos provinciales.
 - Protección a los cuidadores informales.
 - Promoción de las relaciones intergeneracionales.
 - Desarrollo de Sistemas de Seguridad Social-Seguridad Económica.
- o **Programa de Formación dirigido a responsables y equipos técnicos de Residencias y Centros de Día** de todo el país. Este programa tiene como objetivo general el mejorar la calidad de atención de los adultos mayores que residen en forma permanente o transitoria en Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores, a través de la actualización de nuevos conceptos y nuevas técnicas para la gerencia de estos servicios.
- o **Programa Nacional de Envejecimiento Activo y Salud para los Adultos Mayores**, con el objetivo 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. El programa incluye el desarrollo de servicios para los adultos mayores en situación de dependencia.



- **Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios**, que se lleva a cabo en todo el país y a través del que se generan estrategias de intervención que apuntan a mejorar la calidad de vida, fortalecer la autoestima, evitando la institucionalización temprana e innecesaria del mayor. Como destinatarios se distinguen dos tipos de perfiles:
 - Beneficiarios del Sistema de Prestación: Adultos Mayores, personas con discapacidad y personas con patologías crónicas, invalidantes y/o terminales.
 - Beneficiarios del Curso de Formación: Personas beneficiarias de planes o programas sociales.
- El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios persigue los siguientes objetivos:
 - Mejorar la calidad de vida de los Adultos Mayores, de las personas con discapacidades, y de aquellas que presenten patologías crónicas invalidantes o terminales.
 - Capacitar personas de la comunidad en la función de cuidado domiciliario.
 - Promover y estimular la creación de servicios locales de atención domiciliaria.
- **Red de Centros de Día y Residencias de Cuidados de Largo Plazo** (Residencias para personas mayores dependientes), que completan los servicios de atención domiciliaria. Las residencias para mayores son centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustituta del hogar familiar, ya sea de forma temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor de sesenta años una atención integral. Puede tener una orientación de instituto para válidos o de instituto con cuidados especiales por invalidez (residentes asistidos).
- **Programas del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados**. Como se ha indicado, el INSSJP no sólo presta atención médica a los adultos mayores a través del Programa de Atención Médica Integral (PAMI), sino que también presta atención social, a través de una serie de programas entre los que destacan los siguientes:
 - **Programa de promoción y prevención sociocomunitaria “Prevenir para seguir creciendo”**, que pretende lograr la participación e integración sustentable del adulto mayor como ciudadano en su medio socio comunitario, a través de la implementación de actividades de estimulación de capacidades dentro del marco social, grupal y comunitario orientado a tres componentes principales: Envejecimiento Activo, Educación para la Salud y Derechos y Ciudadanía.

Este programa ofrece a los afiliados al INSSJP las siguientes actividades:

- **Estimulación del movimiento:** Gimnasia, yoga, caminatas, actividades acuáticas, danzas, deportes, actividades recreativas.
- **Desarrollo de habilidades, expresividad, productividad y creatividad:** Teatro, música, artes plásticas, fotografía, artesanías, huertas y jardinería, arte culinario.
- **Estimulación y mejora del funcionamiento de la memoria:** Talleres de estimulación de la memoria, computación, uso de nuevas tecnologías, alfabetización, aprendizaje de idiomas y periodismo.
- **Cursos sobre hábitos saludables y autocuidado:** Sobre alimentación saludable, para conocer

patologías (hipertensión arterial, diabetes, obesidad, etc.), sobre uso adecuado de sistemas de autocontrol (mediciones de glucemia, técnicas de aplicación de insulina, controles de peso, síntomas y señales tempranas de descompensación, etc), talleres de intercambio de experiencias y vivencias.

- **Cursos sobre derechos y ciudadanía:** Derechos de los adultos mayores, estimulación de la vida comunitaria y ejercicio de la ciudadanía, espacios de reflexión sobre temas de género y familia, talleres sobre violencia familiar, trabajo solidario intergeneracional, voluntariado.
- o **Programa de atención progresiva del adulto mayor,** basado en la prevención de salud, el Club de Día, la atención domiciliaria, subsidios económicos, residencias e internación geriátrica. Este programa tiene los siguientes componentes:
 - **Prevención:** Con la colaboración, seguimiento y supervisión de equipos interdisciplinarios, (médico social), se ha lanzado el Programa Nacional HADOB, contra la Hipertensión Arterial, Diabetes y Obesidad. El objetivo central es la mejora de la calidad de vida de los afiliados, haciendo especial hincapié en la prevención de la salud y la promoción de hábitos saludables en lo relativo a alimentación y actividades terapéuticas no medicamentosas.
 - **Club de Día:** En el marco de este programa, que actualmente se encuentra en etapa de análisis y selección de prestadores, se implementarán ámbitos de participación, prevención e inclusión social de asistencia personalizada y organizada por un equipo interdisciplinario, de estancia diurna, actividades de estimulación y alimentación, mediante el fortalecimiento institucional de organizaciones comunitarias y gestión asociada con gobiernos locales. Son espacios de pertenencia y contención social para adultos mayores con exposición a diferentes grados de vulnerabilidad social y fragilización.
 - **Atención domiciliaria:** Con el objetivo de brindar apoyo, cuidados progresivos y gestionar recursos institucionales, familiares y comunitarios para afiliados con distintos grados de dependencia y vulnerabilidad social, se brinda un subsidio para el pago de un cuidador domiciliario de acuerdo al nivel de autonomía funcional del beneficiario para la colaboración de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
 - **Subsidios económicos:** El INSSJP desarrollan dos programas de subsidios económicos, el de Asistencia Social de Urgencia y el Programa Social Integral, con el propósito de paliar situaciones de crisis sociosanitaria a través de la contención técnico profesional de equipos interdisciplinarios y la prestación de servicios asistenciales u otorgamiento de recursos económicos orientados a cubrir necesidades básicas de subsistencia a afiliados de alta y media vulnerabilidad,
 - **Residencias propias:** Las residencias del INSSJP albergan afiliados autoválidos, sin patologías clínicas y/o psiquiátricas invalidantes, expuestos por vulnerabilidad social y fragilización personal durante el proceso de envejecimiento, a los cuales se les brinda apoyo y cobertura de necesidades básicas, participación e integración mediante relaciones asociativas y vinculares, con el fin de otorgar contención social y que permanezcan durante una estadía prolongada.
 - **Internación geriátrica:** El objetivo de este programa es brindar asistencia integral y personal de carácter transitorio o permanente a afiliados mayores de 60 años, dependientes o semi-dependientes y/o con grave deterioro psicofísico que requieran cuidados intensivos personales y especializados que no puedan ser brindados por el grupo familiar, como tampoco



ser encuadrados en otras alternativas prestacionales y que requieran de cobertura parcial o total por carencia de recursos materiales del mismo y/o su grupo de convivencia.

- **Subsidio de Contención Familiar:** El objetivo de este subsidio, creado por Decreto 599/06, es garantizar a los derechohabientes y deudos del beneficiario la libertad de elegir la modalidad de sepelio o la distribución de los gastos que el fallecimiento del causante origine, sin más restricciones por parte de la administración que el reconocimiento de una suma fija. Este subsidio ha sido instrumentado por el ANSES mediante Resolución 583/06 y sus modificatorias. Su monto consiste en una suma fija de 1.000 pesos argentinos.
 - o **Programa de detección de poblaciones vulnerables,** con los objetivos de brindar atención sociosanitaria a aquellos beneficiarios pertenecientes a poblaciones socialmente vulnerables residentes en localidades con bajos niveles de accesibilidad a prestaciones médicas y sociales, promover el fortalecimiento local a fin de desarrollar acciones con un enfoque interdisciplinario e intersectorial acorde a las necesidades del lugar y en el marco de los derechos y acciones ciudadanas e incrementar la articulación interna e interinstitucional a fin de coordinar acciones y optimizar recursos en pos del bienestar integral de la población.
 - o **Programa Probienestar:** Los objetivos de este programa son elevar la calidad de vida de los afiliados que se encuentren en situación de vulnerabilidad sociosanitaria: beneficiarios con ingresos escasos para acceder a condiciones de vida dignas y suficientes para conservar o mejorar su estado de salud y no cuenten con sostén económico familiar. A través del Programa Probienestar se otorga un subsidio para que los Centros de Jubilados y Pensionados brinden un servicio de comedor a la población mayor en situación de riesgo social afiliada al Instituto.
 - o **Asistencia Sociosanitaria.** Este programa se instrumenta a través de un subsidio de 45 pesos mensuales, al que pueden acceder sin la realización de trámite alguno todos aquellos afiliados con jubilación y/o pensión nacional, con riesgo sociosanitario y que cumplan con los siguientes requisitos:
 - Contar con 65 o más años de edad.
 - Ser beneficiarios de haberes previsionales cuyo monto no supere los 799,99 pesos.
 - No percibir por parte del PAMI ningún otro subsidio o prestación social.
 - o **Jornadas, Cursos y Eventos relacionados con la Gerontología y la Geriatría** dirigidos tanto a profesionales y expertos en la materia como a personas adultas mayores.
- **Otros Programas.**
 - o **Programa de Turismo Social.** Este programa, impulsado por el Ministerio de Turismo, tiene como destinatario principal a la población de escasos recursos de todo el país, incluyendo a los adultos mayores (jubilados, pensionados y personas mayores de 65 años). Su objetivo principal es brindar a los destinatarios del programa la posibilidad de poder contar con un período de vacaciones. Las solicitudes para la obtención de plazas se realizan por medio de las organizaciones de adultos mayores.

2.4.2.1 Red de recursos sociosanitarios y de apoyo social

En Argentina existe una red de residencias para adultos mayores, centros de día y servicios de atención domiciliaria a nivel nacional organizados a través de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados y el Programa Federal de Salud, que articulan estos centros con las prestaciones brindadas por los organismos provinciales y locales de adultos mayores.

A través del **Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios** y el **Programa de atención progresiva del adulto mayor del INSSJP**, que se lleva a cabo en todo el país, se realiza la atención domiciliaria para brindar apoyo, cuidados progresivos y gestionar recursos institucionales, familiares y comunitarios a personas mayores con distintos grados de dependencia y vulnerabilidad social. Se brinda un subsidio a los afiliados para el pago de un cuidador domiciliario de acuerdo al nivel de autonomía funcional del beneficiario para la colaboración de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

La Atención Domiciliaria ofrecida por el INSSJP cuenta con una cobertura de aproximadamente unos 6000 afiliados con subsidio para la demanda de un auxiliar gerontológico domiciliario.

Argentina es uno de los primeros países en Latinoamérica en ofrecer el servicio de Teleasistencia. Por tanto, se trata de un servicio de reciente implantación en Argentina, ya que comenzó a desarrollarse en el año 2009. El servicio es brindado por una serie de entidades como Cruz Roja Argentina, Home Telecare o ATEMPO, que es la empresa líder en servicios de teleasistencia, con sede en La Plata. Cruz Roja Argentina brinda el servicio de Teleasistencia con las mismas prestaciones y tecnología con las que Cruz Roja Española da este servicio a un millón de personas desde hace más de 15 años.



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

No se cuenta con datos acerca del número de residencias privadas con o sin ánimo de lucro.

Por otra parte, el Consejo Federal de Adultos Mayores también establece una red de recursos sociales a través de su consejo federal, los consejos provinciales y municipales.





03

Bolivia

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



3.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos ofrecidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 el 4,8% de la población boliviana se encuentra en el grupo de edad de 65 años y más. De esta población el 56% son mujeres frente al 44% de varones. Aunque la población adulta mayor representa un porcentaje pequeño de la población total se observa una tendencia de crecimiento. Así, las proyecciones apuntan que para el 2050 el porcentaje de adultos mayores será del 12, 54%.

Bolivia. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	5.002.906	5.028.099	10.031.005
65 - 69	83.680	97.023	180.703
70 - 74	61.717	75.482	137.199
75 - 79	39.014	51.002	90.016
80 - 84	20.495	28.982	49.477
85 y más	8.214	14.079	22.293
Total 65 años y más	213.120	266.568	479.688
Proporción sobre la población total %	4,3%	5,3%	4,8%

CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

Este aumento relativo de la población de 65 años y más se explica, junto con otros factores, por el aumento en la esperanza de vida al nacer que ha pasado de los 46,7 años en el quinquenio 1970-1975 a los 67,2 en el período 2010-2015. Al diferenciar por sexo, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es en promedio 4 años más alta que la de los varones. Según se puede observar en la siguiente tabla, esta diferencia entre mujeres y varones se mantiene al considerar la esperanza de vida a los 65 años y a los 80 años.

Bolivia. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	65,0	69,4
Esperanza de vida a los 65 años	14,3	16,1
Esperanza de vida a los 80 años	6,2	7,1

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los siguientes indicadores muestran el envejecimiento incipiente de la población boliviana. El índice de envejecimiento muestra que en el año 2010 se cuentan 13 adultos mayores por cada 100 niños. Es importante apuntar que el 36% de la población total de Bolivia son menores de 15 años y que el 59% se encuentra por debajo de los 65 años. Esto explica un índice de dependencia del 8%, cuatro puntos por debajo del valor registrado para la región iberoamericana.

Bolivia.	
Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	13
Índice de masculinidad	125
Índices de dependencia	8
Edad media de la población (2009)*	21,6

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

3.2. Sistema de Pensiones

3.2.1 Descripción

En 1996 se aprobó la Ley de Reforma de Pensiones 1732, que eliminaba el antiguo sistema de reparto para reemplazarlo por un sistema de capitalización individual que contempla los mismos beneficios que el antiguo: vejez, invalidez, muerte y riesgos profesionales. Los aportes en el nuevo sistema son depositados en cuentas individuales, que son administradas por empresas privadas llamadas Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP). Adicionalmente se separó la seguridad de corto plazo (seguro de salud) y largo plazo (pensiones).

El sistema de pensiones, tras la reforma de 1996, se basa en cuentas individuales para cada aportante. Combina por un lado el FCI (Fondo de Capitalización Individual) y por otro el FCC (Fondo de Capitalización Colectiva). El FCI se crea en base a los aportes realizados por cada trabajador a su cuenta individual, mientras el FCC consta de los retornos obtenidos de las acciones de las empresas capitalizadas y beneficia solamente a los trabajadores que ya eran mayores de edad el 21 de marzo de 1994. Con los fondos del FCC se realizaba el pago de los gastos funerarios, y también se financiaba el pago del Bonosol (Bono Solidario), una renta vitalicia para las personas de 65 o más años que ha sido sustituida en 2008 por la Renta Dignidad.

El sistema de pensiones de Bolivia ha experimentado importantes modificaciones que comenzaron a regir a comienzos de 2008. Los cambios más importantes se refieren a la reducción de la edad de jubilación, la implementación de una pensión mínima y una pensión universal llamada Renta Dignidad. A comienzos de 2009, se implementó un programa de transferencias monetarias condicionadas.

El nuevo diseño del sistema de pensiones no ha eliminado la gestión del mismo por parte de Administradoras de Pensiones privadas, aunque en enero de 2010 el gobierno de Evo Morales ha anunciado su intención de que en el futuro sea gestionado directamente por el Estado boliviano.

Reducción de la edad de jubilación y complemento de mínimos

Hasta 2008, se requerían 65 años de edad para acceder a una pensión de vejez. Con la reciente reforma, la jubilación puede realizarse a los 60 años de edad y quienes aportaron para una renta de vejez ya no deberán acumular un monto que financie al menos una pensión igual al 70 por ciento del promedio de los últimos cinco años de su salario, tal como lo requería la



normativa anterior. En caso de que no se alcance dicha prestación y se cumplan ciertos requisitos, puede accederse a un complemento de mínimos, establecido también en la última reforma, pagadera a las personas de 60 años de edad con al menos 180 períodos de aporte y que hubiesen acumulado un monto que no pueda financiar la pensión mínima. Cumplidos los requisitos de edad y de servicios con aportes, se procederá al cálculo de la pensión y la diferencia hasta la pensión mínima será financiada mediante la reserva financiera del sistema previsional y un aporte solidario de los bolivianos con mayores ingresos, equivalente al 10 por ciento de la diferencia entre el salario mensual y 60 salarios mínimos nacionales. La pensión mínima ascendía a 647 bolivianos mensuales (unos 92 dólares americanos) en 2009 y sus principales beneficiarios son los trabajadores independientes.

Las personas que llegan a los 60 años de edad sin contar con 180 períodos de aporte pueden solicitar un pago único, equivalente al total del monto acumulado, o retiros mínimos que consisten en pagos mensuales hasta agotar sus ahorros acumulados para el retiro.

Retiros voluntarios

La nueva normativa incorpora la posibilidad de que los trabajadores independientes, quienes cotizan para su jubilación de forma voluntaria, puedan efectuar retiros de fondos cada cinco años. Esta medida intenta dar un estímulo a los trabajadores independientes para su incorporación al sistema de seguridad social de largo plazo, pudiendo al menos cumplir con los requisitos para una pensión mínima.

Pensión universal

Otra modificación muy importante es el establecimiento de la pensión universal (Renta Dignidad) que corresponde a un pago de 2.400 bolivianos (unos 340 dólares americanos) por año, pudiendo ser percibida en forma mensual, bimestral, trimestral o anual. Esta prestación sustituye al Bonosol, una pensión universal vitalicia que comenzó a entregarse en 1997 a todos los ciudadanos residentes con 65 o más años de edad, y que tenía un importe de 1.800 bolivianos anuales.

La Renta Dignidad es una prestación no contributiva que el Estado boliviano otorga a:

- Todos los bolivianos residentes en el país mayores de 60 años que no perciban una renta del sistema de seguridad social de largo plazo u otro ingreso por parte del estado.
- Los bolivianos que ya perciben una pensión, en cuyo caso acceden al 75 por ciento del monto de la Renta Dignidad.

El financiamiento de la Renta Dignidad se ha asegurado mediante el establecimiento del Fondo de Renta Universal de Vejez. Dicho fondo se forma con el 30 por ciento de todos los recursos del impuesto directo a los hidrocarburos y los dividendos de las empresas públicas.

Transferencias monetarias condicionadas

El gobierno boliviano también ha centrado su política social en las transferencias monetarias condicionadas mediante la implementación del bono escolar (bono Jacinto Pinto) en 2006 y el subsidio para madres e hijos que comenzó a abonarse en mayo de 2009.

3.2.2 Cobertura e intensidad de protección

La información estadística disponible sobre el sistema de pensiones en Bolivia se concentra sobre todo en los pagos efectuados, y ofrece muy poca información sobre el número de beneficiarios.

A finales de 2009, el número de beneficiarios del Seguro Social Obligatorio (contributivo) ascendía a 158.610, un 22% de la población boliviana de 60 y más años.

Bolivia. Beneficiarios del Seguro Social Obligatorio. Noviembre de 2009.

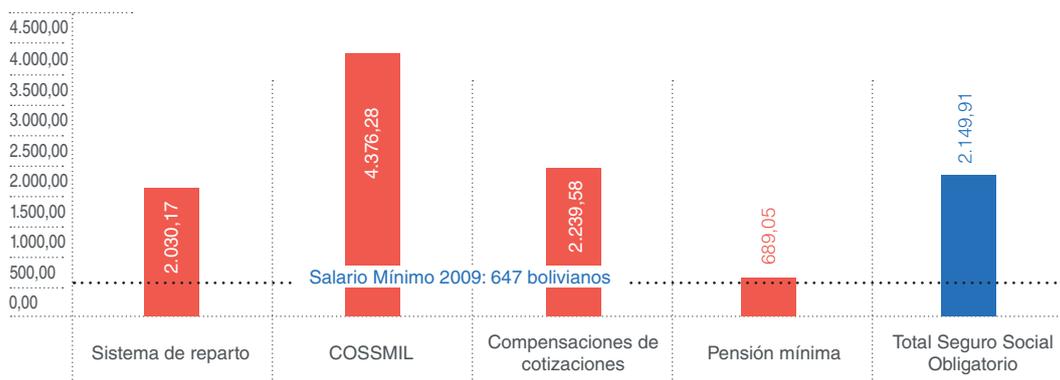
Regímenes del Seguro Social Obligatorio	Beneficiarios	Haber medio (Bolivianos)
Sistema de Reparto	125.565	2.030,17
COSSMIL (Seguro Social Militar)	6.644	4.376,28
Compensación de cotizaciones (*)	25.031	2.239,58
Pensión mínima	1.370	689,05
Total	158.610	2.149,91

(*) La Ley de Pensiones 1732, de 29 de noviembre de 1996, modificó el Sistema de Reparto, estableciendo para la transición el sistema de "compensación de cotizaciones" para los afiliados que hubieran realizado al menos 60 cotizaciones en ese sistema.

Fuente: Viceministerio de Pensiones y Servicios Financieros. Boletín mensual del sistema de pensiones. Noviembre de 2009.

Aunque la cobertura del Seguro Social Obligatorio es reducida, la intensidad de sus prestaciones es en general elevada, y su media triplica el valor del salario mínimo.

Bolivia. Haber medio de las prestaciones del Seguro Social Obligatorio en relación con el Salario Mínimo. Noviembre de 2009



Fuente: Viceministerio de Pensiones y Servicios Financieros. Boletín mensual del sistema de pensiones. Noviembre de 2009.



A febrero de 2010, el número de personas que habían recibido al menos un pago de la Renta Dignidad (la pensión universal no contributiva establecida en 2008) ascendía a 782.660. El 17% de estas personas (132.977) son pensionistas del sistema contributivo. El 83% restante (649.683 personas) son bolivianos residentes en el país mayores de 60 años que no perciban rentas del sistema de seguridad social de largo plazo u otro ingreso por parte del Estado. Con la Renta Dignidad, la cobertura global del sistema de pensiones es virtualmente del 100%.

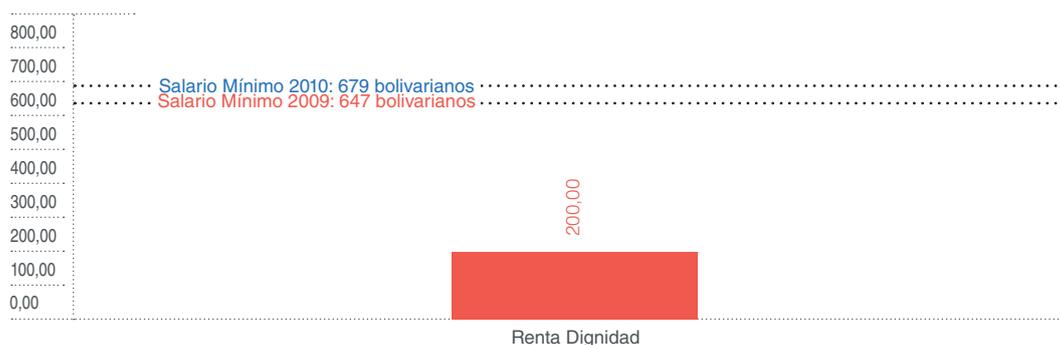
Bolivia. Beneficiarios que han recibido al menos un pago de la Renta Dignidad. Febrero de 2010

	Beneficiarios
Total	782.660
Distribución por sexo	
Varones	357.223
Mujeres	425.437
Distribución según condición o no de rentistas	
Rentistas	132.977
No rentistas	649.683

Fuente: Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones. Dirección de Prestaciones No Contributivas. Estadísticas de la Renta Dignidad actualizada a 28 de febrero de 2010.

El importe mensual de la renta dignidad no llega al 30% del Salario Mínimo, fijado para 2010 en 679 bolivianos.

Bolivia. Haber medio de la Renta Dignidad en relación con el Salario Mínimo. 2009 y 2010.



Fuente: Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones. Dirección de Prestaciones No Contributivas. Estadísticas de la Renta Dignidad actualizada a 28 de febrero de 2010.

3.3. Sistema de Salud

El seguro básico de salud, creado por Decreto Supremo n° 25265, de 12 de enero de 1998, pretende el acceso universal y está destinado a otorgar prestaciones esenciales de salud con calidad y adecuación cultural. Sus prestaciones tienen carácter promocional, preventivo, curativo y están orientadas a reducir, en particular, la mortalidad en la niñez y la mortalidad materna. Se determinan, entre otras cuestiones, el acceso y las personas protegidas, las prestaciones (en beneficio de la niñez, de la mujer y de la población en general), el alcance de las prestaciones y la financiación.

El 16 de enero de 2006 se promulga en reemplazo de la Ley n° 1886 del Seguro Médico Gratuito de Vejez, la Ley n° 3323 del Seguro de Salud para el Adulto Mayor, y en fecha 20 de diciembre del mismo año su Decreto Reglamentario n° 28968, norma que a diferencia de la anterior Ley, permite a los municipios escoger a los prestadores de servicios médicos para este grupo de población principalmente con la intención de que las poblaciones del área rural puedan acceder a estos servicios. El Seguro de Salud para el Adulto Mayor es de carácter integral y completamente gratuito, que significa la atención médica para personas mayores de 60 años que radiquen permanentemente en el territorio nacional y que no cuenten con ninguna clase de seguro de salud.

La Constitución y el Código de Seguridad Social estipulan la cobertura universal en salud, aunque éste es un mandato que aún está lejos de haberse cumplido. La Ley de 1998 sobre seguro básico de salud y el plan estratégico de salud establecieron como objetivo el acceso universal a beneficios básicos de salud de calidad culturalmente apropiada. Las regulaciones posteriores aspiran a extender el paquete básico.

En Bolivia, hay tres subsectores de salud:

- El **subsector público** está integrado por cuatro niveles: nacional a cargo del ministerio, regional a cargo de los departamentos, municipal y distrital. Este subsector está dirigido preferentemente a atender la salud de grupos vulnerables y personas que no están aseguradas en la seguridad social.

Se paga un precio por la consulta médica, curaciones, intervenciones quirúrgicas, análisis y otros. Los precios de estas prestaciones se determinan considerando, solamente el costo de operación del establecimiento de salud, en tanto que el Estado cubre los costos del recurso humano con fondos provenientes del Tesoro General de la Nación y de otros impuestos.

- El **seguro social** está compuesto de 14 cajas o fondos de salud cada uno con su grupo de asegurados, que incluyen al trabajador asegurado, su cónyuge, hijos y padres y hermanos dependientes, así como los pensionados. Los independientes pueden afiliarse voluntariamente.

El acceso de la población a este sector se produce por medio de la afiliación a la Seguridad Social, para lo cual se debe cotizar el 10% de los ingresos, y a través de la cual se accede a la atención en las Cajas de Salud y por tanto, a los seguros de enfermedad, maternidad y riesgo profesional con prestaciones en dinero (compensaciones económicas por incapacidad temporal) y en especie (asistencia médica general y especializada, servicios dentales, intervenciones quirúrgicas, suministro de medicamentos, servicio hospitalario, prótesis, etc.).



- El **subsector privado** se compone por un lado, de organizaciones no gubernamentales, iglesias y otras entidades sin fines de lucro, cuyas prestaciones en salud no son pagadas íntegramente por los usuarios ya que estas entidades reciben algún tipo de subvención no gubernamental. Por otro lado, están las compañías de seguros comerciales y planes de medicina prepaga con fines de lucro, cuyos usuarios costean las prestaciones médicas y sanitarias mediante contribuciones o aportaciones al seguro. Existe, además, la medicina tradicional o informal importante en áreas rurales y urbano-marginales y, especialmente, entre la población indígena.

3.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

- **Atención primaria**, encargada de la promoción, prevención, consulta ambulatoria e internación de tránsito. Este nivel está conformado por la medicina tradicional, la brigada móvil de salud, los puestos y centros de salud, las clínicas y consultorios.
- **Atención especializada**, que comprende la atención ambulatoria de mayor complejidad y la internación hospitalaria en las especialidades básicas de medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, con servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, y opcionalmente traumatología. Su unidad operativa son los hospitales básicos de apoyo.
- **Atención de mayor especialización**, que está constituida por la atención ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidad y subespecialidad, los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta tecnología y complejidad. Sus unidades operativas son los hospitales generales e institutos u hospitales de especialidades.
- **Programa SUMI (Seguro Universal Materno-Infantil)**, dirigido a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses después del parto, al menor de 5 años y a las mujeres entre los 5 a 60 años.
- **Programa de “Salud familiar y comunitaria intercultural”**, basado en la promoción de hábitos y conductas saludables en individuos, familia y la comunidad, la prevención de riesgos, el control de daños y la rehabilitación de personas con discapacidades. Incluye servicios de Medicina Tradicional.
- **Programa de “Extensión de Coberturas”** desde unidades fijas y unidades móviles de salud, para llegar a las poblaciones más dispersas y desprotegidas de todo el país.
- **Programa Nacional contra el ITS/VIH/SIDA.**
- Programa ampliado de Inmunización (prevención y vacunación) de la Tuberculosis, la Malaria, las Chagas, el rotavirus, etc.

Por lo que respecta a servicios y programas de salud específicos para los adultos mayores, estos son recogidos en el Seguro de Salud para el Adulto Mayor (SSPAM), que otorga las prestaciones a las personas mayores de 60 años con carácter gratuito:

- Atención ambulatoria.
- Atención odontológica.
- Hospitalizaciones.
- Tratamiento médico-quirúrgico.

- Servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- Provisión de insumos y medicamentos.

3.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Según cifras oficiales del Ministerio de Salud Boliviano, en 2009 se encontraba bajo cobertura de salud el 25% de la población, proporción que supera muy ampliamente la población de Adultos Mayores, cubierta hasta el 62%. Mientras que en el caso de las mujeres la cobertura se mantiene relativamente estable si nos fijamos en la edad de la población de Adultas Mayores, en el caso de los varones existe una clara tendencia a mayor cobertura conforme avanza la edad.

Indicadores de salud en Bolivia	
Cobertura (2009) ⁽¹⁾	
Población cubierta	25%
Población sin cobertura	75%
Adultos mayores con cobertura de salud	62%
Adultos mayores sin cobertura de salud	38%
Estructura ⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2007)	11
Número de médicos por 10.000 habitantes (2001)	12,2
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2001)	21,3
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2001)	7,1
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes (2001)	5,5
Gasto en salud (2006) ⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	6,4
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	11,6
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	37,2
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	62,8
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	3,6
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	75,8
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	81,0
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	10,2
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	161
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	49
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	257
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	79

1. Fuente: Ministerio de Salud: Anuario estadístico 2009.

2. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database.

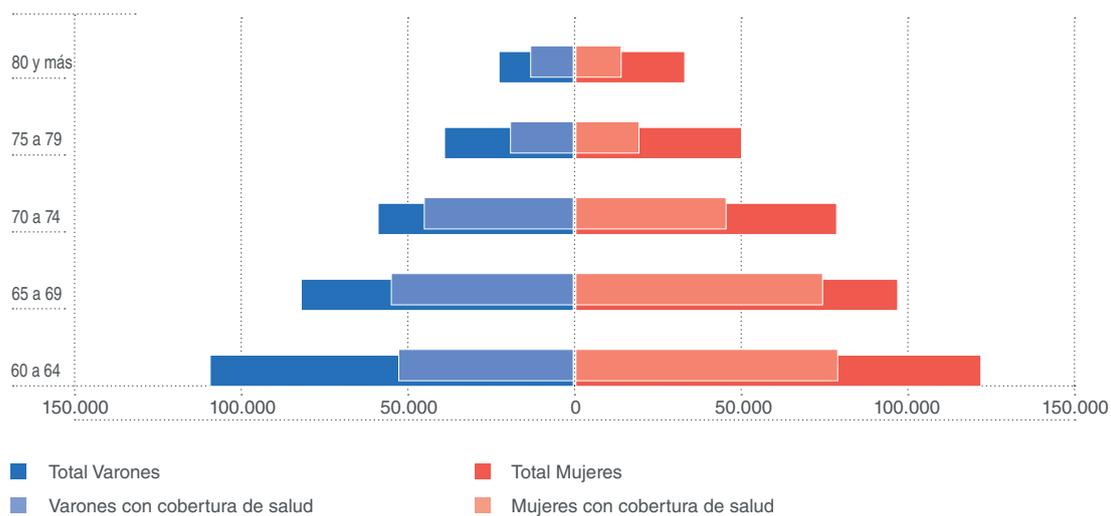


**Bolivia. Población protegida por grupos de edad y sexo.
Al 31 de diciembre de 2009**

Grupos de edad	Total	Varones	Mujeres
Total	2.536.031	1.271.295	1.318.736
60-64	133.337	55.378	77.959
65-69	128.116	56.261	71.855
70-74	92.605	46.457	46.148
75-79	45.981	22.568	23.413
80 y más	30.918	14.869	16.049
Total 60 y más	430.957	195.533	235.424
Resto	2.105.074	1.075.762	1.083.312

Fuente: Ministerio de Salud: Anuario estadístico 2009.

**Bolivia. Cobertura de salud de la población de 60 años y más, por sexo y grupo de edad.
2009.**



Elaboración propia a partir de las estimaciones de población de CELADE para 2010 y de datos del Ministerio de Salud.

3.4. Servicios Sociales

3.4.1 Marco institucional

En la actualidad, las competencias en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Bolivia están atribuidas al Viceministerio de Igualdad de Oportunidades, del Ministerio de Justicia, que cuenta con la Dirección General de Niñez, Juventud y Personas Adultas Mayores, y con la Dirección General de Prevención y Eliminación de toda forma de Violencia en razón de Género y Generacional. Antes de la última reestructuración ministerial existía un Viceministerio de la Juventud, Niñez y Tercera Edad, que dependía del Ministerio de Desarrollo Sostenible y Planificación.

Durante 2010, el Ministerio de Justicia, a través del Viceministerio de Igualdad de Oportunidades ha venido trabajando en el diseño y puesta en marcha de una política nacional de atención a los adultos mayores, que se articula en torno a los siguientes ámbitos de actuación: salud, educación y culturas, seguridad, ingresos y ocupación social y elaboración de proyectos normativos (Leyes, Decretos, y Procedimientos de Aplicación). Al cierre de este informe (finales de 2010) este proyecto se encuentra en fase de discusión y validación en los nueve departamentos del país.

En el ámbito asociativo, destacan la Asociación Nacional de Adultos Mayores de Bolivia (ANAMBO); la red Defensa del Anciano, integrada por organismos públicos, de la Iglesia Católica, sindicales, ONG y organizaciones de base que desarrollan una tarea de abogacía ante la sociedad y el Estado por las personas mayores, y buscan promover una mayor conciencia sobre el envejecimiento; los Consejos de Venerables Ancianos, que trabajan a favor del adulto mayor en distintos departamentos del país, y VejezDigna.org, El Portal del Adulto Mayor Boliviano, que es un espacio de comunicación interactivo que busca promover los derechos de los adultos mayores. Está gestionado por el Centro de Orientación Socio Legal para Ancianos, una entidad promovida por la organización Defensa del Anciano y el Arzobispado de La Paz con apoyo de la Fundación Horizonte.



3.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Bolivia se relacionan brevemente a continuación:

- Albergues y comedores para los adultos mayores.
- Programa de prevención del maltrato en la comunidad y violencia familiar.
- Desde la Entidad Vejez Digna se llevan a cabo las siguientes actividades:
 - Jornadas Distritales de Sensibilización.
 - Mesas de Trabajo Inter Institucionales (de salud, de documentación, de maltrato y abandono, etc.).
 - Talleres de Capacitación para ejercer el Control Social sobre el Trato Preferente a Adultos Mayores (Ley 1886).
 - Comité Impulsor para la Aprobación de la Ley del Adulto Mayor, que actualmente se encuentra en revisión en la Cámara de Senadores.
 - Talleres con Municipios, en el marco del proyecto “Defendiendo los derechos de las personas mayores en Perú y Bolivia”.
 - Orientación sociolegal.





04

Brasil

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



4.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos ofrecidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 el número de residentes en Brasil asciende a 195.497.620 personas. La población de 65 años y más se sitúa en 13.474.678 personas, lo que supone el 6,9% de la población total del país. Las mujeres de 65 años y más representan el 56% de la población adulta mayor. El peso de la población femenina mayor aumenta según aumenta la edad. Así en el grupo de 85 años y más las mujeres representan el 61% frente a los varones con un porcentaje del 39%.

Brasil. Población total, población de 65 años de edad según sexo. Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	96.256.240	99.241.380	195.497.620
65 - 69	2.101.649	2.507.066	4.608.715
70 - 74	1.594.029	2.008.230	3.602.259
75 - 79	1.019.636	1.372.717	2.392.353
80 - 84	650.321	935.116	1.585.437
85 y más	502.999	782.915	1.285.914
Total 65 años y más	5.868.634	7.606.044	13.474.678
Proporción sobre la población total %	6,1%	7,7%	6,9%

CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

Este perfil femenino de los adultos mayores se entiende al observar la variable “esperanza de vida” según el sexo. Así, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es en promedio 7 años más alta que la de los varones. Esta diferencia entre mujeres y varones se mantiene al considerar la esperanza de vida a los 65 años y a los 80 años.

Brasil. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo. Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	70,0	77,2
Esperanza de vida a los 65 años	16,6	19,3
Esperanza de vida a los 80 años	8,9	10,2

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Las proyecciones apuntan el volumen y peso de la población de 65 años y más en Brasil aumentará a tal grado que para el año 2025 el porcentaje de adultos mayores se situará en los 11,44% y para el 2050 este porcentaje será del 20,4%.

Otros indicadores que dibujan el perfil de los mayores en Brasil se ilustran en la siguiente tabla:

Brasil.	
Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	27
Índice de masculinidad	130
Índices de dependencia	10
Edad media de la población (2009) *	28.6

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

4.2. Sistema de Pensiones

4.2.1 Descripción

Los beneficios que otorga el sistema previsional brasileño son los siguientes:

- **Beneficios del Régimen General de la Seguridad Social**, que cuenta con dos apartados diferenciados:
 - Los **beneficios previsionales**, que agrupan las siguientes prestaciones: jubilaciones, pensiones por fallecimiento, auxilios, salario por maternidad y el salario familiar. Para acceder a ellos es necesario un determinado período de cotización previa (período de carencia).
 - Los **beneficios por accidente de trabajo**, que incluyen las siguientes prestaciones: jubilación por invalidez, pensión por fallecimiento, auxilios por enfermedad, accidente y auxilios suplementarios.
- **Beneficios Asistenciales**, que son aquellos beneficios que se conceden con independencia del tiempo de contribución. Las prestaciones que se ofrecen son los amparos asistenciales (personas con discapacidad, vejez), las pensiones mensuales vitalicias y las rentas mensuales vitalicias (invalidez y vejez).
- **Encargos Previsionales de la Unión**. Comprenden las prestaciones de jubilación y pensiones de los funcionarios civiles y militares de la Administración General de la Unión.

Jubilaciones

La edad necesaria para acceder a la jubilación por edad es diferente según se trate de hombres y mujeres y de trabajadores urbanos o rurales.

- En el caso de asalariados y trabajadores independientes urbanos, la edad de acceso son 65 años para los hombres y 60 años para las mujeres.
- En el caso de los trabajadores rurales independientes, la edad de acceso es más temprana: 60 años para los hombres y 55 años para las mujeres.



Las personas que cuya primer afiliación fue antes del 25 de julio de 1991 deben acreditar al menos 156 meses de contribuciones para acceder a la pensión de vejez por edad, mientras que los afiliados con posterioridad a esa fecha deben acreditar 180 meses.

También puede accederse a la pensión de vejez por tiempo de cotización. Para ello, el asegurado debe tener 35 años de cotización si es hombre y 30 si es mujer. El tiempo de cotización puede reducirse en el caso de realizar trabajos arduos.

Existe también la posibilidad de acceder a una pensión proporcional, a la edad de 53 años con 30 años de cotización (hombres) y de 48 años con 25 años de cotización (mujeres). Los asegurados que ingresaron al sistema hasta el 16 de diciembre de 1998 deben también cotizar el 40% de la diferencia entre las cotizaciones requeridas a la edad de 53 años (hombres) o 45 años (mujeres) y las pagadas al 16 de diciembre de 1998.

Asignación de vejez

Los requisitos para recibir la asignación de vejez son tener una edad de 65 años o superior, no tener trabajo remunerado y que el ingreso familiar por capita sea inferior al 25% del salario mínimo. El derecho a la asignación es revisado cada 2 años.

Pensión de sobrevivientes

Cuando fallece un pensionista o un asegurado, los derechohabientes son la viuda o el viudo, el o la conviviente e hijos menores de 21 años (sin límite de edad si son discapacitados). En ausencia de estos derechohabientes, tienen derecho a la pensión los padres y hermanos menores de 21 años (sin límite de edad si son discapacitados). La pensión es dividida en partes iguales entre los derechohabientes y se recalcula en caso de modificación del número de derechohabientes.

4.2.2 Cobertura e intensidad de protección

4.2.2.1 Beneficios emitidos en enero de 2010

De acuerdo con los datos del Boletín Estadístico de la Seguridad Social del Ministerio de Previsión Social de Brasil, en enero de 2010 la Seguridad Social Brasileña ha emitido un total de 27.046.650 beneficios, por un valor total mensual de 18.530,7 millones de reales. El 69,9% de estos beneficios han sido generados por trabajadores urbanos, frente al 30,1% que corresponden a trabajadores rurales y sus derechohabientes. El valor medio mensual de los beneficios emitidos fue de 685,14 reales. En la clientela urbana, el valor medio de los beneficios ascendió a 778,20 reales mientras que para la clientela rural fue de 469,22 reales. Para dimensionar este valor, hay que tener en cuenta que el salario mínimo fijado para 2010 en el conjunto de la Federación es de 510 reales. Sin embargo, algunos Estados fijan salarios mínimos superiores al establecido para el conjunto de la Federación, a veces con varios valores aplicables a diferentes categorías de trabajadores. Así, en el Estado de São Paulo, el de mayor población del país, el salario mínimo está fijado en 560, 570 y 580 reales, según ocupaciones, y en el Estado de Río de Janeiro (el tercero más poblado del país, después de São Paulo y Minas Gerais) oscila entre 553,31 reales en el caso de los trabajadores agrícolas y forestales y 1.484,58 reales en el caso de administradores de empresas, abogados y contadores, siendo el valor del salario mínimo para la mayoría de los trabajadores cualificados de la industria y de los servicios de 665,77 reales.

Estos beneficios se distribuyen en tres importantes apartados:

- Los Beneficios del Régimen General de la Seguridad Social, que totalizaron 23.520.576 beneficios emitidos, lo que supone el 86,96% del total. En este régimen se distinguen dos grandes grupos de beneficios: los beneficios previsionales (22.733.446) y los beneficios del régimen de accidentes de trabajo (787.130).
- Los Beneficios Asistenciales, con 3.516.068 beneficios emitidos, que suponen un 13,00% del total.
- Los Encargos Previsionales de la Unión, 10. 006 (0,04% del total).

Brasil: Cantidad de Beneficios y valor de los Beneficios Emitidos, según clientela urbana o rural y tipo de prestación. Enero de 2010

Tipo de prestación	Cantidad			Valor (R\$)		
	Total	Clientela		Total	Clientela	
		Urbana	Rural		Urbana	Rural
TOTAL	27.046.650	18.900.839	8.145.811	18.530.748.794	14.708.564.192	3.822.184.601
BENEFICIOS DEL RÉGIMEN GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL	23.520.576	15.519.639	8.000.937	16.719.842.239	12.971.454.462	3.748.387.777
Previsionales	22.733.446	14.761.903	7.971.543	16.232.060.923	12.496.291.779	3.735.769.144
Jubilaciones	15.107.051	9.330.299	5.776.752	11.225.249.177	8.516.397.108	2.708.852.069
Por tiempo de Contribución	4.326.745	4.312.428	14.317	5.182.522.830	5.172.759.117	9.763.712
Por Edad	7.877.768	2.546.787	5.330.981	4.134.094.913	1.638.646.765	2.495.448.148
Por Invalidez	2.902.538	2.471.084	431.454	1.908.631.435	1.704.991.226	203.640.209
Pensiones por fallecimiento	6.467.771	4.412.646	2.055.125	4.129.541.977	3.167.452.915	962.089.062
Auxilios	1.088.840	965.702	123.138	845.382.212	787.173.289	58.208.923
Enfermedad	1.036.665	924.852	111.813	819.443.492	764.871.098	54.572.394
Reclusión	25.685	17.390	8.295	10.445.797	8.322.068	2.123.729
Accidente	26.490	23.460	3.030	15.492.923	13.980.123	1.512.800
Salario por maternidad	69.135	52.607	16.528	31.581.180	24.962.091	6.619.089
Otros	649	649	–	306.376	306.376	–
Por accidentes de trabajo	787.130	757.736	29.394	487.781.316	475.162.683	12.618.633
Jubilación por Invalidez	159.961	149.834	10.127	135.501.205	130.698.794	4.802.412
Pensión por fallecimiento	126.610	122.207	4.403	94.396.909	92.240.887	2.156.022
Auxilios por enfermedad	150.788	142.099	8.689	127.119.619	123.036.082	4.083.536
Auxilios por Accidente	275.432	269.257	6.175	120.647.378	119.070.715	1.576.663
Auxilios Suplementarios	74.339	74.339	–	10.116.205	10.116.205	–

continúa ►



◀continua

Brasil: Cantidad de Beneficios y valor de los Beneficios Emitidos, según clientela urbana o rural y tipo de prestación. Enero de 2010

Tipo de prestación	Cantidad			Valor (R\$)		
	Total	Clientela		Total	Clientela	
		Urbana	Rural		Urbana	Rural
Beneficios asistenciales	3.516.068	3.371.194	144.874	1.796.967.712	1.723.170.888	73.796.824
Amparos Asistenciales	3.182.160	3.182.160	–	1.620.411.677	1.620.411.677	–
Personas con discapacidad	1.636.976	1.636.976	–	833.154.420	833.154.420	–
Vejez	1.545.184	1.545.184	–	787.257.257	787.257.257	–
Pensiones Mensuales Vitalicias	14.774	14.774	–	14.104.004	14.104.004	–
Rentas mensuales vitalicias	319.134	174.260	144.874	162.452.032	88.655.208	73.796.824
Invalidez	235.278	133.063	102.215	119.706.763	67.660.104	52.046.660
Edad	83.856	41.197	42.659	42.745.269	20.995.104	21.750.165
Encargos previsionales de la unión (EPU)	10.006	10.006	–	13.938.842	13.938.842	–

Fuente: Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de De Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - Diie / DATAPREV. Boletín Estadístico de la Previdencia Social - Vol. 15. N° 1. Enero 2010.

A continuación se analizan con un poco más de detalle los beneficios dirigidos a las personas mayores.

Jubilaciones previsionales y pensiones por fallecimiento

En enero del 2010, las jubilaciones previsionales ascendían a 15.107.051. El 52,1% de éstas (7.877.768) eran jubilaciones por edad, el 28,6% (4.326.745) jubilaciones por tiempo de contribución y el 19,2% restante (2.902.538) jubilaciones por invalidez. Había también 6.467.771 pensiones pagadas a los derechohabientes de jubilados o trabajadores activos fallecidos.

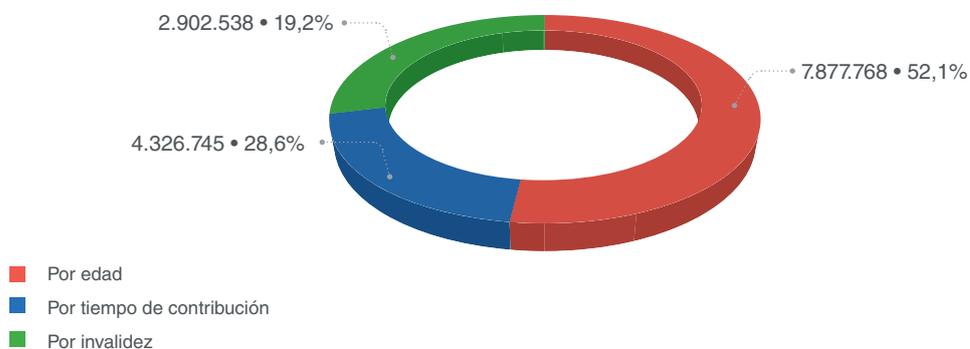
La cuantía media de las jubilaciones previsionales y de las pensiones por fallecimiento varía de forma importante en función del tipo de jubilación o pensión (la cuantía media más alta corresponde a las jubilaciones por tiempo de contribución, y la más baja a las jubilaciones por edad) y de si han sido generadas por trabajadores urbanos o rurales, correspondiendo a estos últimos las cuantías más bajas. Excepto la jubilación previsional por tiempo de contribución, cuya cuantía media duplica el salario mínimo, el haber del resto de las prestaciones es un poco superior al salario mínimo en la clientela urbana, e inferior a él en la clientela rural.

Brasil: Cantidad de Jubilaciones Previsionales y Pensiones por Fallecimiento y valor medio mensual, según tipo de clientela y tipo de prestación. Enero de 2010

Tipo de prestación	Total	Clientela	
		Urbana	Rural
Cantidad de Beneficios emitidos			
Jubilaciones Previsionales	15.107.051	9.330.299	5.776.752
Tiempo de Contribución	4.326.745	4.312.428	14.317
Edad	7.877.768	2.546.787	5.330.981
Invalidez	2.902.538	2.471.084	431.454
Pensiones previsionales por fallecimiento	6.467.771	4.412.646	2.055.125
Cuantía media mensual, en reales			
Jubilaciones Previsionales	743,05	912,77	468,92
Tiempo de Contribución	1.197,79	1.199,50	681,97
Edad	524,78	643,42	468,10
Invalidez	657,57	689,98	471,99
Pensiones por fallecimiento	638,48	717,81	468,14

Fuente: Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - DIIE / DATAPREV. Boletín Estadístico de la Previdencia Social - Vol. 15. N° 1. Enero 2010.

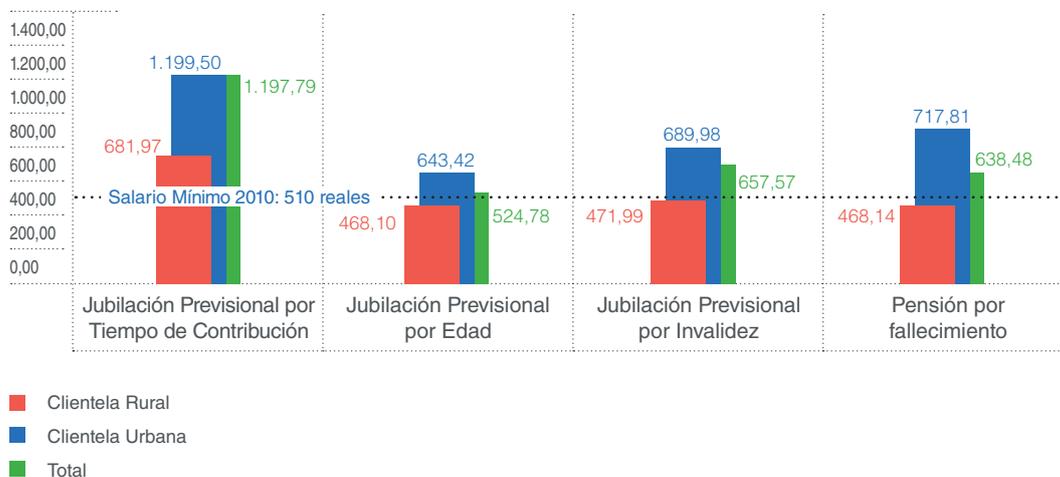
Brasil. Distribución de las jubilaciones previosanales por tipo de jubilación. Enero de 2010.



Fuente: Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - DIIE / DATAPREV. Boletín Estadístico de la Previdencia Social - Vol. 15. N° 1. Enero 2010.



Brasil. Haber medio de las Jubilaciones Previsionales y de las Pensiones por Fallecimiento en relación con el Salrio Mínimo. Enero de 2010.



Fuente: Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de De Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - DIIE / DATAPREV. Boletín Estadístico de la Previdencia Social - Vol. 15. N° 1. Enero 2010.

Beneficios Asistenciales

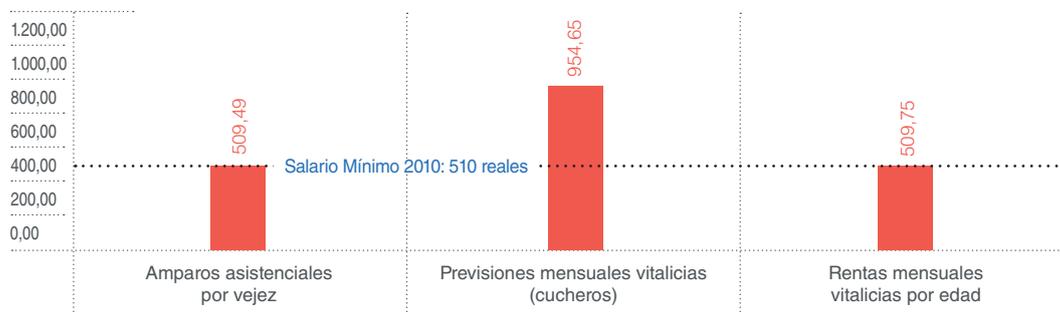
En enero de 2010 se emitieron 1.545.184 amparos asistenciales por vejez, 14.774 pensiones mensuales vitalicias dirigidas a recolectores de caucho que trabajaron durante la Segunda Guerra Mundial en el caucho de la región amazónica y que carecen de recursos para su subsistencia, y 83.856 rentas mensuales vitalicias por edad. En total, los beneficios asistenciales dirigidos a personas mayores fueron 1.643.814. La cuantía media fue de 509,49 reales (similar al salario mínimo) en el caso de los amparos asistenciales y de 954,65 reales en el caso de las pensiones mensuales vitalicias pagadas a recolectores de caucho. En las rentas mensuales vitalicias el haber medio fue de 508,96 reales, prácticamente igual que el de los amparos asistenciales por vejez. Esta prestación es la única de los beneficios asistenciales que reciben también personas de la clientela rural, sin que en este caso haya diferencia apreciable respecto del haber medio percibido por la clientela urbana.

Brasil: Cantidad de Beneficios Asistenciales para personas mayores y valor medio mensual, según tipo de clientela y tipo de prestación. Enero de 2010

Tipo de prestación	TOTAL	Clientela	
		Urbana	Rural
Cantidad de Beneficios emitidos			
Amparos asistenciales por vejez	1.545.184	1.545.184	–
Pensiones mensuales vitalicias (caucheros)	14.774	14.774	–
Rentas mensuales vitalicias por edad	83.856	41.197	42.659
Total	1.643.814	1.601.155	42.659
Cuantía media mensual, en reales			
Amparos asistenciales por vejez	509,49	509,49	–
Pensiones mensuales vitalicias (caucheros)	954,65	954,65	–
Rentas mensuales vitalicias por edad	509,75	509,63	509,86

Fuente: Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de De Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - DIIE / DATAPREV. Boletín Estadístico de la Previdencia Social - Vol. 15. N° 1. Enero 2010.

Brasil. Haber medio de los Beneficios Asistenciales en relación con el Salario Mínimo. Enero de 2010.



Fuente: Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de De Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - DIIE / DATAPREV. Boletín Estadístico de la Previdencia Social - Vol. 15. N° 1. Enero 2010.

Encargos Previsionales de la Unión

Los encargos previsionales de la unión emitidos en enero de 2010 fueron 10.006, con una cuantía media de 1.393,05 reales. Todos los beneficios emitidos por este tipo de prestación corresponden a trabajadores urbanos.

4.2.2.2 Beneficiarios activos por grupo de edad y sexo en diciembre de 2008

La información sobre beneficiarios desagregada por edad y sexo más reciente disponible en el momento de redactar este informe se refiere a diciembre de 2008. De acuerdo con esta información, el número de beneficiarios de prestaciones previsionales que tenían 60 o más años de edad ascendía a 17.094.471, de los que 7.171.715 eran varones, 9.789.291 mujeres y se desconocía el sexo de 133.465.

Brasil. Cantidad y valor de los beneficios activos según grupo de edad y sexo. Diciembre de 2008

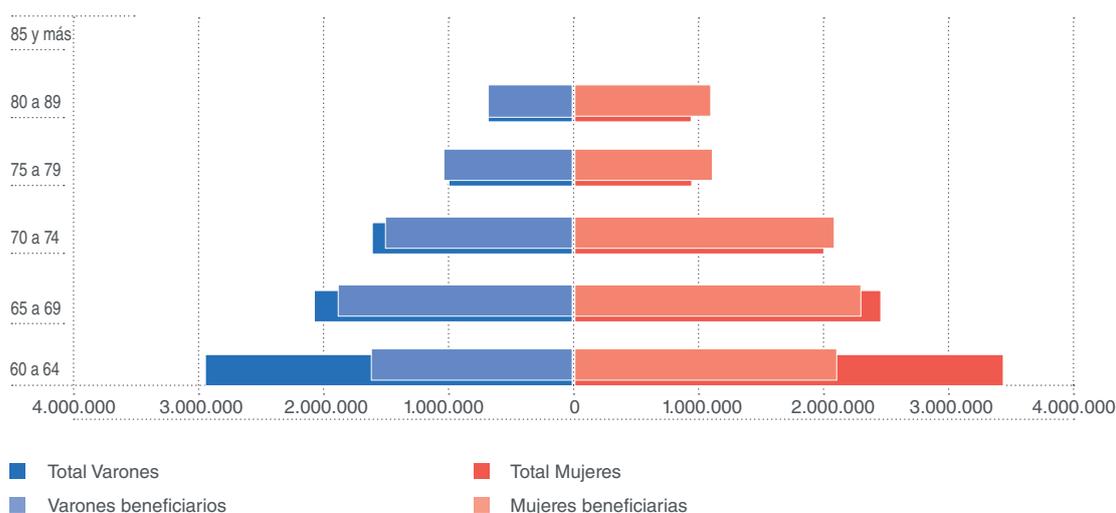
Grupos de edad	BENEFICIOS ACTIVOS ⁽¹⁾			
	Total	Hombres	Mujeres	Ignorado
Total beneficiarios	26.021.535	10.968.773	14.770.409	282.353
60-64	3.329.743	1.581.414	1.740.981	7.348
65-69	4.225.833	1.920.288	2.297.310	8.235
70-74	3.599.203	1.513.008	2.076.638	9.557
75-79	2.698.465	1.056.785	1.632.148	9.532
80-84	1.778.984	646.203	1.111.038	21.743
85-89	906.161	300.159	574.529	31.473
90 años y más	556.082	153.858	356.647	45.577
Total beneficiarios de 60 y más años	17.094.471	7.171.715	9.789.291	133.465
Resto	8.927.064	3.797.058	4.981.118	148.888

1. Datos no consolidados. Una misma persona que reciba varios beneficios distintos está contabilizada varias veces.
Fuente: Elaboración propia a partir de Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de De Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - Diie / DATAPREV. Anuario Estadístico 2008 de la Previdencia Social.



La cobertura prestacional calculada a partir de estos datos y de las estimaciones de población del CELADE para 2010 alcanza el 86,2% para las personas de 60 y más años, y supera el 100% en las de 65 años y más. Aún cuando estos índices deberían ser corregidos a la baja, para compensar la no consolidación de los datos de los beneficiarios, la cobertura del sistema previsional de Brasil puede calificarse como de muy alta, alcanzando virtualmente al 100% de la población de 65 y más años.

Brasil. Cobertura prestacional en población de 60 y más años, por sexo y grupo de edad. Diciembre de 2008.



Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones de población de CELADE para 2010 y del Anuario Estadístico 2008 de la Previdência Social.

4.3. Sistema de Salud

El Ministerio de Salud es el órgano responsable de la organización y elaboración de los planes y políticas públicas en cuanto a la promoción, prevención y asistencia sanitaria de la población en Brasil. El Sistema Único de Salud (SUS) es uno de los mayores sistemas públicos de salud del mundo. Abarca desde las atenciones ambulatorias hasta el transplante de órganos, garantizando un acceso integral, universal y gratuito para toda la población del país. Por tanto, no existen condiciones específicas para beneficiarse del Sistema de Salud en Brasil, haciendo obligatoria la atención pública a cualquier ciudadano, siendo prohibidos cobros de dinero bajo cualquier pretexto.

Amparado por un concepto amplio de salud, el SUS fue creado en 1988 por la Constitución Federal Brasileña, para ser el sistema de salud de más de 180 millones de ciudadanos. Más allá de ofrecer consultas y exámenes, el Sistema también promueve campañas de vacunación y acciones de prevención y de vigilancia sanitaria (como la fiscalización de alimentos y el registro de medicamentos). Antes de la creación del SUS, la salud no era considerada un derecho social en Brasil.

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 sanitarias, exámenes, internamientos 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 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.

4.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

- **Salud de la familia:** mantenimiento de la salud y prevención de enfermedades a través de centros ambulatorios comunitarios.
- **Acciones de orientación y prevención:** programas contra el sida, contra el tabaquismo, contra la diabetes, contra la hipertensión, programa de alimentación saludable, programa de vacunación (como por ejemplo la vacunación contra el H1N1), trasplantes, receta de medicamentos, etc.
- **Farmacia popular:** programa que amplía el acceso de la población a medicamentos esenciales, vendidos a precios más bajos que en el mercado.
- **Donación de órganos:** programa para concienciar a la población sobre la importancia de la donación de órganos.
- **Brasil sonriente:** programa que busca mejorar la salud bucal de la población mediante la prevención de caries en niños, adolescentes, adultos y mayores.
- **SAMU 192:** el Servicio de Atención Móvil de Urgencias presta asistencia médica y sanitaria en casos de emergencias.
- **Unidad de Pronta Atención (UPA 24 h):** Las UPAs 24h son estructuras de complejidad intermedia entre las Unidades Básicas de Salud y las entradas de las urgencias hospitalarias.
- **Combate el dengue:** programa que actúa sobre uno de los principales problemas de salud pública en el mundo, especialmente en países tropicales como Brasil.

Existe, además, una serie de programas de salud específicos para los adultos mayores:

- **Vacunación de la población 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). Tiene como meta vacunar un 70% de la población mayor, sin embargo, todos los años la meta se superan. En 2006, un 86% de la población mayor recibió la vacuna antigripal.



- **Estrategia Salud de la Familia:** aproximadamente un 50% de la población mayor es cubierta por la Estrategia Salud de la Familia que comprende la visita a domicilio por equipos de profesionales de salud y de agentes comunitarios de salud.
- **Atención de Media y Alta Complejidad:** el SUS ofrece a los Adultos Mayores todos los procedimientos de media y alta complejidad necesarios para la atención a la salud, por medio de la asistencia prestada en el propio municipio donde el Adulto Mayor reside o por medio de referencia y contrarreferencia.
- **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 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.
- **Medicamentos:** todos los medicamentos para las enfermedades prevalentes en la fase de vejez están contemplados en la RENAME (Relación Nacional de Medicamentos) y se encuentran disponibles para los usuarios del sistema, incluyendo medicamentos de alto coste tales como los indicados para el tratamiento de la osteoporosis, enfermedad de Parkinson y enfermedad de Alzheimer.
- **Tratamiento de enfermedades presentes en la fase de vejez y rehabilitación de secuelas concurrentes de enfermedades crónicas:** el SUS establece protocolos clínicos y directrices terapéuticas, con garantía de tratamiento y acceso a la medicación para enfermedades prevalentes en la fase de vejez tales como enfermedad de Parkinson, osteoporosis y enfermedad de Alzheimer. Además de esas, hay protocolos específicos para las enfermedades oncológicas, cardíacas y resultantes de causas externas (caídas, entre otras). Mediante los protocolos específicos se fortalecen los 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 la atención en servicios de rehabilitación, con la orientación de profesionales cualificados en el área de geriatría y de gerontología.
- **Prevención de enfermedades crónicas vinculadas con la vejez:** se desarrollan estrategias para el control de las enfermedades y dolencias no transmisibles. Para la Coordinacao Nacional para Vigilancia de Doencas e Agravos Nao Transmissiveis (DANT), se convirtió en una prioridad. 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 en los adultos mayores.
- **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. 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. Este programa asume que la educación y la cualificación de los profesionales en esta área es prioritaria.

4.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Brasil	
Cobertura	
Población cubierta	-
Población sin cobertura	-
Adultos mayores con cobertura de salud	-
Adultos mayores sin cobertura de salud	-
Estructura⁽¹⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2005)	24
Número de médicos por 10.000 habitantes (2006)	16.9
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2006)	29.1
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2006)	11.5
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes(2006)	5.5
Gasto en salud (2006)⁽¹⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7.5
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	7.2
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	52.1
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	47.9
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.1
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	0.0
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	63.8
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	33.8
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	323
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	204
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	674
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	427

1. OMS. *The Global Health Observatory (GHO) Database*.

4.4. Servicios Sociales

4.4.1 Marco institucional

Brasil cuenta con un *Consejo Nacional de los Derechos de los Adultos Mayores* integrado por 14 representantes de órganos públicos federales. Desde este organismo se lleva a cabo el desarrollo y perfeccionamiento de las políticas sociales desarrolladas por los órganos gubernamentales, así como su integración, seguimiento y evaluación. El Consejo tiene como atribuciones prioritarias velar por la aplicación de la Política Nacional del Adulto Mayor y del Estatuto del Mayor, así como controlar y fiscalizar las acciones de ejecución de estas políticas sociales.

El *Consejo Nacional de Asistencia Social*, junto a su *Secretaría Nacional*, se encuentra vinculado al Ministerio del Desarrollo Social y Combate al Hambre. Está compuesto de nueve representantes de órganos del gobierno federal relacionados con la asistencia social y nueve representantes de la sociedad (tres representantes de entidades y/o organizaciones de usuarios, tres de entidades de asistencia social y tres de organizaciones de trabajadores del sector). Este organismo es el encargado de asegurar la asistencia personal a los ciudadanos de Brasil mediante la coordinación de sus 26 consejos provinciales de asistencia social, un consejo de asistencia social de Distrito Federal y 5.207 consejos municipales de asistencia social.



El *Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre* (MDS) es el máximo responsable de la política de asistencia social dirigidas a diferentes colectivos, incluidos los adultos mayores. Este organismo realiza, junto a otros órganos federales, una actualización de las acciones y estrategias desarrolladas por los diversos órganos de gobierno, responsables de las políticas sectoriales, sobre las acciones (iniciativas, legislación, programas, proyectos) de protección a la persona mayor desarrolladas en la perspectiva de la Política Nacional del Adulto Mayor y del Estatuto del Adulto Mayor.

La Política Nacional del Adulto Mayor (Política Nacional do Idoso, PNI), instituida por la Ley número 8.842 de 4 de enero de 1994, tiene como objetivo “asegurar los derechos sociales del Adulto Mayor, creando condiciones para promover su autonomía, integración y participación”, y se basa en los siguientes principios (art. 3):

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

La Ley 8.824 establece también una serie de directrices a las que deberá atenderse la PNI, que son las siguientes:

- Hacer viables formas alternativas de participación, ocupación y convivencia del Adulto Mayor, que promuevan su integración con las demás generaciones.
- Participación del Adulto Mayor, a través de sus organizaciones representativas, en la formulación, implementación y evaluación de las políticas, planes, programas y proyectos desarrollados.
- Priorización de la atención al Adulto Mayor a través de sus propias familias, en detrimento de la atención residencial, a excepción de los Adultos Mayores que no posean condiciones que garanticen su propia supervivencia.
- Descentralización político-administrativa.
- Capacitación y reciclaje de los recursos humanos en las áreas de geriatría y gerontología y en la prestación de los servicios.
- Implementación de sistema de informaciones que permita la divulgación de la política, de los servicios ofrecidos, de los planes, programas y proyectos en cada nivel de gobierno.
- Establecimiento de mecanismos que favorezcan la divulgación de informaciones de carácter educativo sobre los aspectos bio-psico-sociales del envejecimiento.

- Priorizar la atención al Adulto Mayor en órganos públicos y privados prestadores de servicios a los mayores solos y sin familia.
- Apoyo a estudios e investigaciones sobre las cuestiones relativas al envejecimiento.

Por otro lado, el Estatuto del Adulto Mayor (Estatuto do Idoso), aprobado por la Ley 10.741, de 1 de octubre de 2003, reconoce jurídica y formalmente los derechos individuales, políticos, civiles, sociales y económicos de los adultos mayores brasileños. El Estatuto del Adulto Mayor garantiza a los mayores brasileños, entre otros, los siguientes derechos:

- Atención preferente inmediata e individualizada por parte de los organismos públicos y privados que prestan servicios a la población.
- Derecho al beneficio de salario mínimo para las personas adultas mayores que no dispongan de recursos económicos.
- Garantía de revalorización de los beneficios de seguridad social en función de los reajustes del salario mínimo.
- Atención integral de la salud, por intermedio del Sistema Único de Salud, incluyendo, cuando fuera necesaria, la distribución gratuita de medicamentos (especialmente los de uso continuado) y prótesis, ortesis y otros recursos para el tratamiento, habilitación o rehabilitación.
- Prohibición de discriminación en los planes de salud mediante el cobro de cuotas diferenciadas en función de la edad.
- Descuento mínimo del 50% en el ingreso a actividades culturales y de ocio, y preferencia en el acceso a las mismas.
- Prohibición de establecer una edad límite para acceder a las ofertas de empleo, a menos que la naturaleza del trabajo lo requiera. En los concursos para el acceso al empleo público, la edad será el primer criterio de desempate, dándose preferencia a los candidatos de mayor edad.
- Prioridad de los mayores de 65 años en el acceso a los programas de vivienda y gratuidad de los transportes colectivos urbanos y semiurbanos.

La Política Nacional del Adulto Mayor y el Estatuto del Adulto Mayor constituyen el fundamento de las diversas políticas sociales que fortalecen la atención integral de las personas mayores en Brasil.

El MDS actúa junto a las coordinaciones provinciales de la Política del Adulto Mayor en la actualización del diagnóstico de las acciones de protección a la persona mayor en el ámbito de los estados, con vistas a acompañar y adecuar los Planes Estatutarios Integrados de Acción Gubernamental. La mayor parte de los estados ya han elaborado sus planes, los cuales están en fase de ejecución.

Otras instituciones que llevan a cabo acciones en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Argentina son las siguientes:

- *Sociedad Brasileña de Gerontología y Geriatría (SBGG)*, que tiene como objetivo principal congrega médicos y otros profesionales interesados en la Geriatría y Gerontología, estimulando y apoyando el desarrollo y la divulgación del conocimiento científico en el área de envejecimiento.



- *Servicio Social del Comercio* es una institución privada sin ánimo de lucro que tiene como objetivo promover el bienestar social, el desarrollo cultural y mejorar la calidad de vida de los trabajadores, de sus familias y de la comunidad en general. El SESC realiza un trabajo de acción social en el estado de São Paulo, participando en actividades culturales, de educación medioambiental, de educación para la salud, trabajo con los mayores, la educación infantil, el turismo social, etc.
- *Pastoral de la Persona Mayor*, que es una propuesta de la Conferencia Nacional de los Obispos de Brasil, estructurada como organización no-gubernamental. Tiene como objetivo asegurar la dignidad y la valorización integral de las personas Mayores, a través de la promoción humana y espiritual, respetando sus derechos, en un proceso educativo de formación continuada de éstas, de sus familias y de sus comunidades.
- *Asociación Brasileña de los "Clubes de la Mejor Edad"*, que tiene como objetivo proporcionar, a través de un trabajo voluntario, oportunidades de turismo, ocio y cultura, despertando la conciencia de la ciudadanía y promoviendo el ocio social y mejoría de la calidad de vida de sus asociados.

El derecho a la protección social y de la política de asistencia social a las personas mayores está inscrito en la Ley Orgánica de la Asistencia Social (LOAS), Ley 8742 de 7 de diciembre de 1993. La LOAS reglamenta los artículos 203 y 204 de la Constitución Federal de 1988 que definió la asistencia social como política pública derecho del ciudadano y deber del Estado, integrante de la Seguridad Social brasileña, junto con la Salud y la Previsión Social.

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

En 2003, se inicia en Brasil un reordenamiento de la asistencia social con la institución de un nuevo modelo de gestión: el Sistema Único de Asistencia Social (SUAS), a través del cual las personas mayores acceden a la protección otorgada por la asistencia social. La atención de las personas mayores es prestada en el SUAS por medio de una red pública y privada, y comprende el beneficio de prestación continua y los servicios de protección social básica (destinados a las personas en situación de vulnerabilidad social) y de protección social especial (para aquellos que se encuentran en situación de riesgo social).

4.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales programas sociales dirigidos a adultos mayores en Brasil se detallan brevemente a continuación:

- **Centros de Referencia de Asistencia Social (CRAS)**. Son unidades públicas localizadas en territorios de vulnerabilidad social y desarrollan servicios socioeducativos, actividades de convivencia y acceso y generación. Las personas mayores son atendidas a partir del trabajo desarrollado con sus familias y por intermedio de los grupos y centros de convivencia y del Beneficio de Prestación Continuada (BPC).
- **Programa "Brasil Accesible"**. Es un programa de movilidad urbana para adultos mayores que contempla los siguientes aspectos:
 - Apoyo financiero a Proyectos de Accesibilidad.

- Apoyo a estados y municipios en la aplicación de acciones para la garantía de la accesibilidad de personas con discapacidad y mayores, considerando la construcción de espacios públicos y la operación de servicios de transporte público.
- El programa contempla acciones de capacitación de personal, adecuación de los sistemas de transportes y eliminación de barreras arquitectónicas.
- Difusión del concepto de diseño universal en la planificación de sistemas de transportes y equipamientos públicos.
- Estímulo a la integración de las acciones de Gobierno.
- Sensibilización de la sociedad.
- Estímulo a la organización social y al desarrollo tecnológico.
- **Programa de transporte gratuito** que garantiza la gratuidad del acceso para transportes colectivos públicos, urbanos, semiurbanos e interprovinciales, y en el caso del transporte colectivo público urbano y semiurbano se garantiza la reserva del 10% de los asientos para los adultos mayores. En Brasil, sólo se ha desarrollado la reglamentación para el transporte urbano.
- **Red de Protección y Defensa de la Persona Mayor**, compuesta por una serie de entidades que promueven la defensa de los derechos y la participación social de los mayores.

La primera Conferencia Nacional de los Derechos del Adulto Mayor tuvo lugar entre el 23 y el 26 de mayo de 2006, con el tema “Construyendo la Red Nacional de Protección y Defensa de la Persona Mayor”, y configuró un espacio de participación social, de carácter deliberativo, realizada cada dos años, convocada por el Consejo Nacional de los Derechos de los Adultos Mayores. Esta conferencia tuvo como objetivo general la definición de estrategias para la implementación de la Red de Protección y Defensa de la Persona Mayor.

- **Plan de Acción para el Enfrentamiento de la Violencia contra la Persona Mayor, Derechos Humanos y Ciudadanía**, coordinado por la Secretaría especial de los Derechos Humanos de la Presidencia de la República. El objetivo del plan es promover acciones que lleven al cumplimiento del Estatuto del Adulto Mayor y del Plan de Acción de la ONU sobre el envejecimiento en materia de exclusión social y violencia contra el grupo social formado por los adultos mayores. Este plan incluye las siguientes acciones:
 - Campañas educativas.
 - Realización de seminarios y oficinas de trabajos.
 - Investigación sobre las condiciones de vida de las personas mayores en instituciones de larga estadía.
 - Movilización de los medios de comunicación sobre violencia y malos tratos, etc.
 - Servicio “Marque Denuncia” para denunciar los malos tratos y violencia cometidos contra los adultos mayores y demás grupos poblacionales.



- **Plan Nacional de Gestión Integrada de Acción Gubernamental para la persona mayor**, cuyo objetivo es la aplicación de las acciones de protección a la persona mayor desarrolladas por los órganos federales, según sus objetivos y estrategias con vistas a estructurar una acción gubernamental integrada. El plan incluye las siguientes acciones:
 - Campañas de ámbito nacional en defensa del envejecimiento activo y saludable.
 - Foros regionales y provinciales para la promoción de la participación social.
 - Elaboración de Manuales de Cuidadores de Adultos Mayores.
 - Elaboración del Manual de Patrones Mínimos de Funcionamiento de Servicios, Programas y Proyectos de las instituciones asistenciales (Residencias, Centros de Día, etc.).
- **Programa “Deporte y Ocio en la Ciudad”**. Este programa fomenta el acceso al ocio en actividades formales e informales y la participación de personas mayores especialmente en las actividades formales de ocio (talleres deportivos, talleres de artes, orientación la caminata, gimnasia, estiramiento, danza, etc.) provistas por el gobierno federal a los municipios del país.
- **Programa “Clubes de la Mejor Edad”**. Promueve viajes turísticos y de ocio de calidad para adultos mayores en el país. A través de este programa se incentiva y promueve la búsqueda de la auto-gestión y de la sostenibilidad del turismo, la capacitación y difusión de informaciones turísticas, el apoyo a la organización y participación de los adultos mayores en estos clubes.
- **Programa de Alfabetización para mujeres adultas y mayores**, que busca promover la alfabetización y ampliar la oferta de enseñanza fundamental para mujeres adultas y mayores, especialmente negras e indias. Se hace necesario adecuar el material didáctico y paradidáctico a las condiciones de vida y trabajo de las mujeres adultas y mayores. Desde el programa, se establecen campañas en los medios de comunicación para erradicar el analfabetismo de las mujeres adultas y Mayores.
- **Programas de formación-investigación en gerontología y geriatría**. Existen diversos programas de postgrado en diversas universidades, y un curso de graduación en Gerontología en la Universidad de San Paulo. Además, las Facultades de Medicina ofrecen residencia en geriatría y la Sociedad Brasileña de Geriatría y Gerontología realiza pruebas anuales para titular especialistas en geriatría y gerontología. Además de esos programas destinados a la formación de profesionales existen programas educativos para la formación de los propios adultos mayores, denominados “Universidad de la Tercera Edad”.
- **Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores**, para la capacitación de los cuidadores domiciliarios (familiares o no) e institucionales. Esta actividad de capacitación será elaborada por el Ministerio de Salud y ejecutada de forma descentralizada con la participación de las Secretarías Municipales de Asistencia Social, de Salud, y con la implicación de los Consejos Municipales de Adultos Mayores, de Asistencia Social y Salud.
- **Programa Educación Superior y Envejecimiento Poblacional**, dirigido por el Ministerio de Educación. Este ministerio cuenta con una Comisión Especial para la Educación y el Envejecimiento Poblacional en Brasil que lleva a cabo acciones de difusión para sensibilizar a las comunidades académicas, científicas y profesionales acerca del envejecimiento.
- **Apoyo a la Investigación e Innovación para el Desarrollo Social**, que presta apoyo financiero a los proyectos de investigación que guarden relación con la geriatría y la gerontología.

- **Acciones del Servicio Social del Comercio (SESC)** dirigidas a los adultos mayores:
 - Grupos de Convivencia: Presentan una respuesta efectiva e inmediata al aislamiento social, problema fundamental de la problemática del adulto mayor, recuperando su papel social.
 - Escuelas Abiertas de la Tercera Edad: Son cursos estructurados de manera que permiten la actualización de los adultos mayores, haciéndolos más participativos en lo social.
 - Proyecto “Érase Una Vez... Actividades Intergeneracionales”: Es una acción socioeducativa que impulsa actividades pedagógicas y culturales, desarrolladas a través de actividades en grupo con la participación de niños y adultos mayores.
 - Actividades Físico-corporales: Gimnasia, estiramiento, acondicionamiento físico, caminata, natación, gimnasia acuática, danza, Tai Chi Chuan, expresión corporal, etc.
 - Actividades Deportivo-recreativas: Modalidades deportivas adaptadas: voleibol, baloncesto, recreación acuática, juegos cooperativos, juegos de mesa, paseos, etc.
 - Actividades Sociales: Encuentros semanales, actividades de acción voluntaria (en la comunidad), fiestas conmemorativas: fechas cívicas, aniversarios etc., bailes, encuentros con adultos mayores de otros grupos de la ciudad y región.
 - Actividades Culturales: Presentaciones artísticas, cursos y talleres de teatro y artes escénicos, coral, música, artes plásticas, talleres artesanales.
- **Servicios sociosanitarios de Asistencia de media complejidad** (Centro de Día y Atención Domiciliaria) **y de alta complejidad** (Residencias, Casa-Hogar, Instituciones de larga estancia de adultos mayores, etc.).



4.4.2.1 Red de recursos sociosanitarios y de apoyo social

En Brasil, la protección social especial se presta a la persona mayor por medio de los servicios de media complejidad (Centro Día y Atención Domiciliaria) y de alta complejidad (Instituciones de Larga Estancia de Adultos Mayores, Residencia en Familia acogedora, Casa-Hogar, Grupos y Centros de Convivencia, etc.).

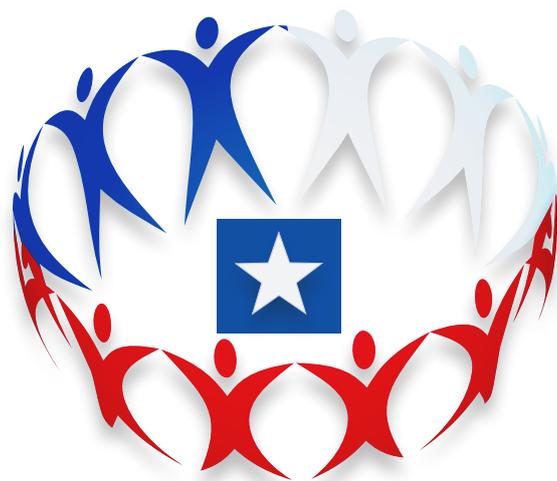
Las principales modalidades de servicio de atención a la persona mayor son las Instituciones de Larga Estancia y los Grupos y Centros de Convivencia cofinanciados por el Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre. Existen otras modalidades que se encuentran reglamentadas, aunque con baja cobertura. Son estas: casa-hogar, asistencia domiciliaria, residencia temporal y centro de día, las cuales se encuentran implementadas solamente en algunos estados del país. Sin embargo, existen servicios de larga estancia, de convivencia, casa-hogar, asistencia domiciliaria, residencia temporal y centros de día cofinanciados por los gobiernos regionales y/o municipales, o que no reciben subsidio del gobierno público. Otro recurso importante en la atención sociosanitaria de las personas adultas mayores en Brasil son los Hospitales Geriátricos. Existen 26 Hospitales de atención al Adulto Mayor, localizados en 10 unidades de la federación. Cabe resaltar que el Adulto Mayor tiene acceso al cuidado en cualquier unidad de atención del Sistema Único de Salud, en todo el territorio nacional.

La capacitación de los cuidadores domiciliarios (familiares o no) e institucionales se realiza a través del **Programa Nacional de Cuidadores de Adultos Mayores**.

La teleasistencia se está desarrollando como resultado de los esfuerzos realizados por entidades no gubernamentales, como la Fundación Telefónica en Brasil, que desarrolla este programa para facilitar la integración social del colectivo de personas con discapacidad, aprovechando las ventajas que ofrecen las nuevas tecnologías. También hay empresas privadas que prestan este servicio, que aún no se ha incorporado plenamente a la oferta pública.

El servicio “Disque-denúncia” (denuncia en línea), conectado a las Secretarías Provinciales de Derechos Humanos y Asistencia Social, brinda atención a las personas mayores que son objeto de malos tratos o han experimentado cualquier violación de sus derechos.





05
Chile

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



5.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 el 9,2% de la población chilena se encuentra dentro del grupo de edad de 65 años y más. De esta población el 57% son mujeres frente al 43% de varones. Esta diferencia porcentual de las mujeres frente a los varones se incrementa según aumenta la edad. Así, para el grupo de 85 años y más las mujeres suponen el 67% de este grupo poblacional.

Chile. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	8.473.639	8.659.803	17.133.442
65 - 69	249.711	289.568	539.279
70 - 74	173.101	216.218	389.319
75 - 79	122.538	172.610	295.148
80 - 84	75.281	121.319	196.600
85 y más	52.337	108.253	160.590
Total 65 años y más	672.968	907.968	1.580.936
Proporción sobre la población total %	7,9%	10,5%	9,2%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Este perfil femenino se explica por la mayor longevidad de las mujeres. Así, mientras la esperanza de vida al nacer de los varones chilenos en el quinquenio 2010-2015 es de 76,1 años el de las mujeres se encuentra en los 82,2 años. Al referirnos a la esperanza de vida a los 65 años, nos encontramos que para este mismo período la expectativa vital adicional de los hombres y las mujeres es de 17,3 y 20,8 años respectivamente. Por lo que respecta al número de años que le restarían por vivir a una persona a los 80 años, se observa de nuevo una expectativa mayor en las mujeres que en los varones.

Chile. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	76,1	82,2
Esperanza de vida a los 65 años	17,3	20,8
Esperanza de vida a los 80 años	8,5	10,1

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los siguientes indicadores muestran el envejecimiento de la población chilena. El índice de envejecimiento señala que en el año 2010 se cuentan 41 adultos mayores por cada 100 niños. Por otro lado, la mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para este mismo año se sitúa en 135 mujeres por cada 100 varones.

Chile. Indicadores de envejecimiento. 2010	
Índices de envejecimiento	41
Índice de masculinidad	135
Índices de dependencia	13
Edad media de la población (2009)*	31,7

*Naciones Unidas, *World Population Ageing 2009*.

Fuente: CELADE. *Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010*.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

5.2. Sistema de Pensiones

5.2.1 Descripción

La nueva Ley 20.255 de Reforma Previsional, publicada en el Diario oficial el 27 de marzo de 2008, introduce perfeccionamientos a los tres pilares que conforman un sistema de pensiones de Chile (Pilar Solidario, Pilar Obligatorio y Pilar Voluntario), con el fin de lograr un sistema integrado y coordinado que asegure la protección social a cada uno de los ciudadanos del país.

5.2.1.1 Pilar Solidario

El Pilar Solidario tiene por objeto reducir la pobreza, ya sea en la vejez o en caso de incapacidad laboral, y proporcionar un coaseguro contra numerosos riesgos. Financiado con impuestos generales de la nación, este pilar ofrece la posibilidad de pagar beneficios a personas que llegan a la ancianidad o tienen incapacidad laboral, con una baja o nula participación en el Sistema de Pensiones.

- Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBS-Vejez).
- Pensión básica solidaria de invalidez (PBS-Invalidez).
- Aporte previsional solidario de vejez (APS-Vejez).
- Aporte previsional solidario de invalidez (APS-Invalidez).

La reforma crea un Sistema de Pensiones Solidarias que beneficiará a quienes, por diversas razones, no logran ahorrar lo suficiente para financiar una pensión digna. Quienes no tienen ahorros previsionales e integran el grupo más vulnerable, es decir aquellos que pertenezcan al 40% más pobre de la población, acceden desde julio de 2008 a una Pensión Básica Solidaria (PBS), con un valor inicial de 60.000 pesos. A partir de julio de 2009, puede acceder a este beneficio el 45% más pobre de la población y la pensión se ha incrementado a 75.000 pesos. El 1 de julio de 2010 esa pensión llegará al 50% de la población y así hasta el 2012 en que alcanzará al 60% de la población más pobre.

Para quienes hayan cotizado, cumplan con los requisitos de elegibilidad y reciban una pensión inferior a 70.000 pesos en 2008, el gobierno aporta un monto denominado Aporte Previsional Solidario (APS) que permitirá aumentar su pensión. El techo máximo de pensión para recibir este beneficio



se irá incrementando cada año, de modo que en 2012 recibirán APS todos aquellos pensionados que hayan cotizado y reciban una pensión inferior a 255.000 pesos.

En los primeros años, las pensiones solidarias se concentrarán en los pensionados de menores ingresos, para ir gradualmente alcanzando a las personas que integren un grupo familiar perteneciente al 60% más pobre de la población. En 2010 se estima que existirá cerca de un millón de beneficiarios del Sistema de Pensiones Solidarias, alcanzando en 2012 en torno a 1,3 millones de personas.

Las mujeres serán las principales beneficiarias del Sistema de Pensiones Solidarias, ya que se estima que más de un 60% de las PBS serán percibidas por ellas. Además, se otorgará un Bono por cada hijo nacido vivo a todas las mujeres, cuando cumplan los 65 años, siempre que estén afiliadas al sistema de pensiones del D.L. 3.500 ó sean beneficiarias de una PBS de vejez ó perciban una pensión de sobrevivencia, sin ser adicionalmente afiliadas a cualquier régimen previsional.

Este bono equivale al 10% de 18 salarios mínimos (259.200 pesos a la fecha de redacción de este informe). También recibirán el bono por los hijos adoptivos. A este bono acceden las madres que se han pensionado desde el 1 de julio de 2009 y también se aplica, para esas madres, a hijos nacidos con anterioridad a esa fecha.

Desde el nacimiento del hijo, el monto del bono gana una rentabilidad promedio de todos los Fondos Tipo C, hasta que la mujer cumpla los 65 años. En ese momento, el monto acumulado será depositado en la cuenta previsional de la mujer o integrado a su PBS o pensión de sobrevivencia, aumentándolas. Para el caso de las mujeres que hayan tenido hijos con anterioridad al 1 de julio de 2009, la rentabilidad se devengará desde esa fecha.

También se establecerá la separación por género del Seguro de Invalidez y Sobrevivencia. Esto significa que, como las mujeres viven más, el costo de este seguro en su caso será menor. La diferencia a su favor se agregará a la cuenta de pensiones, aumentándola. Esta medida mejorará las pensiones de las mujeres.

5.2.1.2 Pilar Contributivo

El Pilar Contributivo está integrado por el sistema de pensiones basado en cuentas de capitalización individual (gestionadas por las Administradoras de Fondos de Pensiones, AFP, y supervisado por la Superintendencia de Pensiones). Incluye también las pensiones del antiguo régimen de reparto, que gestionaban las extinguidas Cajas de Previsión y el extinguido Servicio del Seguro Social, y que actualmente es gestionado por el Instituto de Previsión Social (IPS).

En el Sistema de Capitalización Individual, el principal beneficio generado es el otorgamiento de pensiones, distinguiéndose tres tipos: Vejez, Vejez Anticipada e Invalidez y Sobrevivencia. Las pensiones se financian con los recursos acumulados en las cuentas de capitalización individual de cada uno de los afiliados.

El saldo acumulado está constituido por la suma de cotizaciones obligatorias, cotizaciones voluntarias y depósitos convenidos, realizados durante la vida activa del afiliado; opcionalmente, los trasposos de fondos desde la cuenta de ahorro voluntario a la de capitalización individual, si es que existiesen; la rentabilidad obtenida por los Fondos debido a las inversiones de la Administradora; el Bono de Reconocimiento, si es que el trabajador tiene derecho a él; el aporte adicional de la AFP en el caso de las pensiones de invalidez y sobrevivencia; y los aportes derivados del sistema de garantía de rentabilidad mínima. Todo lo anterior, deducido el costo de las comisiones pagadas con cargo al Fondo.

Se distinguen los siguientes tipos de pensiones, según la causa por la cual se otorgan:

- **Pensión de vejez.** La pensión de vejez es uno de los beneficios previsionales consagrados en el D.L. 3.500 de 1980, y consiste en el derecho que tienen los afiliados al Sistema a obtener una pensión una vez que hayan cumplido la edad legal para tales efectos, 65 años de edad para los hombres y 60 años de edad las mujeres.
- **Pensión de Vejez Anticipada.** Los afiliados que al 19 de agosto de 2004, tenían 55 años o más edad, en el caso de los hombres y 50 años o más en el caso de las mujeres, pueden pensionarse anticipadamente de acuerdo a los requisitos que establecían los artículos 63 y 68 del Decreto Ley 3.500 de 1980, antes de las modificaciones introducidas por la Ley N° 19.934.
- **Pensión de invalidez.** Es el beneficio que reciben, mediante una cantidad mensual en dinero, aquellos afiliados que la Comisión Médica de la Superintendencia de Pensiones ha declarado inválidos. Luego de ejecutoriado el Dictamen y de constituido el Saldo de la Cuenta, se obtendrá el monto de la Pensión de Invalidez, que se financiará con este Saldo, el que considerará, cuando corresponda, el Aporte Adicional realizado por la A.F.P.

Tienen derecho a pensión de invalidez los afiliados no pensionados del sistema, que sin cumplir los requisitos de edad para obtener pensión de vejez, y a consecuencia de enfermedad o debilitamiento de sus fuerzas físicas o intelectuales, sufran un menoscabo permanente de su capacidad de trabajo, de acuerdo a lo siguiente:

- Pensión de Invalidez Total, para afiliados con una pérdida de su capacidad de trabajo de, al menos, dos tercios.
- Pensión de Invalidez Parcial, para afiliados con una pérdida de su capacidad de trabajo igual o superior a cincuenta por ciento e inferior a dos tercios.

La pensión de invalidez parcial que se otorga en virtud de un primer dictamen, tendrá un carácter de transitorio, ya que subsiste por un período de tres años, al cabo del cual se efectúa una reevaluación de la invalidez que afecta al trabajador, pudiendo ser confirmada, en cuyo caso pasa a ser definitiva.

- **Pensión de sobrevivencia.** Es el beneficio al cual tienen derecho los componentes del grupo familiar del afiliado fallecido que cumplan los requisitos legales respectivos. Los requisitos de acceso son los siguientes:
 - Cónyuge sobreviviente: Debe haber contraído matrimonio con el o la causante a lo menos con seis meses de anterioridad a la fecha de su fallecimiento o tres años si el matrimonio se verificó siendo el o la causante pensionado de vejez o invalidez.
 - Hijos solteros: menores de 18 años; mayores de 18 años y menores de 24, si son estudiantes de cursos regulares de enseñanza básica, media, técnica o superior; inválidos, cualquiera sea su edad (la invalidez debe estar declarada por la Comisión Médica Regional correspondiente, y debe haberse producido antes de que el hijo cumpla 18 ó 24 años de edad, según corresponda).
 - Madre o padre de hijos de filiación no matrimonial: A la fecha del fallecimiento del afiliado deben ser solteros o viudos y vivir a expensas del afiliado o afiliada.



- Padres del afiliado: Sólo serán beneficiarios a falta de todas las personas indicadas en los números anteriores, siempre que a la fecha de fallecimiento del causante sean cargas familiares reconocidas.

El DL 3.500 establece las siguientes modalidades de pensión, cada una con su propia forma de financiamiento y administración, a las que pueden acceder los afiliados: Retiro Programado, Renta Vitalicia, Retiro Programado con Renta Vitalicia Inmediata y Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida.

- **Retiro Programado:** Es la modalidad de pensión que paga la AFP con cargo a la Cuenta de Capitalización Individual del afiliado. El monto de la pensión se calcula y actualiza cada año en función del saldo de la cuenta individual, la rentabilidad de los fondos, la expectativa de vida del afiliado y/o la de sus beneficiarios y la tasa vigente de cálculo de los retiros programados. En consecuencia, el monto de la pensión varía cada año, disminuyendo con el tiempo.

En el retiro programado el afiliado mantiene la propiedad de sus fondos y puede cambiarse de AFP y de modalidad de pensión. En caso de que fallezca, con el saldo remanente se continuará pagando pensiones de sobrevivencia a sus beneficiarios y si éstos no existen, los fondos que eventualmente quedaren se pagarán como herencia.

- **Renta Vitalicia Inmediata:** Es aquella modalidad de pensión que contrata un afiliado con una Compañía de Seguros de Vida, obligándose dicha Compañía al pago de una renta mensual, fija en Unidades Fiscales (UF), para toda la vida del afiliado y fallecido éste, a sus beneficiarios de pensión.

En esta modalidad la AFP traspassa a la Compañía de Seguros de Vida los fondos previsionales del afiliado para financiar la pensión contratada. Por lo tanto, al seleccionar una renta vitalicia, el afiliado deja de tener la propiedad de sus fondos. La renta vitalicia, una vez contratada por el afiliado, es irrevocable, por lo que éste no puede cambiarse de Compañía de Seguros ni de modalidad de pensión.

El afiliado puede optar por esta modalidad sólo si su pensión es mayor o igual al monto de la pensión mínima vigente. En esta modalidad, el afiliado tiene la posibilidad de solicitar Condiciones Especiales de Cobertura, para mejorar la situación de sus beneficiarios de pensión de sobrevivencia, en caso de que fallezca.

- **Renta Temporal con Renta Vitalicia Diferida:** En esta modalidad, el afiliado contrata con una Compañía de Seguros de Vida el pago de una renta vitalicia mensual, de un monto fijo expresado en Unidades Fiscales (UF), a partir de una fecha futura, dejando en su cuenta individual de la AFP un saldo para una renta temporal, por el periodo que media entre la selección de esta modalidad y el inicio del pago de la renta vitalicia diferida. Respecto de la renta vitalicia que incluye esta modalidad, el afiliado tiene la posibilidad de solicitar Condiciones Especiales de Cobertura.
- **Renta Vitalicia Inmediata con Retiro Programado:** En esta modalidad se dividen los fondos que el afiliado tiene en su cuenta individual de la AFP y contrata con ellos simultáneamente una renta vitalicia inmediata y una pensión por Retiro Programado. Respecto de la Renta Vitalicia que incluye de esta modalidad, el afiliado tiene la posibilidad de solicitar Condiciones Especiales de Cobertura.

En el antiguo sistema de reparto, que estaba gestionado por las extinguidas Cajas de Previsión y el extinguido Servicio del Seguro Social y actualmente gestiona el Instituto de Previsión Social (IPS), la pensión de vejez se concede a los obreros y asalariados que han cumplido los 65 años de edad si son varones y los 60 años de edad si son mujeres. A los obreros varones se les exigen 1.040

semanas de cotización u 800 semanas de cotización y el 50% de las semanas desde la cobertura inicial, y las obreras mujeres, 520 semanas de cotización. A los asalariados, al menos 10 años de cotización, tanto si son varones como si son mujeres.

En el caso de los obreros, el importe mensual de la pensión es el 50% del salario base más el 1% de los salarios por cada 50 semanas de cotización que superen las 500 semanas. En los empleados, el importe de la pensión es 1/35 del salario base multiplicado por los años de cotización. El salario base se calcula como el promedio mensual de salarios durante los últimos 5 años, con los 2 primeros reajustados.

El IPS también gestiona los beneficios otorgados por las denominadas Leyes Espaciales, entre las que se encuentran la Ley 19.234, que establece beneficios previsionales por gracia para personas exoneradas por motivos políticos; la Ley 19.123, que establece pensiones de reparación y beneficios asistenciales para los familiares de las víctimas de violaciones a los derechos humanos o de la violencia política; la Ley 19.129, que establece indemnizaciones compensatorias cuyo importe no podrá ser inferior al equivalente al valor de la pensión mínima de vejez para los trabajadores de empresas carboníferas que cumplen determinados requisitos, y la Ley 19.992, de reparación a víctimas de prisión política y tortura.

5.2.1.3 Pilar Voluntario

El Pilar Voluntario está constituido por los planes de Ahorro Previsional Voluntario (APV) y Cuentas de Ahorro Voluntario (Cuenta 2). La Reforma Previsional, entre otros temas, introdujo los planes de APV Colectivo, modificó el tratamiento tributario del APV y creó la figura del Afiliado Voluntario. Estas modificaciones rigen desde el 1 de octubre de 2008.

- **Ahorro Previsional Voluntario (APV).** Se crea un mecanismo de Ahorro Previsional Voluntario Colectivo, mediante el cual los ahorros realizados por los trabajadores son complementados por sus respectivos empleadores, mediante acuerdos entre cada empresa y sus trabajadores.
- **Ahorro Previsional Voluntario Colectivo (APVC).** Es un mecanismo de ahorro que puede ofrecer una empresa, según el cual los ahorros voluntarios realizados por los trabajadores son complementados por sus respectivos empleadores. El plan de ahorro se debe establecer en virtud de un acuerdo o contrato entre el empleador y una institución autorizada para administrar los fondos de ahorro previsional voluntario colectivo. La oferta de los planes es voluntaria por parte de los empleadores, sin embargo, una vez vigente un contrato, el empleador se obliga a realizar los aportes comprometidos. Los términos de la oferta son definidos por el empleador. Los trabajadores tienen el derecho, pero no la obligación, a adherir a los contratos o planes ofrecidos por el empleador en forma individual.
- **Beneficios Tributarios y bonificación del Estado (APV y APVC).** La reforma mantiene el beneficio tributario al APV, pero además se crea un nuevo incentivo al Ahorro Previsional Voluntario dirigido a la clase media. Con este beneficio se permitirá que quienes no se favorezcan en el respectivo año del beneficio tributario del APV y destinen todo o parte del saldo de cotizaciones voluntarias o depósitos de ahorro previsional voluntario o de ahorro previsional voluntario colectivo (APVC), a adelantar o incrementar su pensión, tengan derecho, al momento de pensionarse, a percibir una bonificación equivalente al 15% del monto ahorrado por el trabajador. La bonificación será depositada anualmente en una cuenta individual especial y exclusiva para tal efecto y tendrá un tope anual de 6 Unidades Tributarias Mensuales (UTM).



5.2.1.4 Fuerzas Armadas y Carabineros

En Chile pueden acceder a una pensión de retiro las personas imponentes que acrediten 20 o más años de servicios efectivos en cualquier Institución de la Defensa Nacional afectos a la Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA) o Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA). También generan pensión los miembros de las Fuerzas Armadas y del cuerpo de Carabineros con alguna invalidez por enfermedad o derivada de accidente en acto de servicio.

5.2.2 Cobertura e intensidad de protección

5.2.2.1 Sistema de AFP

De acuerdo con la Superintendencia de Pensiones, el número de pensiones pagadas en el mes de julio de 2010 ascendió a 777.914 con un monto promedio de 174.278 pesos. De estas pensiones, 408.258 corresponden a la modalidad de Rentas Vitalicias, 346.242 a la modalidad de Retiro Programado, 14.901 se están pagando de acuerdo a la antigua modalidad "cubiertas por el seguro" y 8.513 corresponden a la modalidad de Rentas Temporales, con montos promedio de 209.355, 123.757, 168.335 y 548.520 pesos mensuales, respectivamente. Para valorar estos montos hay que tener en cuenta que el salario mínimo en Chile es de 172.000 pesos desde el 30 de junio de 2010.

Chile. Sistema de AFP. Número y monto promedio, en pesos, de las pensiones pagadas por modalidad, según tipo de pensión. 31 de julio de 2010

	Cubierto por el Seguro ⁽¹⁾	Retiro Programado	Renta Temporal	Renta Vitalicia ⁽²⁾	TOTAL ⁽³⁾
Número					
Total	14.901	346.242	8.513	408.258	777.914
Vejez Edad	–	188.499	4.626	80.822	273.947
Vejez Anticipada	–	24.538	1.789	215.964	242.291
Invalidez Total	4.863	32.355	1.822	19.156	58.196
Invalidez Parcial	–	6.207	183	2.105	8.495
Viudez	9.007	55.138	57	63.685	127.887
Orfandad	371	32.122	32	21.124	53.649
Otras	660	7.383	4	5.402	13.449
Monto promedio					
Total	168.335	123.757	548.520	209.355	174.278
Vejez Edad	–	120.148	497.362	241.577	162.391
Vejez Anticipada	–	308.224	594.584	224.524	235.838
Invalidez Total	245.815	130.762	643.195	268.451	201.662
Invalidez Parcial	–	124.818	545.973	248.428	164.514
Viudez	139.041	107.624	484.838	160.188	136.281
Orfandad	39.059	40.969	148.805	53.924	46.064
Otras	68.777	52.644	168.547	83.429	65.805

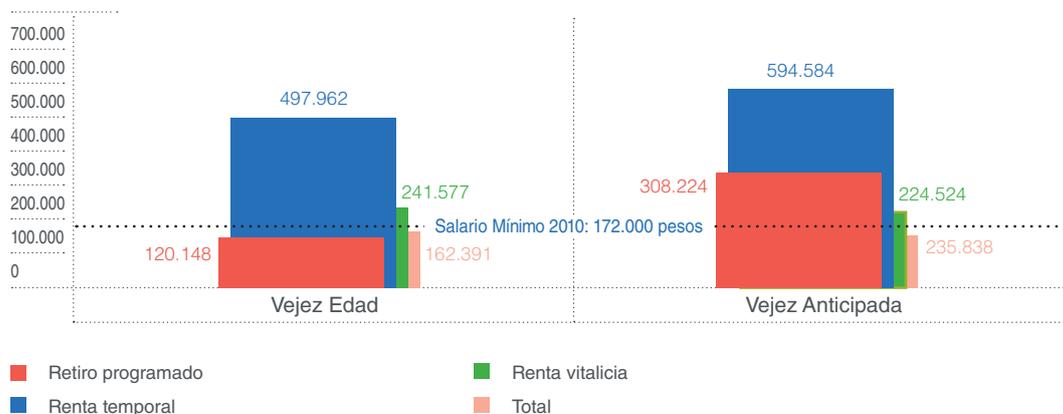
1. Corresponde a las pensiones que se están pagando de acuerdo a la modalidad "cubiertas por el seguro" existente antes de las modificaciones introducidas al D.L. N° 3.500 por la Ley N° 18.646 del 24 de agosto de 1987.

2. Fuente: Superintendencia de Valores y Seguros.

3. Se excluyen las pensiones que corresponden a primer pago y las pensiones transitorias de invalidez.

Fuente: Superintendencia de Pensiones. Panorama Previsional. Septiembre de 2010.

Chile. Sistema de AFP. Haber medio de las Pensiones de Vejez en relación con el Salario Mínimo, según tipo y modalidad. Julio de 2009.



Fuente: Superintendencia de Pensiones. Panorama Previsional. Septiembre de 2010.

En las pensiones de vejez por edad, el monto promedio global (162.391 pesos) es inferior al salario mínimo (172.000 pesos), mientras que en las pensiones de vejez anticipada es netamente superior (235.838 pesos). Las diferentes modalidades del menú prestacional (retiro programado, renta temporal, renta vitalicia) tienen montos promedio muy diferentes. El mayor corresponde a la modalidad de renta temporal (una modalidad poco importante en términos de cobertura), que llega a alcanzar un monto promedio de 594.584 pesos en el caso de pensiones de vejez anticipada, y el menor a la modalidad de retiro programado en las pensiones de vejez por edad (120.148 pesos, bastante por debajo del salario mínimo), aunque para valorar esta intensidad es importante tener en cuenta que en esta modalidad el afiliado mantiene la propiedad de sus fondos y, en caso de que fallezca, con el saldo remanente se continuará pagando pensiones de sobrevivencia a sus beneficiarios y si éstos no existen, los fondos remanente se pagan como herencia.

La información de la que disponemos sobre distribución por edad de los pensionados ha sido publicada en el Boletín Estadístico de la Superintendencia de pensiones y está referida al 30 de junio de 2008.

Chile. Sistema de AFP. Número de afiliados pensionados por vejez, según sexo y edad. 30 de junio de 2009

	Afiliados pensionados por Vejez Edad			Afiliados pensionados por Vejez Anticipada			Total
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Total	206.677	219.690	426.367	257.455	41.868	299.323	725.690
60-64	-	184.805	184.805	62.941	456	63.397	248.202
65-69	187.513	25.418	212.931	1.263	-	1.263	214.194
70-74	14.058	6.359	20.417	-	-	-	20.417
75 y más	5.106	3.108	8.214	-	-	-	8.214
Total 60 y más años	206.677	219.690	426.367	64.204	456	64.660	491.027
Resto	-	-	-	193.251	41.412	234.663	234.663

Fuente: Superintendencia de Pensiones. Boletín Estadístico nº 207.



Chile. Sistema de AFP. Número de afiliados declarados inválidos definitivos, según sexo y edad.
30 de junio de 2009

	Afiliados declarados inválidos parciales			Afiliados declarados inválidos totales			Total
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	
Total	7.029	3.437	10.466	50.931	17.933	68.864	79.330
60-64	976	4	980	6.646	74	6.720	7.700
65-69	2	0	2	402	39	441	443
70-74				304	40	344	344
75 y más				242	20	262	262
Total 60 y más años	978	4	982	7.594	173	7.767	8.749
Resto	6.051	3.433	9.484	43.337	17.760	61.097	70.581

Fuente: Superintendencia de Pensiones. Boletín Estadístico n° 207.

5.2.2.2 Pensiones contributivas gestionadas por el Instituto de Previsión Social

De acuerdo con la información publicada en su página web, El Instituto de Previsión Social ha pagado, en octubre de 2010, un total de 764.386 pensiones previsionales del antiguo régimen de reparto gestionado por las extinguidas Cajas de Previsión Social y por el extinguido Servicio del Seguro Social, y 97.595 pensiones de Leyes Especiales. Los datos publicados, que se ofrecen a continuación, no recogen desglose por edades, pero sí por sexo.

Chile. Número y monto promedio mensual de pensiones previsionales (ex-Cajas de Previsión y ex Servicio del Seguro Social) pagadas por el IPS según tipo de pensión y sexo de los perceptores. **Octubre 2010**

	Hombres	Mujeres	Total
Número			
Total	230.770	533.616	764.386
Antigüedad	30.559	16.533	47.092
Vejez	107.341	207.368	314.709
Invalidez	74.842	40.731	115.573
Otras jubilación	11.681	7.283	18.964
Viudez	871	218.682	219.553
Orfandad	5.443	30.769	36.212
Otras supervivencia	0	12.153	12.153
Otras	33	97	130
Monto promedio mensual			
Total	223.808	139.071	164.653
Antigüedad	353.056	293.439	332.126
Vejez	201.133	148.248	166.286
Invalidez	189.145	140.769	172.096
Otras jubilación	397.252	367.888	385.975
Viudez	134.295	122.686	122.732
Orfandad	65.012	83.556	80.769
Otras supervivencia	0	65.959	65.959
Otras	70.030	26.649	37.662

Fuente: Instituto de Previsión Social. Estadísticas. Octubre 2010.

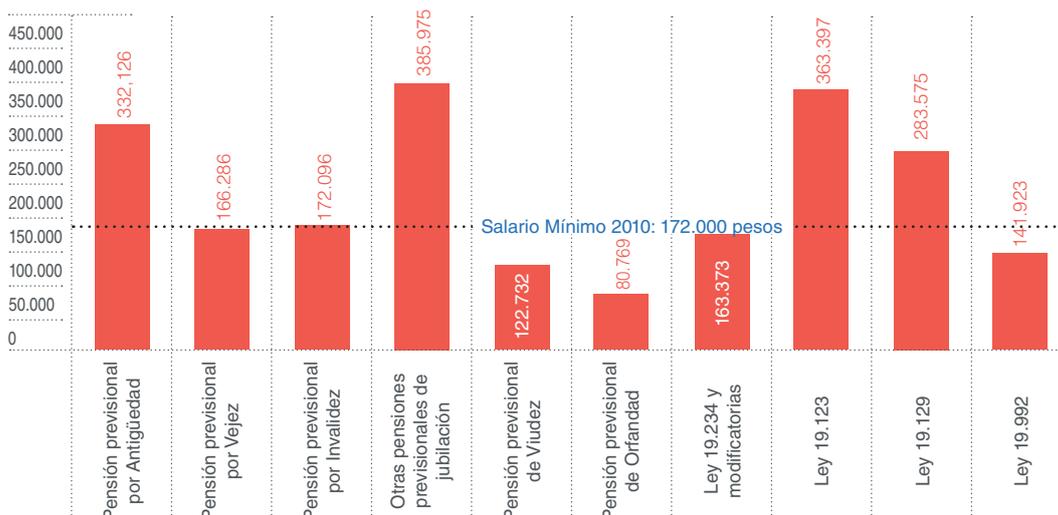
Chile. Seguro Social. Número y monto promedio mensual de pensiones de Leyes Especiales pagadas por el IPS según tipo de pensión y sexo de los perceptores. **Octubre 2010**

	Hombres	Mujeres	Total
Número			
Total	75.584	26.337	101.921
Ley 19.234 y modif.	58.874	20.070	78.944
Ley 19.123	248	2.364	2.612
Ley 19.129	899	0	899
Ley 19.992	15.563	3.903	19.466
Monto promedio mensual			
Total	165.589	165.101	165.463
Ley 19.234 y modif.	169.180	146.341	163.373
Ley 19.123	256.548	374.606	363.397
Ley 19.129	283.575	–	283.575
Ley 19.992	143.740	134.677	141.923

Fuente: Instituto de Previsión Social. Estadísticas. Octubre 2010.

El importe medio de las pensiones previsionales por vejez y de las pensiones de la Ley 19.234, que establece beneficios previsionales por gracia para personas exoneradas por motivos políticos, es algo inferior al salario mínimo. Las pensiones de invalidez tienen un importe similar al salario mínimo, mientras que están bastante por encima del salario mínimo los importes medios de las pensiones previsionales por antigüedad, de las otras pensiones previsionales de jubilación, y las pensiones de las Leyes 19.123 (familiares de las víctimas de violaciones a los derechos humanos o de la violencia política) y de la Ley 19.129 (trabajadores de empresas carboníferas). Los haberes medios más bajos son los de las pensiones previsionales de viudez y orfandad y los de las pensiones de la Ley 19.992, de reparación a víctimas de prisión política y tortura.

Chile. Sistema de AFP. Haber medio de las Pensiones de Vejez en relación con el Salario Mínimo, según tipo y modalidad. **Octubre de 2010.**



Fuente: Instituto de Previsión Social. Estadísticas. Octubre 2010.

En el Anuario Estadístico del IPS correspondiente al año 2008 (el último publicado al cierre de este informe) hay un desglose por edades y sexos de las pensiones pagadas por el IPS, referido a las pensiones previsionales y las de la Ley 19.234. De acuerdo con este desglose, que se recoge a continuación, el 91,4% de las pensiones pagadas por el IPS corresponden a personas de 60 y más años.



Chile. Seguro Social. Número de Pensiones pagadas por el IPS según tipo de pensión y sexo de los perceptores. 2008

	Antigüedad	Vejez	Invalidez	Otras jubilación	Viudez	Orfandad	Montepío	Total
Hombres								
Total	58.447	117.699	91.003	32.179	760	7.244	1	307.333
60-64	6.368	0	14.204	6.260	63	376	0	27.271
65-69	7.068	20.458	19.183	7.392	82	260	0	54.443
70-74	6.857	29.476	17.772	6.392	116	141	0	60.754
75-79	12.043	29.586	14.960	4.827	151	110	0	61.677
80-84	13.479	18.863	8.659	2.058	154	57	0	43.270
85 y más	10.359	18.280	4.472	862	129	30	0	34.132
Total 60 y más años	56.174	116.663	79.250	27.791	695	974	0	281.547
Resto	2.273	1.036	11.753	4.388	65	6.270	1	25.786
Mujeres								
Total	24.614	206.260	42.554	9.740	236.365	32.281	12.863	564.677
60-64	2.249	28.415	7.600	1.030	18.501	3.573	1.792	63.160
65-69	1.952	41.591	7.827	1.968	28.860	2.821	2.104	87.123
70-74	2.686	39.032	6.932	2.600	37.354	1.919	1.924	92.447
75-79	5.214	38.074	7.203	1.974	46.844	1.765	1.765	102.839
80-84	5.740	28.951	4.534	818	42.547	1.283	1.113	84.986
85 y más	5.780	30.197	2.151	551	44.528	1.117	663	84.987
Total 60 y más años	23.621	206.260	36.247	8.941	218.634	12.478	9.361	515.542
Resto	993	0	6.307	799	17.731	19.803	3.502	49.135
Total								
Total	83.061	323.959	133.557	41.919	237.125	39.525	12.864	872.010
60-64	8.617	28.415	21.804	7.290	18.564	3.949	1.792	90.431
65-69	9.020	62.049	27.010	9.360	28.942	3.081	2.104	141.566
70-74	9.543	68.508	24.704	8.992	37.470	2.060	1.924	153.201
75-79	17.257	67.660	22.163	6.801	46.995	1.875	1.765	164.516
80-84	19.219	47.814	13.193	2.876	42.701	1.340	1.113	128.256
85 y más	16.139	48.477	6.623	1.413	44.657	1.147	663	119.119
Total 60 y más años	79.795	322.923	115.497	36.732	219.329	13.452	9.361	797.089
Resto	3.266	1.036	18.060	5.187	17.796	26.073	3.503	74.921

Fuente: Instituto de Previsión Social. Anuario Estadístico 2008.

5.2.2.3 Fuerzas Armadas y Carabineros

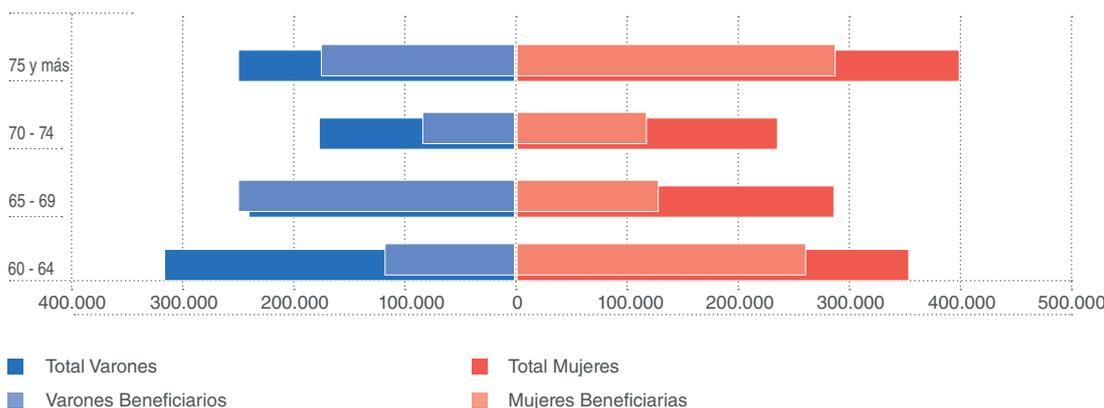
La Caja de Previsión de la Defensa Nacional (CAPREDENA) pagó durante el año 2009 un promedio de 103.035 pensiones mensuales, con un monto promedio mensual de 553.134 pesos, según informe en su Balance Integral de Gestión correspondiente a 2009. La Dirección de Previsión de Carabineros (DIPRECA), por su parte, pagó en diciembre un total de 61.575 pensiones, con un monto mensual promedio de 529.789 pesos, de acuerdo con los datos que figuran en su Boletín Anual n° 44, correspondiente al año 2009.

5.2.2.4 Cobertura del pilar contributivo

De acuerdo con los datos anteriores, puede estimarse que la cobertura contributiva directa del sistema de pensiones de Chile (sistema de capitalización individual gestionado por las AFP, anti-

guo sistema de reparto gestionado por el IPS y regímenes de la Defensa Nacional y el Cuerpo de Carabineros) alcanza al 63,4% de las personas de 60 y más años y al 66,4% de las personas de 65 y más años.

Chile. Cobertura prestacional contributiva en población de 60 y más años, por sexo y grupo de edad. 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de Pensiones, el Instituto de Previsión Social, CAPREDENA y DIPRECA.

5.2.2.5 Pilar Solidario

Durante el mes de octubre de 2010 se han pagado 621.900 Pensiones Básicas Solidarias, de las que más de 400.000 son por vejez. No se dispone de desglose por edad de los perceptores de estas pensiones

Chile. Seguro Social. Número de Pensiones Básicas Solidarias pagadas por el IPS según tipo de pensión y sexo de los perceptores. Octubre 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total	209.466	412.434	621.900
Vejez	119.437	286.034	405.471
Invalidez	90.029	126.400	216.429

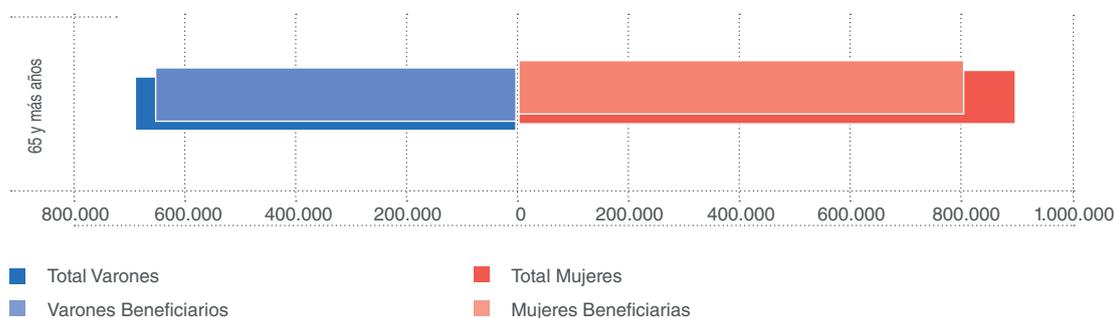
Fuente: Instituto de Previsión Social. Estadísticas. Octubre 2010.

El importe de la Pensión Básica Solidaria es de 75.000 pesos, algo menos de la mitad del salario mínimo.

La cobertura directa total del sistema de pensiones en Chile, obtenida sumando a la cobertura contributiva las Pensiones Básicas Solidarias por vejez, asciende al 85,5% de las personas con 65 años y más. Esta cobertura aumentará en los próximos años, conforme se vaya desarrollando la implantación progresiva del sistema de pensiones solidarias.



Chile. Pilares contributivo y solidario. Cobertura prestacional directa en población de 65 y más años, por sexo. 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Superintendencia de Pensiones y del Instituto de Previsión Social.

5.3. Sistema de Salud

El sistema de Salud en Chile es de carácter mixto, es decir 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. 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.

En 1981, se creó el sistema de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES). Estas entidades captan la cotización obligatoria previsional de salud de aquellos trabajadores que han optado por afiliarse al sistema privado. Las ISAPRES otorgan servicios de financiamiento de prestaciones de salud a un 18% de la población en Chile. Los servicios de salud y el financiamiento de las licencias médicas por enfermedad se prestan con cargo a las cotizaciones. Las prestaciones de salud se entregan a través del financiamiento de las mismas mediante la contratación de servicios médicos financiados por las ISAPRES.

El subsistema privado de instituciones de salud previsional está compuesto por ocho Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) 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.

Entre las prestaciones de salud dirigidas a las personas adultas mayores es importante destacar la eliminación del copago para mayores de 60 años en el sistema de salud público.

5.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

A continuación, se presentan los planes y programas generales de salud que se ofrecen desde el Ministerio de Salud:

- **Servicio de asistencia sanitaria (Red Asistencial)**, que incluye atención primaria, urgencias, especialidades e intervenciones quirúrgicas.
- **Planes Regionales de Salud Pública (PRSP)**, que identifican prioridades temáticas de intervención en base a unos objetivos sanitarios y a través de un proceso participativo con consultas a la ciudadanía y acorde a la realidad particular de cada región.
- **Programa ampliado de vacunaciones e inmunizaciones**, contra la rubéola por ejemplo, junto a programas de vigilancia epidemiológica.
- **Campañas sanitarias** específicas (contra el VIH, la obesidad, el tabaco, etc.).
- **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.
- **Programa “Salud Responde”**: campaña destinada a difundir el teléfono de atención “Salud Responde”, para entregar información, orientación y asistencia telefónica las 24 horas, todos los días del año.
- **Programa de Salud Cardiovascular** mediante el que se identifica a aquellas personas que tienen una mayor probabilidad de tener una enfermedad cardiovascular, ya sea un infarto agudo de miocardio o un accidente cerebrovascular.
- **Programa Nacional de Cáncer**: intervenciones específicas que van desde la promoción hasta la paliación de los diferentes tipos de cáncer.
- **Programa de Salud Bucal**: orientada a poner énfasis en la prevención y promoción de la Salud Bucal de la población, con actividades recuperativas en grupos beneficiarios priorizados.
- **Hospital Amigo**: iniciativa que fomenta la mejoría de trato entre funcionarios y usuarios, haciéndose cargo de las necesidades de los acompañantes y convirtiendo a los hospitales en lugares calidos y acogedores.
- **Programas dirigidos a colectivos específicos**, como “Chile Crece Contigo” que supone la implementación de un Sistema de Protección de la 1ª Infancia, “Salud de la Mujer” relacionado con el proceso reproductivo, “Salud Ocupacional” que fortalece la protección social de las trabajadoras y trabajadores, como grupo vulnerable y “Salud del Inmigrante”.
- **Plan Nacional de Salud Mental**, que incluye objetivos y estrategias para orientar los recursos del Estado en acciones para elevar el bienestar y salud mental de los ciudadanos del país.
- **Programa de formación de especialistas** en materia de salud.



Por otro lado, se presentan los programas de salud específicos para los adultos mayores:

- **Acciones de prevención en atención primaria:** mediante controles anuales de salud, controles periódicos de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, tuberculosis, reumatológicas, el Programa de Alimentación Complementaria (PACAM), vacunaciones anuales (contra la Influenza, por ejemplo), acceso a salas de atención especializada de enfermedades respiratorias agudas, etc.
- **Acciones de prevención de enfermedades crónicas vinculadas a la vejez,** incluidas en el sistema de atención primaria.
- **Programas de Rehabilitación integral:** manejo integral del adulto mayor en áreas como: el dolor osteoarticular, enfermos de Parkinson, mantenimiento y mejora de la funcionalidad, etc.
- **Programa de Atención ambulatoria de Especialidades:** 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.

Los programas anteriores forman parte del Programa de Salud del Adulto Mayor

- **Programa de atención domiciliaria** para adultos mayores con distintos grados de dependencia que no pueden acudir al consultorio de atención primaria.
- **Campaña de vacunación contra el neumococo:** campaña de vacunación destinada a proteger a los adultos mayores de la neumonía o pulmonía, en el sistema público de salud del país.
- **Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE),** que incluye 56 patologías, 39 de las cuales cubren a las personas mayores, tanto a beneficiarios del FONASA, como a los de las ISAPRES:
 - Salud Visual y de la Audición.
 - Salud Oral.
 - Atención al Cáncer.
 - Tratamiento médico de la artrosis leve y moderada de rodillas y caderas, Artritis Reumatoidea.
 - Salud Renal.
 - Hemofilia.
 - Neurología.
 - Salud Mental.
 - Etc.
- **Programas de Formación** en algunas Universidades del país para formar a expertos en temas geriátricos y gerontológicos.

5.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Según datos oficiales del FONASA para 2009, una amplia mayoría de la población chilena cuenta con cobertura sanitaria, porcentaje que supera el 80% en la población de Adultos Mayores.

Indicadores de salud en Chile	
Cobertura (2009)⁽¹⁾	
Población cubierta	75%
Población sin cobertura	25%
Adultos mayores con cobertura de salud	81%
Adultos mayores sin cobertura de salud	19%
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2006)	23
Número de médicos por 10.000 habitantes (2003)	10.9
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2003)	6.3
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2003)	4.3
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes(2003)	ND
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.3
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	14.1
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	47.3
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	52.7
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.1
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	67.2
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	54.8
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	45.2
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	363
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	249
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	689
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	473

1. Fuente: FONASA, Boletín Estadístico 2007-2008.

2. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database.

Chile. Estimación de población de 60 años y más beneficiaria Fondo Nacional de Salud.

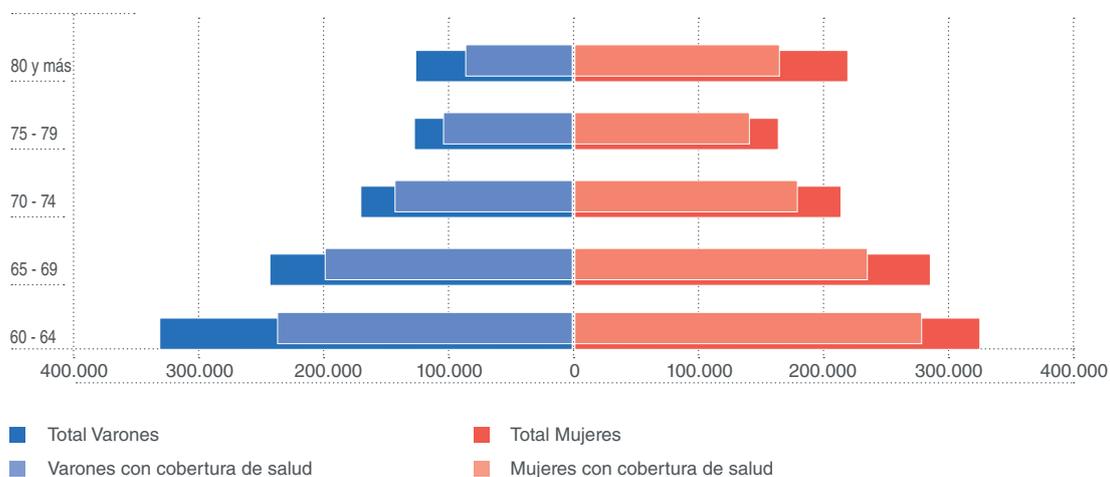
Diciembre 2009

Grupo Edad	Hombres	Mujeres	Población beneficiaria
Total	6.142.662	6.361.564	12.504.226
60-64	244.194	274.846	519.040
65-69	202.648	241.706	444.354
70-74	143.208	186.313	329.521
75-79	105.124	151.364	256.488
80 y más	93.360	174.872	268.232
Total pob. 60 y más	788.534	1.029.101	1.817.635
Resto	5.354.128	5.332.463	10.686.591

Fuente: FONASA, Boletín Estadístico 2007-2008.



Chile. Cobertura de Salud de la población de 60 años y más por FONASA, según sexo y edad. 2009.



Elaboración propia a partir de las estimaciones de población de CELADE para 2010 y de datos del FONASA, Boletín Estadístico 2007-2008.

5.4. Servicios Sociales

5.4.1 Marco institucional

El *Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)* es la institución encargada de la temática de la vejez y el envejecimiento en Chile. Este Servicio se creó como un servicio público, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica y patrimonio propio, dependiente del Ministerio de la Secretaría General de la Presidencia. El Servicio Nacional del Adulto Mayor vela por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono e indigencia, y el ejercicio de los derechos que la Constitución de la República y las leyes le reconocen. Este organismo es el encargado de proponer las políticas destinadas a lograr la integración familiar y social efectiva del adulto mayor y la solución de los problemas que lo afectan.

En este marco, el SENAMA ha definido un instrumento para la coordinación intersectorial, la elaboración de un plan de trabajo y el seguimiento de políticas públicas para el adulto mayor. El *Plan Nacional Conjunto* es definido como la principal herramienta del Gobierno para asegurar la gestión coordinada del sector público orientada a los adultos mayores del país. Este plan está incluido en la Política Nacional para el Adulto Mayor de Chile.

Los *Consejos Regionales de Personas Mayores* son organismos del SENAMA, que inciden y acompañan en el proceso de diseño y ejecución de proyectos y programas para las personas mayores en cada región del país. Desde estos consejos se fortalece la participación social y protección de derechos de los adultos mayores. Estas entidades poseen unas instancias operativas y técnicas llamadas Comités Técnicos Regionales, coordinados por el SENAMA, que son los encargados de implementar la Política Nacional del Adulto Mayor y el Plan Nacional Conjunto.

El *Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN)* es el máximo organismo responsable del desarrollo, articulación y ejecución de políticas sociales en Chile. Su misión consiste en promover el

desarrollo del país con integración y protección social de las personas, articulando acciones con las autoridades políticas, órganos del Estado y sociedad civil, a nivel nacional, regional y local.

El *Fondo de Solidaridad e Inversión Social* (FOSIS) es un servicio del Gobierno de Chile, creado en 1990. Cuenta con 15 direcciones regionales y 20 oficinas provinciales, y se relaciona con la Presidencia de la República a través del Ministerio de Planificación. Su objetivo es el de contribuir a la superación de la pobreza y la disminución de la vulnerabilidad social de las personas y familias, aportando otras áreas y enfoques de trabajo complementarios a los que abordan otros servicios del Estado. Desde esta entidad se financian programas destinados a personas, familias y organizaciones que necesitan una oportunidad para superar la situación de pobreza en la que viven y también a la población más vulnerable del país, es decir, aquellas personas que sin vivir en situación de pobreza, necesitan ayuda cuando han perdido el trabajo, tienen pocos ingresos, están enfermos ellos o alguien de su familia o no tienen estudios, entre otros.

Dentro de la lógica de descentralización del Estado, está la institución del municipio, entendido como un agente de desarrollo local, capaz de procurar, tanto el bienestar general de su comunidad, como de su desarrollo participativo, cívico y político. Debido al crecimiento de la población de adultos mayores y a las crecientes demandas de estos, prácticamente todos los municipios del país están desarrollando acciones en materia de envejecimiento. En el desarrollo local surge de manera preponderante la figura del encargado municipal del programa del adulto mayor, quien implementa las políticas nacionales y comunales dirigidas a este grupo, además de tener relación directa con las uniones comunales de adultos mayores y los clubes. En la coordinación de estos encargados se establece la *Red de encargados municipales*.

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

5.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Chile se presentan a continuación:

- **Programa de Atención Integral Chile Solidario.** Contempla una serie de programas que se dirigen hacia la configuración de una red de protección social para la población vulnerable, y dentro de ella, con un énfasis especial, para la población de adultos mayores. Desde este programa se articula toda la oferta pública de actuaciones dirigidas a adultos mayores.
- **Programa Vínculos.** Es un programa integral para el Adulto Mayor, se enmarca dentro de la red de protección social del Programa Chile Solidario de MIDEPLAN, y constituye el primer paso hacia la consolidación de una política social definida, donde el Estado apoye a los adultos mayores que viven solos y en situación de indigencia o pobreza. El objetivo general del programa se orienta a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores de hogares unipersonales que viven en condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad, de manera que superen dicha condición. Por otra parte, se busca potenciar la vinculación de los adultos mayores participantes del Programa con su entorno inmediato (barrio-comuna), mediante el fortalecimiento de las redes existentes en el territorio local.
- **Fondo Nacional del Adulto Mayor.** Es un programa desarrollado por el SENAMA en coordinación con los Consejos Regionales del Adulto Mayor (a nivel regional) y con las Gobernaciones (nivel provincial). Se trata de un fondo concursable al que pueden postular aquellas



asociaciones de adultos mayores legalmente constituidas, con el objetivo de promover la participación social, autonomía y autogestión de las personas mayores y facilitar su asociatividad.

- **Fondo Solidario de Vivienda.** Está destinado a subsidiar proyectos habitacionales, de construcción y adquisición de viviendas, para aquellas familias que se encuentran bajo la línea de pobreza. Las personas mayores pueden acceder a este fondo incluso viviendo solas.
- **SERVIU (Programa anual de vivienda),** basado en la construcción de viviendas tuteladas y protegidas para mayores autónomos, construcción de viviendas con características especiales específicas para el colectivo de los adultos mayores y la entrega de un subsidio (aporte económico) para la adquisición de viviendas. Construcción de establecimientos de larga estadía para mayores en situación de dependencia.
- **Programa de Intervenciones Innovadoras para adultos mayores (PIIAM),** que tiene por objetivo innovar y mejorar la entrega de servicios públicos para los adultos mayores y la capacidad de la demanda organizada de éstos. Este programa contribuye a que los adultos mayores accedan de manera equitativa y no discriminatoria a los servicios de salud, educación, cultura, y otros provistos por entidades del sector público de Chile, promoviendo una participación mayor, más calificada y responsable de sus organizaciones sociales. Desde este programa se desarrollan Modelos Innovadores de Atención Social para los Adultos Mayores.
- **Programa de Turismo.** Se han implementado una serie de programas orientados a conseguir espacios donde los Adultos Mayores encuentren la posibilidad de acceder a servicios turísticos, donde cuenten con la posibilidad real de conocer el país, acceder a espacios de recreación y esparcimiento, en los cuáles accedan a los beneficios físicos, psíquicos y sociales que aporta el turismo. Este programa incluye una serie de actuaciones: el Turismo Social para aquellas personas mayores en situación de vulnerabilidad social; las Vacaciones de Tercera Edad que son ofertas de paquetes turísticos a bajo costo, adaptado a necesidades de los mayores, previamente subsidiados por el Estado; la Cartilla de Ofertas para el Adulto; los Talleres de Capacitación Turística para mayores y el Encuentro Nacional de Turismo.
- **Programa de Voluntariado de Adultos Mayores.** Es un convenio de colaboración entre el SENAMA y el FOSIS (Fondo de Solidaridad e Inversión Social) con el objetivo de integrar a los Adultos Mayores, fortalecer su funcionalidad comunitaria y social, y el diálogo intergeneracional mediante el aprovechamiento de su experiencia socio-laboral. El programa consiste en la prestación de apoyo escolar por parte de adultos mayores, en especial profesores jubilados, a niños y niñas vulnerables.
- **Programa “Asesores Seniors”** Es un programa que contribuye a la integración social de los adultos mayores profesionales jubilados a través de la transmisión de su experiencia sociolaboral a niños y niñas en situación de pobreza y/o exclusión social. Este programa guarda relación estrecha con el Programa de Voluntariado de Adultos Mayores.
- **Uniones Comunales, Clubes y Asociaciones de personas mayores.** Son centros donde se llevan a cabo actividades de diferentes ámbitos (cultural, social, recreativo, educativo, etc.). Mediante estos centros y los encuentros que se generan se fortalece la participación social y protección de derechos a través del ejercicio ciudadano de control social y de articulación de mayores.
- **Atención sociosanitaria** a través de Hospitales y Establecimientos de Larga Estadía (Residencias, Hogares de Ancianos, etc.).

- **Programa de Ayudas Técnicas a Establecimientos de Larga Estadía.** El SENAMA ha implementado, a través de un convenio con el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), un programa de entrega de ayudas técnicas a Establecimientos de Larga Estadía sin fines de lucro.
- **Programa de servicio de cuidado y respiro al cuidador/a** para aquellos adultos mayores en situación de dependencia. Se generan las intervenciones específicas para la atención domiciliaria del adulto mayor a través de la capacitación de cuidadores profesionales. Asimismo, se desarrollan acciones de respiro para los cuidadores familiares que facilitan el mantenimiento saludable de las estructuras familiares.
- **Proyecto de Cooperación con España de “Apoyo a la instalación progresiva del Sistema de Protección Social Desarrollo de Servicios Sociales para Mayores”:** Mediante este convenio de colaboración se establecen las estrategias y herramientas para desarrollar un pilar de protección para las personas mayores basado en servicios sociales que, de manera integral con los sanitarios, procuren asegurar una vejez a las y los chilenos digna y con calidad de vida.
- **Campaña por el Buen Trato al Adulto Mayor,** orientada a comunicar una imagen del adulto mayor digno, autovalente y que es capaz de realizar aportes a la sociedad. El objetivo es motivar el buen trato hacia los adultos mayores que se encuentran en condiciones precarias y contribuir además a generar una imagen positiva de la vejez y el reconocimiento de los valores que otorga la experiencia y la edad.
- **Fono Atención del SENAMA.** Es un teléfono habilitado en cada región, para que los vecinos y la comunidad en general puedan dar cuenta de casos de adultos mayores que viven solos y en vulnerabilidad o condiciones de maltrato. Este proyecto ha sido coordinado con la Asociación Chilena de Municipalidades y cuenta con el apoyo del Programa de Atención Integral de Chile Solidario.
- **Escuelas de dirigentes,** para mejorar las capacidades de gestión y organización de los adultos mayores en el movimiento asociativo. Mediante este programa se fortalecen las uniones comunales y organizaciones de adultos mayores a través del desarrollo de programas de capacitación que apunten al fortalecimiento de los roles de los dirigentes y de su organización.

Desde el **Instituto de Previsión Social (IPS)**, se llevan a cabo una serie de actuaciones que buscan mejorar la calidad de vida de los adultos mayores pensionados, favoreciendo su integración social y un envejecimiento exitoso:

- **Programas nacionales de desarrollo personal y cognitivo,** en los que se desarrollan materiales educativos específicos para adultos mayores:
 - Programa “del lápiz a las teclas”: con Talleres de Lectoescritura, de Acceso a Internet, de Word y la actividad “Reactivando la palabra” para reforzar la capacidad de expresión, la comprensión lectora y la creatividad en los adultos mayores.
 - Programa “Expresión y desarrollo personal”: con Balies de Salón, Pintura, Comunicación Efectiva, Alimentación Saludable y la actividad “Rompiendo mitos” donde se cuestionan los mitos asociados a la vejez.
 - Programa “Gente Activa”: Es un programa orientado a la promoción de la salud que facilita el acceso a la realización de actividad física mediante el desarrollo de actividades deportivo-recreativas en las dependencias del INP y de organizaciones colaboradoras.



- Programa de actividades orientadas a la recreación, cultura y ocio: Se orienta al desarrollo de actividades para fomentar el buen uso del tiempo libre, entre las que se destacan actividades de promoción turística, espectáculos y talleres. Asimismo, se desarrollan eventos culturales tales como ciclos de cine, teatro, música, talleres de manualidades, carpintería, cocina y otras expresiones artísticas.

- **Programas de participación e integración:**

- Actividades en las Casas de Encuentro: Las Casas de Encuentro son Centros de Atención Previsional integrales para los adultos mayores beneficiarios del IPS, que además de entregar información, orientación y derivación, ofrecen distintas actividades de formación recreativas y culturales. En ellas los adultos mayores pueden encontrar un espacio propio donde pueden realizar sus actividades propiciando con ello su integración social.

En las Casas de Encuentro se desarrollan los Programas Nacionales de Talleres, entre los que se cuentan: Lectoescritura, Reactivando la Palabra, Internet, Word, Rompiendo Mitos (Taller de sexualidad, duelo y memoria), Lo que quiero decir (Taller de comunicación), Pintura, Baile, Alimentación Saludable, Baile entretenido, Tai Chi, Yoga y Actividad Física. Además de estos Programas Nacionales, las Casas de Encuentro cuentan con talleres propios de cada región, entre los que se destacan: Teatro, Folclore, Danza Árabe, Primeros Auxilios, Repostería, Cocinas Solares, Relajación, Flamenco, Hidroponía, Gasfitería, Coro, Prevención de Riesgos, Reciclaje y Crecimiento Personal.

En estos espacios también se organizan viajes y paseos, actividades culturales (presentación de obras teatrales, cine, tertulias literarias) y charlas informativas sobre Autocuidado de la Salud.

- Trabajo con las organizaciones: Se busca generar iniciativas que fomenten y fortalezcan la organización de adultos mayores, para favorecer un envejecimiento activo, participativo y exitoso. Las organizaciones actúan como canales de comunicación entre las organizaciones de adultos mayores pensionados del IPS, otorgándoles atención personalizada, capacitación, entrega de información y apoyo a la gestión.
- Actividades de prevención y difusión acerca de un modelo de calidad de vida para los mayores adultos a través de las cuales se promueve una mejora integral de los pensionados chilenos del IPS.

5.4.2.1 Red de recursos sociosanitarios y de apoyo social

En Chile, la red de recursos sociosanitarios está constituida por 8 hospitales públicos y 635 establecimientos privados de larga estadía (residencias privadas con ánimo de lucro). Los recursos públicos son organizados por el Ministerio de Planificación Nacional (MIDEPLAN) y el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), así como el Programa de Salud del Adulto Mayor y el Fondo Nacional de Salud (FONASA).

El SENAMA ha implementado, a través de un convenio con el Fondo Nacional de la Discapacidad (FONADIS), un programa de entrega de ayudas técnicas a Establecimientos de Larga Estadía sin fines de lucro.

A través del Programa de servicio de cuidado y respiro al cuidador/a, que se lleva a cabo por todo el país, se generan las intervenciones específicas para la atención domiciliaria del adulto mayor y

acciones de respiro para los cuidadores familiares que facilitan el mantenimiento saludable de las estructuras familiares.

Además de esta oferta pública, existen instancias de asociatividad local, donde los adultos mayores se organizan en función de compartir el tiempo, integrarse a sus comunidades y organizar sus demandas. En el 2004, el SENAMA presentó una nueva versión del Catastro Nacional de Organizaciones Sociales de Adultos Mayores (Redes Comunales), donde se verificó la existencia de 254.624 adultos mayores organizados en 7.668 agrupaciones. El Fondo Nacional del Adulto Mayor concede a los clubes y agrupaciones de adultos mayores ayudas para promover la participación social, autonomía y autogestión de las personas mayores y facilitar su asociatividad.

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

- Hogar de Cristo (Fundación sin fines de lucro).
- Fundación Las Rosas (Fundación sin fines de lucro).
- Fundación PRODEMU (Ayuda AM Mujer).
- Fundación AYU.
- Fundación Cáritas para el Bienestar del Adulto Mayor.



Además, existe una red chilena de programas para el adulto mayor, que está constituida por 14 entidades, (dos universitarias, tres religiosas, dos de adultos mayores, un centro de formación profesional y seis ONG), que cumplen, en conjunto, el rol de proveer apoyo social al adulto mayor de forma intersectorial.

En los últimos años están apareciendo empresas que difunden un Servicio orientado al Adulto Mayor y que estas mismas empresas están denominando “Teleasistencia Domiciliaria”. La Teleasistencia Domiciliaria está diseñada para realizar los acompañamientos al Adulto Mayor frente a situaciones de soledad, para el mantenimiento del mayor en su propio domicilio el mayor tiempo posible y dentro del entorno que conoce, y no sólo para cubrir situaciones de emergencia. Sin embargo, los servicios que se ofrecen en Chile son principalmente frente a un evento de emergencia, lo que se denominaría “Teleemergencia”. Con estas acciones se aumenta la calidad de vida y autoestima de los Adultos Mayores.





06

Colombia

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



6.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos recogidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población de 65 años y más se sitúa en las 2.598.327 personas, lo que supone el 5,6% de la población total. Las proyecciones apuntan que este porcentaje será del 17,51% en el año 2050.

Colombia. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	22.784.814	23.514.238	46.299.052
65 - 69	427.165	513.212	940.377
70 - 74	298.214	376.479	674.693
75 - 79	202.873	271.245	474.118
80 - 84	121.390	173.698	295.088
85 y más	79.907	134.144	214.051
Total 65 años y más	1.129.549	1.468.778	2.598.327
Proporción sobre la población total %	5,0%	6,2%	5,6%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Esta tendencia de crecimiento de la población mayor se produce, entre otros factores, gracias al aumento de la esperanza de vida. En el caso colombiano esta variable ha pasado de los 50,6 años en el período de 1950-1955 a los 73,9 en el quinquenio 2010-2015. Esta expectativa vital es diferente según el sexo. Así, se observa una esperanza de vida más alta en las mujeres, siete años en promedio, que en los varones. Tal como se puede observar en la siguiente tabla, esta diferencia entre mujeres y varones se mantiene al considerar la esperanza de vida a los 65 años y a los 80 años.

Colombia. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	70,4	77,6
Esperanza de vida a los 65 años	16,2	18,6
Esperanza de vida a los 80 años	7,5	8,8

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los siguientes indicadores muestran el envejecimiento moderado de la población colombiana. El índice de envejecimiento señala que en el año 2010 se cuentan 20 adultos mayores por cada 100 niños. Por otro lado, en el año 2009 la edad media de la población era de 26,4 años.

Colombia. Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	20
Índice de masculinidad	130
Índices de dependencia	9
Edad media de la población (2009) *	26.4

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

6.2. Sistema de Pensiones

6.2.1 Descripción

6.2.1.1 Sistema General de Pensiones

El Sistema General de Pensiones tiene como objetivo garantizar a la población el amparo contra las contingencias derivadas de la vejez, invalidez o muerte, mediante el reconocimiento de una pensión y prestaciones determinadas según la legislación vigente. También busca la ampliación progresiva de cobertura a los segmentos de población no cubiertos con el Sistema. Está compuesto por el Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida y el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad:

- Mediante el **Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida**, los afiliados o sus beneficiarios obtienen una pensión de vejez, de invalidez o de sobrevivientes, o una indemnización, previamente definidas. Son aplicables a este régimen, las disposiciones vigentes para los seguros de Invalidez, Vejez y Muerte a cargo del Instituto de Seguros Sociales. Este régimen tiene las siguientes características:
 - Los aportes de los afiliados constituyen un fondo común de naturaleza pública.
 - El afiliado no asume ningún riesgo financiero y está respaldado por el Estado.
 - El valor de la pensión de vejez no depende del ahorro sino del tiempo acumulado y el salario base de cotización.
 - El tiempo cotizado en el ISS no se afecta por ningún tipo de descuento en caso de que el asegurado cesara en su empleo.
- Mediante el **Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad**, los afiliados tendrán derecho a una pensión de vejez, a la edad que escojan, siempre y cuando el capital acumulado en su cuenta de ahorro individual les permita obtener una pensión mensual, superior al 110% del salario mínimo legal mensual vigente a la fecha de expedición de la Ley, reajustado anualmente según la variación porcentual del Índice de Precios al Consumidor certificado por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Para el cálculo de dicho monto se tendrá en cuenta el valor del bono pensional, cuando a éste hubiere lugar. Las características principales de este régimen son las siguientes:
 - Los aportes de los afiliados constituyen una cuenta de ahorro individual pensional.



- El afiliado asume el riesgo financiero de las inversiones que realice el fondo privado.
- El monto de la pensión de vejez depende del capital ahorrado.
- En caso de cesación en el empleo, se cobrará de los rendimientos obtenidos del capital ahorrado una comisión por cesantía.

El Régimen Solidario de Prima Media con Prestación Definida es un régimen de capitalización colectiva administrado por el Instituto de Seguros Sociales (ISS), un organismo estatal que es el principal actor en el campo de la Seguridad Social en Colombia, mientras que el Régimen de Ahorro Individual con Solidaridad está gestionado por las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP), que son entidades privadas. Ambos regímenes son excluyentes, y los asegurados tienen la opción de elegir entre ellos.

Con el fin de ampliar la cobertura mediante un subsidio a las cotizaciones para las pensiones de los grupos de población que por sus características y condiciones socioeconómicas no tienen acceso a los sistemas de Seguridad Social, por la Ley 100 de 1993 se creó el **Fondo de Solidaridad Pensional**, una cuenta especial del Estado, adscrita al Ministerio de la Protección Social, que también otorga subsidios económicos para la protección de las personas en estado de indigencia o de pobreza extrema. El Fondo de Solidaridad Pensional está a cargo del Seguro Social junto con el Ministerio de la Protección Social y el Consorcio Prosperar. La persona que es aceptada como beneficiaria del Fondo de Solidaridad Pensional queda vinculada al Seguro Social, bajo el régimen de prima media con prestación definida.

Existen también **Regímenes Exceptuados**, en los cuales rigen normas especiales de liquidación y cálculo de las pensiones, diferentes a las normas del Sistema General de Pensiones. De acuerdo con la Ley 100 de 1993 pertenecen a estos regímenes, entre otros, los miembros de las fuerzas militares y de la policía nacional, los afiliados al Fondo de Prestaciones Sociales del magisterio, el personal regido por el Decreto Ley 1214 de 1990, con excepción de aquellos que se vincularon a partir de la vigencia de la ley 100, y los miembros no remunerados de las corporaciones públicas. A partir de la vigencia del Acto Legislativo 01 de 2005, se extinguen los regímenes especiales y exceptuados, sin perjuicio del aplicable a la fuerza pública y al Presidente de la República, respetando los derechos adquiridos. No obstante todos los regímenes exceptuados y especiales terminarán el 31 de julio de 2010.

Requisitos para el acceso a las prestaciones de vejez

Pensión de vejez

Para tener el derecho a la pensión de vejez del Régimen de Prima Media, el afiliado deberá reunir las siguientes condiciones:

- Haber cumplido 55 años de edad si es mujer o 60 años si es hombre. A partir del 1° de enero del año 2014 la edad se incrementará a 57 años para la mujer y a 62 años para el hombre.
- Haber cotizado un mínimo de 1.000 semanas en cualquier tiempo. A partir del 1° de enero del año 2005 el número de semanas se incrementó en 50 y a partir del 1° de enero de 2006 se incrementa en 25 cada año hasta llegar a 1.300 semanas en el año 2015.

Para acceder a la pensión de vejez en el Régimen de Ahorro Individual, el saldo acumulado en la cuenta individual debe ser suficiente para adquirir una renta vitalicia de al menos 110% del salario mínimo.

Indemnización sustitutiva

La Indemnización sustitutiva es el derecho que se genera cuando un afiliado no cumple con el requisito de semanas cotizadas para obtener una pensión.

La indemnización a la pensión por vejez se otorga a las personas que han cumplido la edad para obtener la pensión de vejez y no han cotizado el mínimo de semanas exigidas por la Ley y declaren su imposibilidad de seguir cotizando.

Pensión de vejez anticipada por invalidez

Esta prestación se otorga a las personas que padezcan una deficiencia física, psíquica o sensorial del 50% o más, y que cumplan 55 años de edad y que hayan cotizado en forma continua o discontinua 1.000 o más semanas al régimen de seguridad social establecido en la Ley 100 de 1993.

6.2.1.2 Programa de Protección Social al Adulto Mayor

El Programa de Protección Social al Adulto Mayor es una iniciativa de asistencia social que tiene el objetivo de proteger al adulto mayor que se encuentra en estado de indigencia o de extrema pobreza. Consiste en un subsidio económico monetario o en especie que es entregado a los adultos mayores que cumplen con los siguientes requisitos:

- Ser colombiano.
- Tener, como mínimo, tres años menos de la edad que rija para adquirir el derecho a la pensión de vejez para los afiliados al Sistema General de Pensiones.
- Estar clasificados en los niveles 1 y 2 del SISBEN y carecer de rentas o ingresos suficientes para subsistir.
- Haber residido durante los 10 últimos años en territorio nacional.

Dado que los recursos disponibles no son suficientes para cubrir a todos los adultos mayores que cubren los requisitos para ser beneficiarios del programa, se ha establecido una metodología de priorización para seleccionar a los adultos mayores más pobres. Esta metodología utiliza los siguientes criterios de priorización:

- Nivel del SISBEN (excepto en el caso de los indígenas y de los adultos mayores de escasos recursos que residen en Centros de Bienestar o que viven en la calle, dado que no están identificados por el SISBEN).
- Tener 65 o más años.
- Ser jefe de hogar con personas a su cargo.
- Vivir solo y no depender económicamente de ninguna persona.
- Tener una discapacidad física o mental que implique la necesidad de ayuda de un tercero.
- Pertener a una comunidad indígena.



6.2.2 Cobertura e intensidad de protección

El número de pensionados del Sistema General de Pensiones asciende a 931.451, de los que 895.217 corresponden al Régimen de Prima Media y 36.730 al Régimen de Capitalización Individual (Fondos Obligatorios).

Colombia. Sistema General de Pensiones. Número de pensionados por régimen y tipo de pensión. Enero y febrero de 2010.

Régimen y tipo de pensión	Número de pensionados
Total pensionados del Sistema General de Pensiones	931.947
Pensionados Régimen de Prima Media (febrero 2010)	895.217
Vejez	644.962
Invalidez	30.075
Sobrevivencia	211.180
Pensionados Régimen de Capitalización Individual (enero 2010)	36.730
Vejez	7.417
Invalidez	8.849
Sobrevivencia	20.464

Fuente: Superintendencia Financiera de Colombia.

Sobre los pensionados del Régimen de Capitalización Individual no se dispone de desglose por sexo y edad. En cuanto a los pensionados del Régimen Solidario de Prima Media, el 78,6% (703.856) tienen 60 o más años. Esta cifra supone el 17,7% de la población colombiana de 60 y más años.

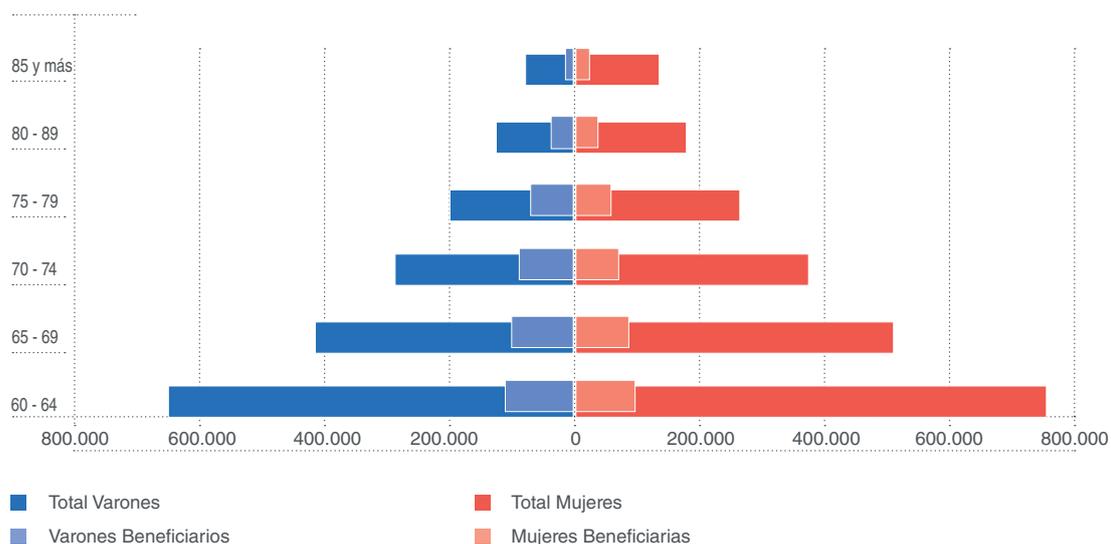
Tres de cada cuatro pensionados del Régimen de Prima Media de 60 y más años reciben una pensión cuyo importe es igual o inferior a 2 salarios mínimos (para 2010 el salario mínimo se ha fijado en 515.000 pesos, equivalentes a unos 250 dólares).

Colombia. Régimen de Prima Media. Número de pensionados por sexo y grupo de edad. Febrero de 2010.

	Total	Hombres	Mujeres
Número de pensionados			
Total	895.217	403.850	491.367
60-64	217.194	110.415	106.779
65-69	176.215	101.067	75.148
70-74	130.028	72.081	57.947
75-79	89.215	46.771	42.444
80-84	55.783	27.625	28.158
85 años y más	35.421	15.569	19.852
Total 60 años y más	703.856	373.528	330.328
Resto	191.361	30.322	161.039
Proporción de pensiones cuyo importe es igual o inferior a 2 veces el salario mínimo			
Total	76,4%	69,8%	81,9%
60-64	69,6%	63,7%	75,7%
65-69	70,3%	64,2%	78,6%
70-74	75,3%	66,0%	86,8%
75-79	85,4%	80,1%	91,3%
80-84	91,1%	87,8%	94,4%
85 años y más	94,5%	93,0%	95,6%
Total 60 años y más	75,8%	69,3%	83,1%
Resto	78,8%	76,0%	79,3%

Fuente: Superintendencia Financiera de Colombia.

**Colombia. Cobertura profesional del Régimen de Prima Media en población.
Febrero de 2010.**



Fuente: *Elaboración propia a partir de las estimaciones de población de CELADE para 2010 y de datos de la Superintendencia Financiera de Colombia.*

En relación con el Programa de Protección Social al Adulto Mayor (subsidijs no contributivos), la información disponible es escasa. A diciembre de 2009 el programa ha alcanzado una cobertura máxima de 549.956 adultos mayores (la cifra no representa el número de beneficiarios a esa fecha, sino el número de personas adultas mayores que se han beneficiado del programa desde su inicio en el año 2003 hasta diciembre de 2009). Durante el año 2009 se entregaron 4.052.230 subsidijs (un promedio mensual de 337.686 subsidijs) por valor de 252.305 millones de pesos (lo que supone un importe promedio de 62.263 pesos por subsidijs).

**Colombia. Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM). Indicadores estadísticos.
Año 2009**

Indicador	Valor
Cobertura máxima PPSAM a diciembre de 2009	549.956
Total subsidijs entregados en 2009	4.052.230
Subsidijs entregados en 2009 (promedio mensual)	337.686
Valor total entregado en 2009 (millones de pesos)	252.305
Monto promedio de los subsidijs entregados (pesos)	62.263

Fuente: *SIGOB (Gestión y Seguimiento de las Metas del Gobierno). Reporte del PPSAM para el año 2010.*

Incluyendo los beneficios del Programa de Protección Social al Adulto Mayor, puede estimarse que la cobertura global de las pensiones contributivas y subsidijs asistenciales alcanza al 27% de los colombianos de 60 y más años.



6.3. Sistema de Salud

La atención a la salud en Colombia está a cargo del Ministerio de la Protección Social y delegada en parte al sector privado. La Ley 100 de 1993 estableció la incorporación de empresas prestadoras de salud y crear subsidios al sector salud para cubrir a los más necesitados.

El sistema de salud está compuesto básicamente por tres entes:

- **El Estado**, que actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son : el Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que por Ley 1122 de 2007 sustituyó al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS), y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.
- **Las aseguradoras**, que son entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y son administradoras de los recursos que provee el estado y los prestadores de los servicios de salud. Son las empresas promotoras de salud (EPS), las administradoras de fondos de pensiones (AFP) y las aseguradoras de riesgos profesionales (ARP).
- **Las prestadoras**, que son finalmente las instituciones que prestan el servicio de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que suministran todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

Por un lado, se encuentran las Entidades Promotoras de Salud (EPS) cuya función es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud). Es posible vincularse a los servicios y prestaciones de salud por medio de dos modelos de aseguramiento, mediante el sistema del régimen contributivo y el régimen subsidiado. En el primero, están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para la salud y la pensión. En el régimen subsidiado, se cobija a todas las personas pobres y vulnerables y en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema. La EPS contributiva o la EPS subsidiada son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS (hospitales, clínicas, laboratorios, etc.).

Todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una Aseguradora de Riesgos Profesionales (ARP). Con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades que produzca su trabajo, así como el pago de los días en que no pueda trabajar a causa de ellos. La atención de los accidentes o enfermedades será realizada por la EPS a la que se encuentre afiliado quien cobrará los gastos ocasionados a la ARP. El empleado por esta afiliación, no debe pagar nada, puesto que el valor total de la misma corre por cuenta del empleador.

Por otro lado, se encuentran las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), que se dividen según niveles de complejidad de acuerdo al tipo de procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar:

- **Primer nivel de atención:** Son aquellas instituciones que se encargan principalmente de la atención primaria (consulta médica y odontológica, internación y atención de urgencias, promoción de la salud y prevención de la enfermedad, etc.).

- **Segundo nivel de atención:** Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas (pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia, etc.), además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad.
- **Tercer nivel de atención:** Cuenta con subespecialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, y unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal.
- **Cuarto nivel:** Es aquella institución dedicada a una sola especialidad con todos los medios diagnósticos, la tecnología e infraestructura necesaria para brindar una atención óptima en aquellos pacientes de difícil manejo.

Existen dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo y el subsidiado. El **régimen contributivo** es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que, a su vez, éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. Según la ley, todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales a un 1 salario mínimo) y los pensionados deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

El empleado escoge la EPS que prefiere y se lo comunica al empleador junto con los datos de su familia. El pensionado, como viene de ser empleado, seguramente se encontrará ya afiliado a una EPS, tal y como debe hacerlo todo empleado. Al pasar de empleado a pensionado su afiliación no se verá afectada. El pensionado y su familia adquieren el derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y el respectivo carné. Los Fondos de Pensiones están obligados a afiliarse a los pensionados y a sus familias, y son responsables de pagar el valor de la cotización mensual a las EPS que los pensionados escojan.

Al afiliarse al régimen contributivo el afiliado (cotizante) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir:

- Los beneficios del POS (Plan Obligatorio de Salud).
- Un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad.
- Un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

El **régimen subsidiado** acoge a la población pobre y vulnerable, la cual no cuenta con un ingreso económico que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes). Por lo tanto, quienes ingresan en este régimen reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), que a su vez se nutre con una contribución equivalente a un punto de la cotización de los trabajadores del régimen contributivo, que ganen más de cuatro salarios mínimos y de aportes de la nación.

Las coberturas del POS en el régimen subsidiado están contenidas en el Acuerdo 306 de noviembre de 2005 ya que los servicios cubiertos son menores a los del POS contributivo.



6.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

El POS (**Plan Obligatorio de Salud**) es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar y el reconocimiento económico de incapacidades y licencias de maternidad. El POS da la siguiente cobertura:

- Programas de prevención de enfermedades.
- Urgencias de cualquier orden, es decir, necesidades que requieren atención inmediata.
- Consulta médica general y especializada en cualquiera de las áreas de la medicina.
- Consulta y tratamientos odontológicos (excluyendo ortodoncia, periodoncia y prótesis).
- Exámenes de laboratorio y Rayos X.
- Hospitalización y cirugía y procedimientos quirúrgicos y no quirúrgicos en todos los casos en que se requiera.
- Consulta médica en psicología, optometría y terapias.
- Medicamentos esenciales en su denominación genérica (Manual de Medicamentos).
- Atención integral durante la maternidad, el parto y al recién nacido.
- Atención con tratamientos de alto costo para enfermedades catastróficas que son aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y bajo costo efectividad en su tratamiento. Se incluyen las siguientes:
 - Tratamiento con radioterapia y quimioterapia para el cáncer.
 - Diálisis para insuficiencia renal crónica, trasplante renal, de corazón, de médula ósea y de cornea.
 - Tratamiento para el SIDA y sus complicaciones.
 - Tratamiento médico quirúrgico para el trauma mayor.
 - Reemplazos articulares.
 - Tratamiento quirúrgico para enfermedades del corazón y del sistema nervioso central.
 - Terapia en unidad de cuidados intensivos.
 - Tratamiento quirúrgico para enfermedades de origen genético o congénito.

A partir del Plan de Atención Básica se adopta el **Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010** por medio el Decreto n° 3039 del 10 de agosto de 2007, que reúne un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo. Este conjunto de actividades se realizan para toda la

población de manera gratuita y no está sujeto a ningún tipo de afiliación en salud. Entre las actividades incluidas en este Plan destacan las siguientes:

- Actividades de vigilancia en salud pública van encaminadas a la prevención de enfermedades como VIH, meningitis bacteriana, tuberculosis, cólera, rabia, hepatitis B, C y D, fiebre reumática, lepra y enfermedades de transmisión sexual, investigación y control de brotes, control de la calidad sanitaria del agua para el consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano, etc.
- Acciones de prevención: Vacunación según el esquema único nacional del **Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI)**, control del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 10 años, fluorización, aplicación de sellantes y detartraje en población de 5 a 14 años, planificación familiar, control prenatal, parto limpio y seguro, citología cérvicouterina en mujeres de 25 a 65 años y examen físico de mama en mujeres mayores de 35 años.

En cuanto a programas de salud específicos para los adultos mayores, cabe destacar:

- Programa de Alimentación Complementaria al adulto mayor.
- Programa Nacional de Actividad Física “Colombia Activa y Saludable” para la promoción de conductas personales y ambientes saludables para las personas mayores.
- Programa “Volver,” que ofrece ayudas técnicas en el marco de la rehabilitación integral (audífonos, caminadores, muletas, bastones para orientación y movilidad, sillas para baño, sillas de ruedas y/o cojines antiescaras, pasamanos, barras para baño y colchones antiescaras, prótesis dentales totales y/o parciales mucosoportadas, así como lentes intraoculares, etc.).

6.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Colombia	
Cobertura⁽¹⁾	
Población cubierta	55
Población sin cobertura	45
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2007)	10
Número de médicos por 10.000 habitantes (2002)	13.5
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2002)	5.5
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2002)	7.8
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes(2002)	ND
Gasto en salud (2006)⁽³⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7.3
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	17.0
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	14.6
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	85.4
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.0
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	72.3
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	43.9
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	56.1

continúa ▶



◀continua

Indicadores de salud en Colombia

Gasto en salud (2006) ⁽²⁾

Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	396
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	185
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	464
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	217

1. Tasa de cobertura del seguro de salud contributivo a mediados de la década del 2000, tomado de Ribe, H., Robalino, D.A y Walker, I. (2010), *From Right to Reality: Achieving Effective Social Protection for All in Latin America and the Caribbean*, Banco Mundial, Washington, DC.

2. OMS. *The Global Health Observatory (GHO) Database*.

6.4. Servicios Sociales

6.4.1 Marco institucional

Colombia cuenta con el *Instituto de Bienestar Familiar* (ICBF) desde el año 1981. Desde este año, esta entidad presta asesoría y apoyo financiero a los municipios para el sostenimiento de los hogares geriátricos y el desarrollo de programas de complementación alimentaria para adultos mayores y otros colectivos que presentan carencia de recursos. El ICBF tuvo a su cargo la ejecución del Proyecto de Asistencia Integral al Anciano hasta el año 2000, orientado a la atención de necesidades nutricionales y de protección de las personas mayores.

El *Consejo Nacional del Anciano* determina en parte las funciones del ICBF en cuanto al desarrollo de políticas y programas sociales relacionados con los adultos mayores. Sin embargo, la orientación institucional fundamental del ICBF sigue siendo el bienestar del menor y su familia.

Por otra parte, el ICBF lidera el *Sistema Nacional de Bienestar Familiar*, en el cual además participan el Ministerio de Protección Social, los departamentos, distritos y municipios, las comunidades organizadas y demás instituciones implicadas en el desarrollo de políticas sociales. Todas las políticas sociales que guardan relación con el bienestar familiar son implantadas y desarrolladas por el Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SISBEN), que está supeditado al *Consejo Nacional de Política Social* y al *Ministerio de Protección Social*, que es el máximo organismo competente en el desarrollo normativo y aplicación de las políticas sociales en Colombia.

En 1994, se creó la Red de *Solidaridad Social*, entidad encargada de ejecutar el programa de subsidio para ancianos indigentes, Programa de Atención Integral al Adulto Mayor (PAIAM) REVIVIR, programa que se ejecutaría con los municipios en forma descentralizada y con apoyo en algunos casos de las organizaciones no gubernamentales o entidades especializadas de la región.

Otras instituciones que llevan a cabo acciones en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Colombia son las siguientes:

- *Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatría (ACGG)*, que tiene como objetivos primordiales el progreso y desarrollo de la Gerontología y Geriatría, como también de los profesionales dedicados a ellas, para una mejor prestación de atención a los adultos mayores, sus familias y la comunidad en la que están inmersos.

- *Asociación Nacional de Instituciones Privadas de Asistencia al Anciano (PROVIDA)*, la cual se ocupa principalmente del bienestar de los adultos mayores que se encuentran en situación de institucionalización. Esta federación de entidades tiene actividades de voluntariado y formación, incluyendo una Universidad de la Tercera Edad, mediante convenios con algunas universidades existentes.

6.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales programas sociales de ámbito nacional dirigidos a adultos mayores en Colombia se detallan brevemente a continuación:

- **Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM)**, que brinda subsidio en efectivo, y soporte nutricional y recreacional para personas mayores de 65 años en extrema pobreza. La atención brindada se realiza en los municipios a través de entidades gubernamentales y no gubernamentales o de carácter comunitario. En el año 2002, El Programa “Revivir” se integró al Programa Integral del Adulto Mayor a cargo del ICBF y tomó el nombre de Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM).
- **Atención Residencial** a través de Servicios de corta (Centros de Atención diurna) y larga estancia (Hogares geriátricos).
- **Programas de capacitación de los cuidadores** de adultos mayores en situación de dependencia. Se llevan a cabo actuaciones formativas para la formación y capacitación de cuidadores tanto formales (instituciones residenciales o de atención diurna) como informales (familiares).
- **Programa Nacional de alimentación al adulto mayor “Juan Luís Londoño”**, el cual es operado por la Universidad Nacional de Colombia. El programa entrega raciones diarias preparadas para aquellos mayores que no reciben asistencia social del Estado. También se organizan actividades que promueven la afiliación de los mayores al sistema de salud y cedulação.
- **Programa “Juntos”** para la superación de la Pobreza Extrema en adultos mayores y otros colectivos vulnerables. Para dignificar la existencia de los pobres extremos y propiciar su emancipación de la exclusión en el mediano plazo, se desarrollará un modelo de intervención contra la pobreza, prestando atención directa e integral a las familias incluidas en el programa “familias en acción”, garantizando su inclusión en los servicios sociales y las condiciones mínimas para la superación de las trampas de pobreza y asegurando un adecuado desarrollo humano y el ejercicio efectivo de sus derechos.
- **Programa “Nuevo Comienzo”**, basado en la atención a las personas mayores en el ámbito recreativo y cultural, así como en el adecuado uso del tiempo libre, quienes muestran sus destrezas en actividades como el canto, el baile, las manualidades, las demostraciones culturales, trovas y competencias recreativas y deportivas.
- **Programa “Pioneros del deporte colombiano”**, que busca reconocer y estimular a personas mayores que en su momento se hicieron pioneros del deporte. Estos adultos mayores proyectan una imagen competitiva pero saludable del deporte y realizan actividades de sensibilización y concienciación de una serie de valores positivos a través del deporte.
- Desde el **Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA)**, institución adscrita al Ministerio de Educación, se desarrollan programas de capacitación dirigidos a las empresas, con el ánimo de preparar a las personas para la jubilación. Por otra parte, también viene desarrollando el Pro-



grama de Reclasificación de personas mayores con el fin de incrementar su permanencia en el mercado laboral.

- Desde la **Dirección General de Comunicación Social**, se desarrolla el plan masivo acerca de los aspectos del proceso de envejecimiento, la importancia de llevar estilos de vida saludables y la necesidad de que las personas se preparen para la vejez y, por último al articular acciones de prevención de la violencia intrafamiliar. Desde esta entidad, se promueve el **Programa de prevención de la violencia** contra la población adulta mayor en los hogares y la promoción de la convivencia pacífica en general.

Las municipalidades desarrollan también una importante labor en este ámbito. A continuación se citan algunos programas sociales para adultos mayores de la municipalidad de Bogotá.

- **Programa de Atención para el bienestar del adulto mayor en pobreza en Bogotá DC.** debido a la concentración de personas mayores pobres en la capital. Este programa tiene por objetivo propiciar el bienestar de las personas mayores en condiciones de vulnerabilidad y pobreza en el Distrito Capital. Existen tres modalidades de atención:

- *Subsidio a la demanda:* Entrega de un subsidio mensual en dinero dependiendo de las características del beneficiario.

- *Atención Institucionalizada:* Está dirigida a los adultos mayores que se encuentran en Centros de Desarrollo Social de la División de Administración de Bienes y Servicios (DABS) o de ONGs especializadas e inscritas como oferentes de servicios. La atención incluye alimentación, servicios de salud, medicamentos, acciones de rehabilitación, subsidio de transporte, etc.

- *Clubes y organizaciones de mayores:* Organizan acciones de desarrollo humano orientadas a la atención socio-afectiva, ocupacional, el autocuidado, la atención corporal y física y las actividades creativas.

- **Programas de deporte y tiempo libre del municipio de Bogotá.** El Instituto Distrital de Recreación y Deporte es el ente deportivo municipal encargado del deporte, la recreación, el aprovechamiento del tiempo libre y la educación extraescolar. Desde esta entidad se desarrollan tres programas dirigidos a las personas mayores:

- *Canita al Juego,* donde se realizan eventos con personas mayores en cada localidad con el fin de organizar pasatiempos deportivos en donde los mayores participen y compitan sanamente.

- *Feria de Pueblo,* que tiene en cuenta la diversidad étnica y cultural. Los adultos mayores hacen de “embajadores” de cada uno de sus lugares de procedencia en sus comunidades.

- *Pasaporte vital,* que entrega un documento expedido en beneficio de los adultos mayores de Bogotá, de cualquier edad y estrato social, que les permite ingresar a eventos recreativos y culturales públicos y privados con algunos beneficios diferenciales.

- **Programa de actividades culturales para mayores del municipio de Bogotá:** El Instituto Distrital de Cultura y Turismo es una institución del distrito encargada de la promoción del bienestar de la comunidad a través del desarrollo de actividades culturales, turísticas y del fomento de la investigación sobre temas urbanos en el territorio del Distrito Capital de Bogotá. Desde esta entidad se desarrollan una serie de programas que fortalecen el reconocimiento de la diversidad

cultural. Estos programas, si bien no están dirigidos específicamente a los adultos mayores, facilitan su participación con el uso del Pasaporte vital. El programa que reporta mayor participación de adultos es el llamado “*Libro al viento*” en donde se realizan reuniones de lectura intergeneracionales en las distintas bibliotecas de la ciudad.

En el ámbito privado, los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Colombia son los siguientes:

- **Programa adulto mayor y pensionado CAFAM:** Este programa tiene como áreas de atención: Prevención, Actividad física y Acondicionamiento físico Educativa, Ocupacional, Lúdico-Recreativa, Turística e investigativa, las cuales se organizan de acuerdo a la demanda.
- **Club Edad de Oro para los pensionados del COLSUBSIDIO:** Ofrece a los pensionados que se afilian voluntariamente a Colsubsidio, así como a los adultos mayores a cargo de los afiliados, la posibilidad de participar en actividades educativas, culturales, recreativas y de promoción de la salud integral y prevención de la enfermedad, con el propósito de mejorar su calidad de vida y favorecer el logro de una vejez activa y saludable. Supone un punto de encuentro destinado específicamente por COLSUBSIDIO para personas mayores funcionales, en el cual se brindan servicios de educación, cultura, recreación y ocio.
- **Servicio Integral al Pensionado y Adulto Mayor de COMPENSAR:** Programas para el desarrollo individual (funcional, mental y espiritual), mantenimiento físico e integración multigeneracional de sus afiliados. El programa incluye: valoración gerontológica, espacios de armonización con gimnasia, Pilates, yoga, talleres creativos, etc., espacios de integración social, tarjeta con descuentos y beneficios.
- **Programa “Años de júbilo para vivir y disfrutar” de COMFENALCO Antioquia:** Facilita el acceso a servicios de Educación, Cultura, Bibliotecas, Orientación y Educación Familiar, Hotelería y Turismo, Recreación y deportes e ingreso a los parques y centros vacacionales con tarifas preferenciales.
- **Programas para la tercera edad de COMFENALCO Tolima:** Con el objetivo de elevar la calidad de vida en la población mayor, se diseñan programas ocupacionales, recreativos y académicos para los adultos mayores pensionados, afiliados y particulares, dirigidos a la formación en las áreas educativa, recreativa, de salud, y sociocultural.
- **Programa de la III edad de COMFAMILIAR Atlántico:** El programa cuenta con dos actividades fundamentales, el Programa de prejubilados, en donde se desarrollan conferencias en distintas áreas de interés y un chequeo médico individual, y el Club de la III Edad, cuya labor está encaminada a la formación de una conciencia de respeto hacia las personas mayores y al reconocimiento de sus valores.
- **Programa Canitas de COMFAMILIAR Cartagena:** Está encaminado a la recreación de las personas mayores organizando actividades lúdicas, “El baile del ayer”, actividades turísticas y culturales.
- **Programa del adulto mayor de COMFAMILIAR Guajira:** A través de este programa se conforma un espacio abierto para encontrarse, conocer a otras personas y mantenerse activos y útiles dentro del grupo familiar y social. En este programa se tiene acceso a valoración médica, física y nutricional, programa de ejercicios, control de peso y tensión arterial, charlas de promoción de la salud, talleres de crecimiento personal y calidad de vida, talleres de manualidades (dos



al año), actividades recreativas y lúdicas y adicionalmente, se programan viajes y excursiones a diferentes partes del departamento y el país.

- **Programa de Adultos mayores de COMFANDI Valle del Cauca:** Programa participativo que rescata la importancia del adulto mayor, enseñándole a valorarse, multiplicando sus experiencias y saberes, además de adquirir y fortalecer las capacidades necesarias para la correcta utilización de su tiempo.
- **Plan Canitas de la Asociación Nacional de Instituciones Privadas de Asistencia al Anciano,** que apoya a las personas adultas mayores que se encuentran en estado de abandono y necesitan atención diaria (medicina geriátrica, alimentos básicos, programas como “Pan Diario”, y actividades de recreación y turismo). Desde este programa se promueve el bienestar de la vejez institucionalizada, mediante actividades de atención residencial, recreación y turismo, de voluntariado y formación. La Asociación PROVIDA cuenta con un portal que le permite ejercer las funciones de Red en Latinoamérica pues acopia información acerca de las sedes del programa en los distintos países de América Latina.

6.4.2.1 Red de recursos sociosanitarios y de apoyo social

Colombia cuenta con dos Hospitales geriátricos situados en las ciudades de Manizales y Cali (centro y occidente del país, respectivamente) donde se realiza una atención especializada en materia de gerontología y geriatría.

El país cuenta con 108 Centros de bienestar del adulto mayor u Hogares geriátricos registrados oficialmente en el Directorio de Oferta de Servicios para Poblaciones Vulnerables. Sin embargo, de acuerdo con el Censo de Población y Vivienda adelantado por el DANE durante el año 2005, existen en el país 1.262 Hogares gerontológicos o lugares especiales de alojamiento destinados a personas mayores de 60 años. La mayoría de esos alojamientos se concentra en el Distrito Capital, y los Departamentos de Antioquia, Valle del Cauca y Cundinamarca. Sin embargo, cabe mencionar que existe un gran número de Centros de Atención de Personas Mayores en las principales ciudades del país que funcionan de manera informal y sin el cumplimiento de estándares mínimos de calidad de prestación de servicios.

De acuerdo con la fuente antes citada, existen alrededor de 150 Centros de Atención Diurna de personas mayores en el país, aunque el subregistro de este tipo de centros y servicios es muy amplio dado que no existe un instrumento unificado de registro municipal, departamental y/o nacional.

En Colombia, la atención domiciliaria de las personas adultas mayores es realizada por cuidadores familiares. La Unidad de Servicios de Salud de la Universidad Nacional de Colombia (UNISALUD) es una organización aseguradora y prestadora de servicios de salud, que está desarrollando el programa de Atención Domiciliaria con la misión de satisfacer las necesidades de atención de los usuarios con multipatologías y compromiso de su independencia. El servicio es prestado en el área metropolitana de la ciudad de Bogotá por un médico general, médico geriatra, enfermera, terapeuta físico, terapeuta respiratorio y apoyado por profesionales del ámbito del trabajo social, psicología y nutrición.

Por otra parte, las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios (Instituciones de salud EPS-IPS), cuentan en la actualidad con programas de atención a domicilio específicamente orientados para la población mayor.

La entidad Cruz Roja Colombia ha comenzado a instaurar el Programa de Teleasistencia domiciliaria para los adultos mayores del país. Sin embargo, no se cuenta todavía con datos de demanda ni de cobertura del servicio.

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

- **Fundaciones:** Son organizaciones que no poseen ánimo de lucro y a diferencia de las asociaciones, no están formadas por socios sino por un patrocinio compuesto directamente por sus fundadores. Algunas de las fundaciones que en Colombia trabajan en favor de la calidad de vida de las personas mayores son: Fundación Nelly Ramírez, Fundación colombiana de tiempo libre y recreación (FUNLIBRE), Fundación de Obras Sociales de Boyacá (SUE), Fundación Saldarriaga Concha, Fundación Carvajal, Fundación Por vejez, Fundación Zoraín, Fundación de Organizaciones de Pensionados y del Adulto Mayor (FOPAMCOL) y Fundación Centro de Estudios e Investigaciones del trabajo (CESTRA).
- **Asociaciones mutuales y comités:** Son agrupaciones de personas constituidas para realizar una actividad colectiva de una forma estable, organizadas democráticamente, sin ánimo de lucro e independientes del Estado, los partidos políticos y las empresas. Cuando en lugar de personas son organizaciones las que constituyen una asociación esta se reconoce como Federación, Confederación o Unión. El mutualismo por su parte, es un sistema solidario de servicios mutuos, fundado en la asociación voluntaria de personas que se unen con objetivos comunes de ayuda recíproca. En la actualidad corresponde a las Asociaciones de pensionados defender derechos relacionados con pensiones y salud. Algunas de ellas se numeran a continuación:
 - Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria (ACGG).
 - Asociación Interdisciplinaria de Gerontología de Colombia (AIG).
 - Centro de psicología gerontológica (CEPSIGER.).
 - Asociación mutual Gran Colombiana.
 - Cabildos de mayores departamentales.
 - Comité Interinstitucional de Bienestar del Anciano (CIBA.)
 - Asociación Nacional de Establecimientos Privados de Asistencia al Anciano (PROVIDA).
- **Gremios científicos:** Las asociaciones científicas han sido creadas con el objetivo de mejorar la calidad del ejercicio profesional y por lo tanto el nivel de vida de la población Colombiana. Entre otras cosas las asociaciones científicas propenden por la actualización y educación, con fundamentación científica y humana, además de fomentar la investigación alrededor de temas especializados de interés. Las más importantes en el país son las siguientes: la Asociación Interdisciplinaria de Gerontología de Colombia (AIG de Colombia), la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria (ACGG) y la Asociación Federativa de Gerontología de Colombia (ASOFEDGEA).
- **Redes de adultos mayores:** En Colombia funcionan más de 30.000 organizaciones de este tipo, agrupadas en no menos de 1.000 redes. Las acciones y la propia existencia de estas organizaciones y redes se ven afectadas por debilidades gerenciales y financieras y por los bajos niveles de participación observados en algunos países. Las principales redes de Colombia son: la Red Iberoamericana de Adultos Mayores (RIAAM) con Apoyo del IMSERSO, la Red Latinoamericana de Gerontología y la Red Tiempos.



- **Universidades y centros de formación:** En estos centros educativos se desarrollan programas de formación de los recursos humanos que trabajan con y para las personas mayores, así como investigación alrededor del tema del envejecimiento y la vejez.
- **Programa pastoral del anciano de la Conferencia Episcopal:** La conferencia episcopal desarrolla un programa de formación de animadores de pastoral para personas mayores.
- **Instituciones de salud EPS-IPS:** Las Entidades Promotoras de Salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios cuentan en la actualidad con programas de atención a domicilio específicamente orientados para la población mayor. Se conocen en Bogotá las siguientes: el Programa de Teleasistencia domiciliaria de la Cruz Roja, los Programas de Atención domiciliaria de la Universidad Nacional y los Programas del Instituto Nacional de Cancerología de la Universidad del Valle.
- **Organizaciones no gubernamentales.** De la Confederación de asociaciones también hacen parte distintas federaciones de ONGs departamentales en las cuales existen diversas organizaciones que se ocupan de temas relacionados con el envejecimiento, la vejez y la seguridad social.
- **Instituciones de asistencia al anciano:** De acuerdo con el registro de instituciones de asistencia al anciano (DANE, 1997), de las 564 instituciones censadas en Colombia (145 oficiales y 419 privadas) el mayor número está en Antioquía. El total de personas a quienes prestan servicio tales instituciones es de 5.084 (3.303 mujeres y 1.781 hombres), casi todas (93.5%) mayores de 60 años.

Los datos de la Encuesta Nacional de Oferta de Servicios para la Población Vulnerable (2004) muestran que la mayoría de los proveedores de asistencia social son privados (88%) y atienden a un total de 455.490 usuarios de todas las edades, confirmando así el importante papel que juega el sector privado en la provisión de asistencia social en Colombia.





07

Costa Rica

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



7.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población costarricense asciende a 4.639.042 personas. De éstas el 6,5% se encuentra dentro del grupo de 65 años y más. Las proyecciones apuntan que hacia la mitad del presente siglo este porcentaje será del 29,79%.

Costa Rica. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	2.355.436	2.283.606	4.639.042
65 - 69	48.561	51.967	100.528
70 - 74	36.175	40.174	76.349
75 - 79	24.882	29.755	54.637
80 - 84	16.540	20.683	37.223
85 y más	13.071	18.228	31.299
Total 65 años y más	139.229	160.807	300.036
Proporción sobre la población total %	5,9%	7,0%	6,5%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Este incremento de la población mayor se explica, entre otros factores, por el aumento en la esperanza de vida. Así, para el quinquenio 1970-1975 la esperanza de vida al nacer era de 68,1 años. Para el presente quinquenio este valor ha ascendido hasta los 79,4 años. Se observa una mayor expectativa vital en las mujeres frente a los varones.

Costa Rica. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	77,0	81,9
Esperanza de vida a los 65 años	18,0	20,7
Esperanza de vida a los 80 años	8,8	10,0

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los siguientes indicadores muestran el envejecimiento de la población costarricense. El índice de envejecimiento señala que en el año 2010 se cuentan 26 adultos mayores por cada 100 niños. Por otro lado, la mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para este mismo año se sitúa en 115 mujeres por cada 100 varones y una edad media de la población de 27,7 años.

Costa Rica. Indicadores de envejecimiento. 2010	
Índices de envejecimiento	26
Índice de masculinidad	115
Índices de dependencia	9
Edad media de la población (2009)*	27,7

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

7.2. Sistema de Pensiones

7.2.1 Descripción

7.2.1.1 Sistema contributivo de pensiones (Seguro de Pensiones)

El sistema de pensiones costarricense es de configuración mixta, con financiación pública y privada (de empresas y trabajadores) y se basa en un sistema de reparto colectivo y otro de capitalización individual, ambos obligatorios.

La Ley del Régimen Privado de Pensiones Complementarias, No. 7523 del 7 de julio de 1995, autorizó la creación de los sistemas o planes privados de pensiones complementarias y de ahorro individual, destinados a brindar a los beneficiarios protección complementaria ante los riesgos de la vejez y la muerte.

A partir de la aprobación de la Ley de Protección al Trabajador, No. 7983 del 18 de febrero de 2000, se establecen en su configuración actual los regímenes básicos de pensiones: tanto el Régimen de Invalidez Vejez y Muerte (IVM) como el Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias, los Fondos de Capitalización Laboral, y el Régimen No Contributivo. El sistema se estructura sobre la base de tres pilares fundamentales: El primer pilar corresponde al régimen público contributivo (IVM) y no contributivo, cuya entidad administradora es la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), en colaboración con entidades operadoras autorizadas para la gestión de fondos creados por Leyes anteriores a la 7983, o de los fondos complementarios. El segundo pilar es una pensión complementaria obligatoria a la otorgada en el régimen público, cuya administración está a cargo de operadoras de fondos de pensiones de capital público o privado, e instituciones debidamente autorizadas por ley. Por último, existe un tercer pilar de ahorro voluntario, cuya cobertura es universal y cuya administración recae en los mismos entes que administran la pensión complementaria obligatoria.

El **Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM)** es el sistema principal de solidaridad en la protección. Es un sistema de reparto, basado en las contribuciones de trabajadores, patronos y Estado en un fondo común.

La pensión por Vejez del IVM se otorga a personas retiradas. Las mujeres pueden acceder a partir de la edad de 59 años y 11 meses si han aportado al menos 466 cuotas al sistema; los varones, a partir de de 61 años y 11 meses si han aportado al sistema al menos 462 cuotas. Las prestaciones por Invalidez se prestan asegurados menores de 65 años.



Los **Fondos de capitalización laboral** están constituidos con las contribuciones de los patronos y los rendimientos o productos de las inversiones, una vez deducidas las comisiones por administración, para crear un ahorro laboral y establecer una contribución al Régimen de Pensiones Complementarias.

Los **Fondos de pensiones complementarias** están constituidos con las contribuciones de los afiliados y los cotizantes de los diversos planes de pensiones y con los rendimientos o los productos de las inversiones, una vez deducidas las comisiones.

El **Régimen Obligatorio de Pensiones Complementarias** es un sistema de capitalización individual, cuyos aportes serán registrados y controlados por medio del Sistema Centralizado de Recaudación de la CCSS y administrado por medio de las operadoras elegidas por los trabajadores. Además, existe la posibilidad de realizar aportaciones privadas de forma individual o colectiva en fondos voluntarios en el **Régimen Voluntario de Pensiones Complementarias**, que podrán disfrutarse a partir de los 57 años de edad, excepto en caso de invalidez o enfermedad Terminal.

Junto al régimen de Invalidez, Vejez y Muerte gestionado por la CCSS, se crearon, en virtud de leyes específicas dictadas entre 1939 y 1958, una serie de **regímenes especiales** financiados con cuotas de los trabajadores activos, de los pensionados y del Estado. Cada uno de estos regímenes cubría a un determinado sector o grupo de trabajadores públicos, a los que otorgaba protección contra los riesgos de invalidez, vejez y muerte, aunque con requisitos y formas de cálculo de los beneficios muy heterogéneos. En 1992 se extinguieron la mayoría de los programas de jubilación independientes para funcionarios públicos, subsistiendo hasta la actualidad el del **Magisterio Nacional** y el de Poder Judicial.

Las **Jubilaciones y pensiones del Magisterio Nacional** se organizan en dos regímenes, el Transitorio de Reparto y el de Capitalización Colectiva. Pertenecen al Régimen Transitorio de Reparto todos los trabajadores de la educación que empezaron a laborar en el Magisterio Nacional antes del 15 de julio de 1992. Los afiliados a este régimen pueden jubilarse con 30 años de servicio (25 años si laboró 10 consecutivos o 15 alternos en condiciones de zona incómoda e insalubre, enseñanza especial u horario alterno). El monto de la pensión es el 100% del mejor salario de los últimos 5 años. Todos los trabajadores de la educación que empezaron a laborar por primera vez en el Magisterio Nacional en una fecha posterior al 14 de julio de 1992 pertenecen al Régimen de Capitalización Colectiva, creado al amparo de la Ley 7302, del 15 de julio de 1992. Este régimen está administrado por la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional y es de adscripción obligatoria. Para jubilarse es necesario un tiempo de servicio de 396 cuotas y tener 55 años de edad. El monto de la pensión es el 60% del salario promedio, por las primeras 240 cotizaciones, más un 0,1% de ese salario por cada cuota adicional, después de las primeras 240.

Las Jubilaciones y Pensiones del Poder Judicial fueron establecidas en el Título IX de la Ley Orgánica del Poder Judicial, que contempla beneficios por Edad y Tiempo de Servicio, Tiempo de servicio, Edad, Invalidez y Fallecimiento (viudez, orfandad, ascendencia). La fecha normal de retiro es aquella en la que los servidores judiciales cumplan 30 años de servicio y/o 62 años de edad. Se permite el retiro anticipado con al menos 10 años de servicio y 62 años de edad. Los montos de los beneficios son los siguientes:

- Edad y servicio: 100% del Salario Pensionable.
- Tiempo de servicio: Salario pensionable x (Edad de retiro/62).
- Edad: Salario pensionable x (servicio total/30).

- Invalidez: 80% del salario pensionable \times (servicio total/30)
- Fallecimiento: En el caso de pensiones por fallecimiento los beneficiarios reciben la pensión que le hubiere correspondido al titular por edad y tiempo de servicio, edad, tiempo de servicio e invalidez.

7.2.1.2 Programa de pensiones no contributivas

El Programa de pensiones no contributivas ofrece cobertura a todos los adultos mayores de 65 años que no han cotizado en ninguno de los regímenes de pensiones, han cotizado un número inferior de cuotas del que otorga el derecho, o se encuentran en situación de pobreza, es decir, carecen de ingresos o estos son inferiores al costo de la canasta básica vigente (31.000 colones, aproximadamente). El sistema se financia con cargo al Presupuesto del estado, a través de impuestos.

Los beneficios de este régimen se otorgan a

- Adultos mayores de 65 años.
- Personas con discapacidad que no puedan trabajar y tengan entre 18 y 64 años.
- Menores de edad, inválidos o huérfanos de los dos padres o si muere la madre y el padre no ha reconocido al menor legalmente.
- Viudas entre 55 y 65 años que estén en desamparo económico, o que tengan hijos menores de 18 años o entre 18 y 21 años si están estudiando o bien que no trabajen.
- Menores de 18 años, que sean huérfanos de los dos padres.
- Personas que tengan entre 18 y 21 años que se encuentren estudiando formalmente y que no trabajen.
- Indigentes que cumplan con los requisitos del Reglamento del Programa Régimen No Contributivo.

7.2.2 Cobertura e intensidad de protección

El Seguro de Pensiones (sistema contributivo) de Costa Rica tenía, en junio de 2009, un total de 160.773 pensionados de los cuales 121.472 eran personas de 60 y más años de edad. El monto promedio mensual de las pensiones era de 148.683 colones (163.898 colones en el caso de las pensiones recibidas por personas de 60 y más años). Los adultos mayores más jóvenes reciben unas pensiones sustancialmente más elevadas: el monto promedio, que es de 221.942 colones para los pensionados de entre 60 y 64 años desciende hasta 116.312 colones para los pensionados de 85 años y más. Los varones reciben, en todos los grupos de edad, pensiones más elevadas que las mujeres. El salario mínimo vigente en junio de 2009 era de 206.045 colones.

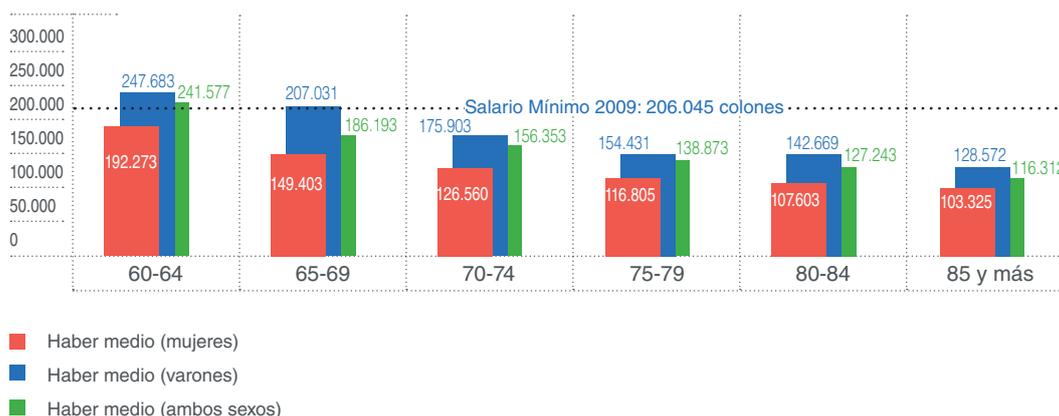


Costa Rica. Seguro de Pensiones. Número de pensionados y monto promedio mensual, por edad y sexo.
Junio de 2009

	Total	Hombres	Mujeres
Número de pensiones			
Total	160.773	86.922	73.851
60-64	19.427	10.402	9.025
65-69	29.613	18.905	10.708
70-74	24.877	15.021	9.856
75-79	21.867	12.825	9.042
80-84	15.501	8.682	6.819
85 y más	10.187	5.240	4.947
Total 60 y más años	121.472	71.075	50.397
Resto	39.301	15.847	23.454
Monto promedio mensual (colones)			
Total	148.683	169.748	123.889
60-64	221.942	247.683	192.273
65-69	186.193	207.031	149.403
70-74	156.353	175.903	126.560
75-79	138.873	154.431	116.805
80-84	127.243	142.669	107.603
85 y más	116.312	128.572	103.325
Total 60 y más años	163.898	183.264	136.585
Resto	101.655	109.124	96.608

Fuente: Sistema Integrado de Pensiones.

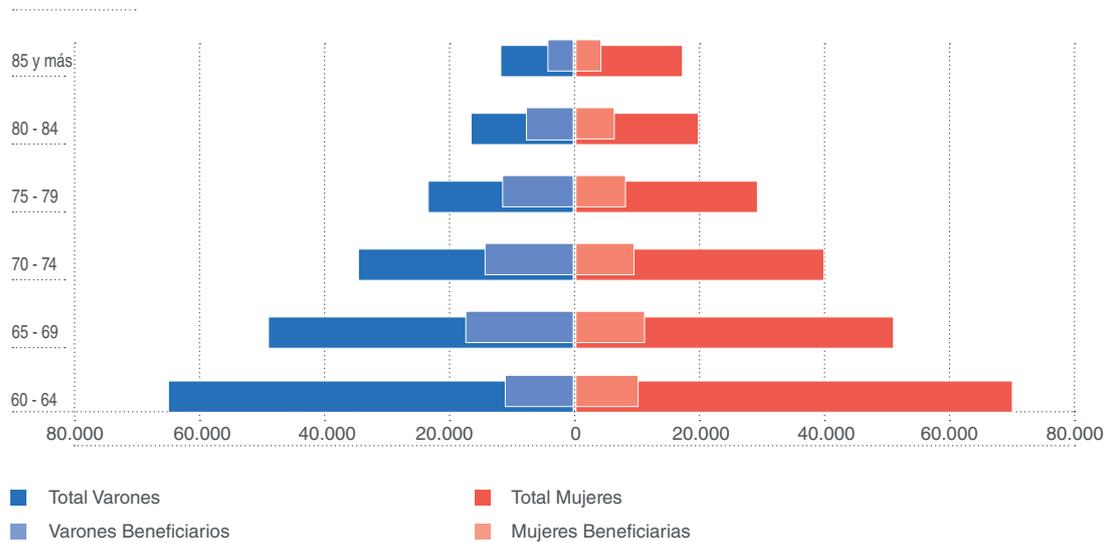
Costa Rica. Haber medio de las pensiones contributivas en relación con el Salario Mínimo, por edad y sexo de los perceptores. Junio de 2009.



Fuente: Sistema Integrado de Pensiones.

La cobertura prestacional directa del Seguro de Pensiones es escasa, pues sólo el 27,7% de las personas de 60 y más años y el 34,0% de las personas de 65 y más años reciben alguna pensión contributiva. Los varones tienen mayores índices de cobertura (34,2% los de 60 y más años y 43,6% los de 65 y más años) que las mujeres (21,8% y 25,7%, respectivamente).

Costa Rica. Cobertura prestacional del Seguro de Pensiones en población de 60 y más años, por sexo y grupo de edad. 2009.



Fuente: Sistema Integrado de Pensiones.

Si se computan, además, los 37.000 pensionados del Magisterio Nacional y los 2.500 del Poder Judicial, para los que no se dispone de desglose por edad y sexo, la tasa de cobertura para personas de 60 y más años se eleva por encima del 35%.

El programa de pensiones no contributivas tenía, en junio de 2009, 83.764 beneficiarios, de los cuales 51.211 eran personas de 65 y más años de edad. El monto promedio de las pensiones no contributivas recibidas por personas de 65 y más años era de 66.125 colones.

Costa Rica. Pensiones No contributivas. Número de pensionados y monto promedio mensual, por edad y sexo. Junio de 2009

	Total	Hombres	Mujeres
Número de pensionados			
Total	83.764	36.278	47.486
Pensionados de 65 y más años	51.211	22.133	29.078
Jefes de familia de 65 y más años	10.235	6.833	3.402
Personas solas de 65 y más años	40.976	15.300	25.676
Pensionados menores de 65 años	32.553	14.145	18.408
Monto promedio mensual (colones)			
Total	69.254		
Pensionados de 65 y más años	66.125		
Jefes de familia de 65 y más años	66.125		
Personas solas de 65 y más años	66.125		
Pensionados menores de 65 años	74.177		

Fuente: Boletín Estadístico Mensual RNC, Junio 2009.



El número total de pensionados de 65 y más años (integrando los datos del Seguro de Pensiones contributivo, de los Fondos de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional y del Poder Judicial y del programa de pensiones no contributivas) supera los 180.000, el 60% del total de personas de 65 y más años residentes en Costa Rica.

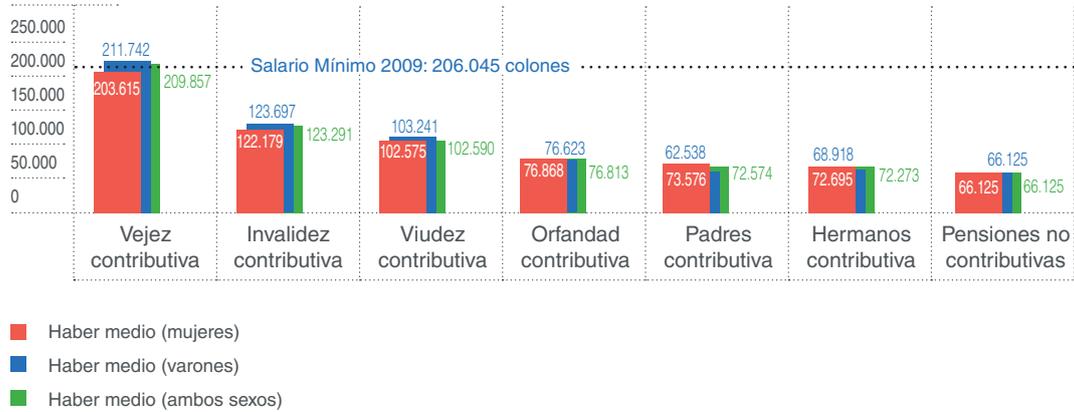
El monto promedio total de los beneficios del Sistema Integrado de Pensiones recibidas por personas de 65 y más años en el mes de junio de 2009 fue de 123.869 colones, un 60,1% del salario mínimo. Las pensiones contributivas tuvieron un monto promedio de 152.848 colones (74,2% del salario mínimo), aunque con una importante diferencia entre los varones (172.220 colones, el 83,6% del salario mínimo) y las mujeres (124.437 colones, el 60,4% del salario mínimo). Las diferencias entre sexos se deben más a las diferencias en el tipo de pensiones recibidas (las mujeres reciben más pensiones de viudez, de menor importe, y menos de vejez y de invalidez, cuyo importe medio es más elevado), que a diferencias sustanciales en el importe medio dentro de cada tipo de pensión. En las pensiones no contributivas, el monto promedio fue de 66.125 colones (el 32,1% del salario mínimo), similar en los hombres y en las mujeres.

**Costa Rica. Número de pensionados mayores de 65 años y monto promedio mensual.
Junio de 2009**

	Total	Hombres	Mujeres
Número de pensionados			
Total	153.256	82.806	70.450
Seguro de Pensiones	102.045	60.673	41.372
Vejez	50.871	39.717	11.154
Invalidez	27.573	20.208	7.365
Viudez	21.254	483	20.771
Orfandad	320	72	248
Padres	1.633	149	1.484
Hermanos	394	44	350
Pensiones no contributivas	51.211	22.133	29.078
Monto promedio mensual			
Total	123.869	143.862	100.369
Seguro de pensiones	152.848	172.220	124.437
Vejez	209.857	211.742	203.615
Invalidez	123.291	123.697	122.179
Viudez	102.590	103.241	102.575
Orfandad	76.813	76.623	76.868
Padres	72.574	62.598	73.576
Hermanos	72.273	68.918	72.695
Pensiones no contributivas	66.125	66.125	66.125

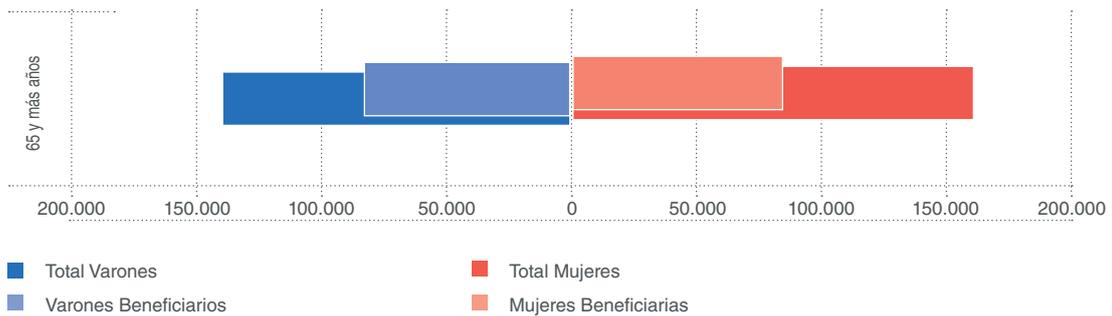
FUENTE: Sistema Integrado de Pensiones. Junio 2009.

Costa Rica. Haber medio de las pensiones contributivas en relación con el Salario Mínimo, por edad y sexo de los perceptores. **Junio de 2009.**



Fuente: Sistema Integrado de Pensiones. Junio 2009.

Costa Rica. Seguro de Pensiones y Programa de Pensiones No Contributivas. Cobertura prestacional directa en población de 65 y más años, por sexo. **Junio de 2009.**



Fuente: Sistema Integrado de Pensiones. Junio 2009.



7.3. Sistema de Salud

La Constitución costarricense de 1949 y la Ley General de Salud establecen el derecho a la atención de salud para toda la población. A partir de la década de los 70, se aplicó una estrategia para extender la cobertura del programa de enfermedad-maternidad del seguro social, y de esta manera, en 1975, el Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte incorpora a los trabajadores del sector agrícola; para ello, se transfirieron a la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) todos los servicios de atención del Ministerio de Salud (preventivos y curativos). A su vez la CCSS se comprometió a atender a todas las personas no aseguradas sin recursos, con cargo al fisco. Este modelo es único en América Latina y ha tenido éxito en alcanzar virtualmente la universalidad.

La cobertura legal del seguro social, que es la más amplia de la región, comprende los siguientes grupos con diverso tipo de afiliación:

- **Obligatoria** para todos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado incluyendo los domésticos.
- **Voluntaria** para los trabajadores independientes con remuneración, los cuales reciben subsidios fiscales que aumentan según disminuye el ingreso.
- **Voluntaria** para trabajadores que han dejado de ser cubiertos de manera obligatoria, los que no trabajan pero tienen ingresos propios (rentistas), los trabajadores familiares sin remuneración, los estudiantes que no trabajan y las amas de casa.
- **Atención integral** a los pensionados y los familiares dependientes de éstos y de los asegurados activos, así como los indigentes que carecen de aseguramiento y no pueden pagar la cotización (aunque su grupo familiar tenga un ingreso mayor a un salario mínimo también son elegibles si no satisfacen sus necesidades básicas, aunque deben demostrar su situación de necesidad cada seis meses).
- **Atención** para todos los casos de urgencia, dejándose el pago, cuando corresponda, para un momento posterior.

Por otra parte, el subsector privado atiende a tres grupos: los de alto ingreso que no están asegurados en la CCSS y compran planes de seguro o prepagas o directamente a proveedores de servicios; parte de los asegurados en la CCSS, que delega una proporción de la atención a proveedores privados o mixtos, y aquellos asegurados que deciden pagar a un proveedor privado para obtener atención más rápida o de mejor calidad que en la CCSS.

Este sistema trata de proporcionar una cobertura universal financiada sobre la base de impuestos y por asignación de presupuestos globales. Costa Rica cuenta con un subsector del seguro social coordinado con el subsector público, que actúa como modelo predominante de aseguramiento y provisión, mientras que el subsector privado tiene un papel minoritario como complemento del aseguramiento público, como se ha comentado anteriormente.

7.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

Los planes y programas generales de salud que se ofrecen desde la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS), son:

- Acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación.
- Asistencia médica especializada y quirúrgica.
- Asistencia ambulatoria y hospitalaria.
- Servicio de farmacia para la concesión de medicamentos.
- Servicio de laboratorio clínico y exámenes de gabinete.
- Asistencia en salud oral, según las regulaciones que adelante se indican y las normas específicas que se establezcan sobre el particular.
- Asistencia social, individual y familiar.
- Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia.
- Política Nacional de Alimentación y Nutrición 2006-2010, dirigida al fortalecimiento de la nutrición preventiva hacia la erradicación de la desnutrición infantil en familias pobres y la prevención y control de la obesidad, una urgencia de salud pública.

En cuanto a los servicios privados de salud se debe señalar que este subsector cuenta con una red de establecimientos de diferente grado de complejidad, desde simples consultorios hasta grandes hospitales.

Por otro lado, existen planes y programas de salud específicos para los adultos mayores:

- **Plan Gerontológico de Salud:** El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) elaboró el Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006-2012, e incorporó una línea estratégica denominada Salud integral.
- **Política Nacional de Alimentación y Nutrición 2006-2010**, que incorpora una perspectiva de equidad en los adultos mayores a través del cumplimiento efectivo del derecho a una alimentación saludable y digna.
- **Servicios asistenciales**, en los que se incluyen la atención ambulatoria, consultas externas, hospital de día, Unidad de Cuidados Comunitarios (cuidados de larga duración) y hospitalizaciones.
- Campañas de promoción de la actividad física y de hábitos alimentarios saludables en los adultos mayores.
- **Programas “Escuela de Oro” y “Movámonos los Mayores”** que sirven para prevenir y promover los estilos de vida saludable, así como capacitación a familiares y cuidadores en cuidados básicos de los adultos mayores.



- Programa “Construyendo Lazos de Solidaridad”: Incluye actuaciones de atención, rehabilitación o tratamiento de personas adultas mayores en estado de necesidad o indigencia.
- Programa “Ciudadano de Oro”: Incluye servicios orientados al mejoramiento de la salud por medio de la actividad física.
- Campañas de prevención y detección temprana de problemas de salud en las mujeres mayores, que están incluidas en el Programa de Atención Integral a Mujer, de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Actividades con énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad:
 - Ferias de Salud e integrales de la población adulta mayor.
 - Campañas de educación e información.
 - Elaboración y distribución de material escrito.
 - Clínicas de Crónicos (Diabetes, Hipertensión, Obesidad, Enfermedades Terminales).
 - Formación de Grupos de adultos mayores en áreas de salud.
 - Visita domiciliar por los asistentes de atención primaria y equipos interdisciplinarios en el primer nivel de atención.
 - Los Juegos Dorados (una vez al año).
 - Acceso a servicios de salud en los tres niveles de atención (CCSS).
 - Campañas de vacunación en la población adulta mayor (Hemophilus Influenzae, Toxoide Tetánico).
 - Campañas de educación para erradicar el Dengue.
 - Campañas de educación vial, previniendo accidentes de tránsito.
 - Campañas contra el fumado y el consumo de drogas (Tabaco, alcohol, drogas).
- Programas de formación e investigación del Postgrado de Geriatría y Gerontología y Programas de capacitación a familiares y cuidadores (formales e informales) de adultos mayores.

7.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Según datos oficiales de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) para 2007, la población no cubierta por el sistema de salud es ligeramente superior al 12%, aunque se carece de información específica sobre población de 65 o más.

Costa Rica. Cobertura del Sistema de Salud. 2007

Cobertura de las prestaciones del Sistema de Salud	Cobertura por parte del seguro del Estado	Cobertura contributiva por el seguro de salud	Cobertura del Sector Privado	No asegurados
100%	11,5%	87,6%	Hay seguros privados comprados en el exterior*	12,4%

Nota: La información sobre género y zona geográfica de la población asegurada no fue posible incluirla debido a que los datos de la CCSS no se encuentran desagregados.

*Fuente: Indicadores de Seguridad Social de la CCSS, 2007. *Estado de la Región 2008.*

Indicadores de salud en Costa Rica

Cobertura⁽¹⁾

Población cubierta	92,5
Población sin cobertura	7,5
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND

Estructura⁽²⁾

Número de camas por 10.000 habitantes (2006)	13
Número de médicos por 10.000 habitantes (2000)	13.2
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2000)	9.3
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2000)	4.8
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes(2000)	5.3

Gasto en salud (2006)⁽²⁾

Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7.7
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	21.5
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	31.6
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	68.4
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.1
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	94.0
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	86.7
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	7.7
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	533
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	275
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	779
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	402

1. Tasa de cobertura del seguro de salud contributivo a mediados de la década del 2000, tomado de Ribe, H., Robalino, D.A y Walker, I. (2010), *From Right to Reality: Achieving Effective Social Protection for All in Latin America and the Caribbean*, Banco Mundial, Washington, DC.

2. OMS. *The Global Health Observatory (GHO) Database*.



7.4. Servicios Sociales

7.4.1 Marco institucional

Costa Rica cuenta con un *Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM)*, dependiente de la Presidencia de la República, que es el máximo organismo responsable de la implementación de actuaciones a favor de los adultos mayores. Este organismo es el ente rector en materia de envejecimiento y vejez, encargado de formular las políticas y los planes nacionales que garanticen condiciones favorables para la población adulta mayor del país.

El CONAPAM cuenta con una Junta Rectora, que cumple funciones de rectoría, y con un Consejo de Notables, formado por personas que cuentan con amplia experiencia en los temas de envejecimiento y vejez, que tiene el fin de canalizar las iniciativas y demandas de las personas adultas mayores para mejorar sus condiciones y la calidad de vida.

Desde el *Ministerio de Bienestar Social y Familiar* se legisla en materia de política social con el objetivo de erradicar la pobreza en Costa Rica. Este organismo apoya las actuaciones del CONAPAM y establece una serie de medidas dirigidas a las familias y a sus mayores.

La *Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)*, además de proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, otorga protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, incluyendo a los adultos mayores.

El *Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS)* se establece como institución rectora en materia de pobreza, siendo la entidad responsable de generar conocimientos, gestar y desarrollar planes y programas integrales de cobertura nacional para la promoción, el desarrollo social y económico de las comunicaciones y familias en condición de pobreza extrema, incluyendo a la población adulta mayor.

Otras instituciones que llevan a cabo acciones en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Costa Rica son las siguientes:

- *Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO)*, que integra acciones organizativas, educativas, recreativas, sociales y de proyección social, que fortalecen y enriquecen las potencialidades y habilidades de los adultos mayores, buscando con esto su autonomía, la defensa de sus derechos y el ejercicio de la ciudadanía. Esta entidad desarrolla recursos, servicios y programas dirigidos a los adultos mayores del país en diferentes ámbitos (sociocultural, participación social, ocio y tiempo libre, etc.).
- *Junta de Protección Social de San José (JPSSJ)*, que proporciona ayudas técnicas para atención de los mayores institucionalizados en centros residenciales.
- *Federación Nacional de Jubilados y Pensionados (FENALJUPE)*, que es una entidad constituida por 10 asociaciones de jubilados y pensionados sin ánimo de lucro, que realizan actuaciones dirigidas a los adultos mayores del país para proporcionarles una mayor calidad de vida.
- *Federación Cruzada de Protección al Anciano*, que es una organización no gubernamental que promueve el mejoramiento y el mantenimiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores, mediante procesos de asesoría, capacitación y educación dirigidos a las organizaciones afiliadas a la federación y a su entorno.

Costa Rica cuenta con un conjunto de políticas sectoriales contempladas en los planes operativos de las distintas instituciones encargadas de la atención de la población adulta mayor.

7.4.2 Principales recursos y programas sociales

El CONAPAM coordina la aplicación del **Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006–2012**. Este Plan Estratégico mantiene como líneas prioritarias de actuación las siguientes:

Línea estratégica 1: ingreso

- Pensiones: Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, (IVM), Régimen No Contributivo, Otros regímenes.
- Trabajo: Creación de oportunidades.
- Subsidios: Ayudas económicas permanentes.

Línea estratégica 2: maltrato

- Físico
- Psicológico
- Sexual
- Patrimonial
- Abandono
- Negligencia

Línea estratégica 3: participación social e integración intergeneracional

- Familia
- Comunidad
- Grupos organizados

Línea estratégica 4: consolidación de derechos

- Transporte
- Vivienda
- Atención preferencial
- Descuentos
- Educación



Línea estratégica 5: salud integral

- Promoción
- Prevención
- Atención especializada accesible: Geriatría, Rehabilitación, Oftalmología, Odontología, Audiología, Nutrición, Gerontología.

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores desde el CONAPAM se detallan brevemente a continuación:

- **Programa de Administración Central**, con el fin de orientar las acciones hacia la protección y mejoramiento constante de la calidad de vida de las personas adultas mayores.
- **Programa “Construyendo Lazos de Solidaridad”** para distribuir oportunamente los recursos económicos y sociales que podrían dar respuesta a las necesidades de atención de las personas adultas mayores, en conformidad con el marco legal de la Administración. Desde este programa, se financian programas de atención, rehabilitación o tratamiento de personas adultas mayores en estado de necesidad o indigencia.
- **Programa “Envejeciendo con Calidad de Vida”** para fomentar el conocimiento de la temática del envejecimiento y la vejez en la población nacional, con el fin de asegurar la participación social y el ejercicio pleno de los derechos de las personas adultas mayores. Desde este programa se financian actuaciones de organización, promoción, educación y capacitación que potencien las capacidades del adulto mayor, mejoren su calidad de vida y estimulen su permanencia en la familia y la comunidad, así como la atención de la persona adulta mayor institucionalizada. Una de estas actuaciones es *“Juntos formamos un mundo mejor”*, una vivencia escolar tendente a incentivar la calidad educativa de los procesos asignados a la formación de actitudes y valores relacionados con las personas adultas mayores para incidir en la mejora de la calidad de vida y la promoción de un desarrollo con equidad a través de experiencias de intercambio intergeneracional.
- **Bono de Vivienda** para aquellos mayores en estado de pobreza. Se establece una ayuda económica que permita al mayor sustentarse.
- **Bono de Transporte** y asientos preferenciales para mayores. Las ayudas de transporte incluyen la exoneración total o parcial del importe del billete de acuerdo a la distancia a recorrer.

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores desde la Caja Costarricense de Seguro Social son los siguientes:

- **Programa “Ciudadano de Oro”** que crea una cultura de respeto hacia las personas mayores mediante talleres culturales y sociorecreativos, cursos anuales de actividad física, talleres de manualidades y charlas de sensibilización y concienciación. Se establecen descuentos comerciales y de turismo social para las personas mayores, que incluye la entrega de tiquetes para el Transporte público gratuito o con descuento, así como la Tarjeta de Identificación de Ciudadano de Oro.

- **Programa Desarrollo de la Población Adulta**, que incluye las siguientes actuaciones específicas:
 - *Capacitación de los adultos mayores* mediante cursos que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida.
 - *Cursos de Formación Complementaria* a adultos mayores en coordinación con estudiantes universitarios. Se produce un intercambio generacional en estos cursos de formación, pues los estudiantes ofrecen sus servicios de trabajo comunal como capacitadores de adultos mayores y éstos ofrecen sus experiencias de vida.
 - *Preparación a la Jubilación*, que brinda atención integral a la población mayor en etapa de prejubilación y le permite asumir efectivamente los cambios que esta etapa conlleva.
 - *Promoción de Grupos de Voluntarios* entre los adultos mayores para desarrollar labores sociales en diferentes instituciones.
- **Programa de Estancias y Ayudas Sociales** a las personas adultas mayores. Se capacita a las personas cuidadoras (informales) de mayores en condición de dependencia en su domicilio mediante cursos (*Cuidadores con Corazón de Oro*). Se capacita a los funcionarios de diferentes instituciones en la detección de abuso y maltrato de la población adulta mediante charlas y conferencias. Por otra parte, se establecen unos Talleres de atención Integral dirigidos a población en condición de viudez con el objetivo de la mejora de la calidad de vida de la persona viuda.

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores desde la Asociación Gerontológica Costarricense (AGECO) son los siguientes:

- **Clubes de Personas Mayores**, donde los mayores se reúnen y hacen actividades con personas de edades e intereses semejantes para propiciar su vida social en su entorno comunitario. Desde estos clubes, se orientan las acciones al empoderamiento, la autogestión y la autorrealización de las personas mayores. Se organiza clubes comunales, clubes especializados y clubes de actividad física.
- **Programa de Voluntariado de personas mayores**, que ofrecen su servicio voluntario en instituciones de bienestar social y cultural.
- **Programas de Capacitación** dirigida a la población en general sobre diferentes temas relacionados con el envejecimiento a través de cursos, charlas y talleres.
- **Programa de Comunicación** a través del cual se ofrecen mensajes educativos y divulgativos sobre envejecimiento y vejez en los diferentes medios de comunicación.

Otros recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Costa Rica se detallan brevemente a continuación:

- **Programa de Sensibilización** dirigido a voluntarios y funcionarios de los Hogares de Ancianos, Albergues y Centros Diurnos, a pensionados y a personas adultas mayores, en general.
- **Programa de Educación y Capacitación**, que ofrece alternativas de educación e información en temas relacionados con la vejez, el envejecimiento y estilos de vida saludable a estudiantes y población general.



- **Programas Educativos en las Universidades** como “Emprendedores de Oro”, que apoyan la formación superior complementaria de los adultos mayores.
- **Programas de Participación social y política de los adultos mayores** a través de los foros regionales, el Foro Consultivo de personas adultas mayores y el Encuentro Nacional de los mayores con los candidatos presidenciales.
- **Programa de Atención Jurídica directa** a los adultos mayores sobre maltrato, abuso, abandono, disposición patrimonial y líneas de sucesión. Se ofrece servicios de apoyo y orientación sobre estas temáticas a los mayores y sus familias.

7.4.2.1 Red de recursos sociosanitarios y de apoyo social

En Costa Rica, existen dos hospitales que cuentan con servicio de geriatría, a través del cual se proporciona asistencia integral a los adultos mayores atendidos. Estos hospitales cuentan con servicios de día tanto para pacientes hospitalizados como ambulatorios.

Costa Rica cuenta con una red de Albergues, Hogares y Centros Diurnos especializados en la atención de personas mayores. Según datos del Ministerio de Salud (2007-2008) en el ámbito privado, Costa Rica cuenta con 74 residencias privadas para adultos mayores sin ánimo de lucro (1.890 camas) y 16 residencias privadas con ánimo de lucro. Por otra parte, existen 50 Centros Diurnos para personas mayores dependientes, que atienden a 1.482 personas. La práctica totalidad de estos centros dependen de organizaciones privadas sin ánimo de lucro.

Aunque no existe ningún centro específico para la atención de los diferentes tipos de demencias, sí hay hogares permanentes que atienden a personas adultas mayores en estado de dependencia total como consecuencia de procesos de enfermedades terminales, como el Hogar San Francisco de Asís, en Moravia.

El Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor, mediante la firma de convenios con los hogares de ancianos, financia proyectos de atención domiciliar dirigidos a población adulta mayor. Estos convenios permiten la atención, rehabilitación y tratamiento de las personas adultas mayores en estado de necesidad e indigencia, en condición de pobreza, vulnerabilidad y riesgo social. Los servicios de atención domiciliar son también prestados a través de los profesionales de los Hospitales Geriátricos. Sin embargo, Costa Rica no cuenta aún con servicios de Teleasistencia.

La iniciativa social ha desarrollado una red de recursos sociales a través de las federaciones y asociaciones de mayores, que ofrecen apoyos sociales a los adultos mayores. Entre estas federaciones cabe destacar la *Federación Cruzada Nacional de Protección al Anciano*, una organización no gubernamental con más de 28 años de existencia, que federa a 110 organizaciones de bienestar social sin fines de lucro, distribuidas en las 7 provincias del país y ubicadas tanto en zonas rurales como urbanas, y la *Federación Nacional de Jubilados y Pensionados (FENALJUPE)*, una entidad constituida por asociaciones de jubilados y pensionados sin ánimo de lucro y de bien social. A través de sus acciones desarrolla su conducción reivindicativa y garantiza la calidad de vida entre sus afiliados, utilizando la seguridad socioeconómica, recreativa, salud, respeto familiar, participación organizada, entre otros.

El tejido asociativo de los adultos mayores está experimentando un importante desarrollo. Según la base de datos del Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (2007), algunas de las asociaciones que en Costa Rica se ocupan de la atención de las personas mayores son las siguientes:

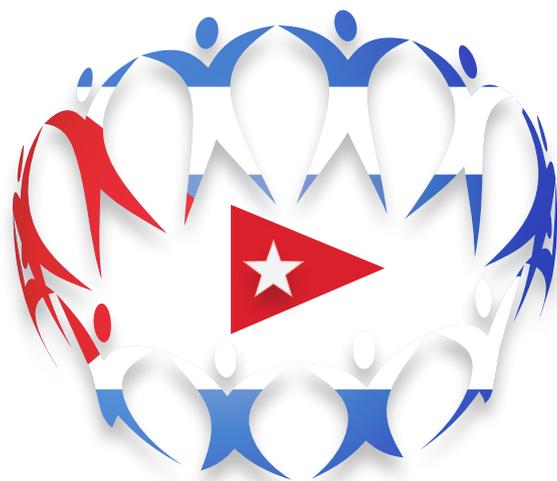
- Asociación de Salud Integral del cantón Vázquez de Coronado.
- Asociación Adulto Mayor “Volver a Vivir”.
- Asociación de Pensionado del Banco de Costa Rica.
- Asociación Pro Desarrollo Social, Cultural y Educativo “Damas Voluntarias de los Lagos de Heredia”.
- Asociación de Pensionados de Hacienda y Poder Legislativo.
- Asociación “La Estancia de los Años Dorados”.
- Asociación de Estudiantes Adultos Mayores de la Universidad de Costa Rica.
- Asociación de Diabéticos e Hipertensos de Desamparados.
- Comisión Nacional de Rescate de Valores.
- Comité del Adulto Mayor del Colegio de Enfermeras de Costa Rica.
- Comité Pro Adulto Mayor de Cahuita.
- Grupo Adulto Mayor “Dulce Nombre de Jesús”.
- Grupo Inmaculado.
- Corazón de María, Pastoral Social de Desamparados.
- Grupo del Adulto Mayor de Gravilias.



- Grupo Fortaleza.
- Grupo Adulto Mayor “Sonrisas de Vida”.
- Grupo “Alegría de Vivir”.
- Grupo Ciudadano de Oro “Carita Feliz”.
- Grupo de personas adultas mayores refugiadas “Amigos de Oro” del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR).
- Grupo Adulto Mayor “Atardecer”.
- Grupo Oro del Colegio de Contadores Privados de Costa Rica.
- Grupo Adulto Mayor “En Movimiento”.
- Programa de Prejubilación del Ministerio de Economía.
- Grupo Pastoral Adulto Mayor de Sagrada Familia.

Costa Rica cuenta asimismo con una amplia red de Centros culturales en los que se imparten programas y cursos destinados a los adultos mayores.





08
Cuba

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



8.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población cubana ascendía a 11.202.755 personas. De éstas el 12,3% se encuentra en el grupo de edad de 65 años y más. Al considerar el sexo de este grupo etario, se observa que el 53% son mujeres. Este porcentaje aumenta hasta el 55% en el grupo de edad de 85 y más.

Cuba. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	5.615.526	5.587.229	11.202.755
65 - 69	224.558	241.785	466.343
70 - 74	172.190	186.160	358.350
75 - 79	117.316	133.914	251.230
80 - 84	74.000	91.781	165.781
85 y más	60.737	75.452	136.189
Total 65 años y más	648.801	729.092	1.377.893
Proporción sobre la población total %	11,6%	13,0%	12,3%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Esta mayoría femenina se explica al atender a la esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años en donde las mujeres presentan en promedio valores más altos frente a los varones, según se puede observar en la siguiente tabla.

Cuba. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	77,2	81,2
Esperanza de vida a los 65 años	17,6	20,1
Esperanza de vida a los 80 años	8,3	9,4

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Cuba presenta uno de los porcentajes más altos de población adulta mayor, las proyecciones apuntan que el número de personas mayores en el país seguirá creciendo. Así, hacia la mitad del presente siglo los adultos mayores en Cuba representarían el 29,79% de la población. Diversos factores explican este proceso de envejecimiento.

En el caso cubano las variaciones en las tasas de fecundidad, mortalidad, migración y esperanza de vida mantienen un patrón específico que se refleja en los siguientes indicadores: un índice de envejecimiento que señala que en el año 2010 se cuentan 71 adultos mayores por cada 100 niños. Por otro lado, la mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para este mismo año se sitúa en 112 mujeres por cada 100 varones. El índice de dependencia que mide la proporción que supone la población mayor respecto a la población económicamente se sitúa en el año 2010 en 17 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral.

Cuba. Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	71
Índice de masculinidad	112
Índices de dependencia	17
Edad media de la población (2009) *	37,8

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

8.2. Sistema de Pensiones

8.2.1 Descripción

La Ley de Seguridad Social, LEY No. 105/2008 (reglamentada por Decreto 283/2009) establece un régimen general de seguridad social universal, que comprende prestaciones monetarias, en servicios y en especie, ya sea en caso de enfermedad, accidente, maternidad, invalidez y vejez. Esta Ley ha incrementado los beneficios de la población adulta mayor y otorga un mayor amparo a las personas de otras edades que tiene bajos ingresos y/o se encuentran en situaciones especiales. Estas disposiciones rebasan el marco de las pensiones y jubilaciones e incluyen seguridad en el empleo, seguridad en el ingreso, protección y salud en el trabajo, seguridad en la formación profesional, seguridad en la nutrición, la actividad física, el desarrollo individual y la participación social de los adultos mayores.

Las prestaciones establecidas en la Ley de Seguridad Social son de tres tipos:

Prestaciones en servicios gratuitos: asistencia médica y estomatológica, preventiva y curativa, hospitalaria en general y especializada; rehabilitación física, psíquica y laboral.

Prestaciones en especie: medicamentos, aparatos de ortopedia y prótesis, y los medicamentos en caso de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales que no requieren hospitalización.

Prestaciones monetarias: pensión por edad, subsidios por enfermedad o accidente, pensión por invalidez total o parcial, pensión por la muerte del trabajador, del pensionado o de otra persona de las protegidas por la Ley, por maternidad de la trabajadora, pensión de asistencia social.

Por su parte, existe un régimen de Asistencia Social que actúa como complemento del de Seguridad Social, al proteger a los trabajadores ante determinadas circunstancias y a todas aquellas personas (adultos mayores, personas con discapacidad, madres de hijos con discapacidad severa, etc.) cuyas necesidades esenciales no estén aseguradas o que por sus condiciones de vida o salud requieran protección y no puedan solucionarlas sin el apoyo de la sociedad. Tiene carácter flexible y descentralizado. Brinda prestaciones en servicios, en especie y monetarias. Además de ello, desarrolla programas sociales con los grupos más vulnerables de la población.



8.2.1.1 Pensiones por edad

La **pensión por edad** se paga a todo trabajador por razón de su edad y años de servicio, por el resto de su vida. La cuantía de esta pensión se obtiene de aplicar al salario promedio anual de los trabajadores un porcentaje que varía de acuerdo a los años de servicio prestados, según se explica a continuación.

Pensiones Ordinarias

A efectos de establecer la edad para obtener el derecho a la pensión ordinaria, se diferencian los trabajos realizados en condiciones normales (Categoría I), de aquellos que se realizan en condiciones físicas y/o mentales que originan reducción de la capacidad laboral a lo largo del tiempo (Categoría II), por un desgaste no acorde con la edad del trabajador.

Los trabajadores de Categoría I obtendrán la pensión si cumplen estos requisitos:

- a) tener las mujeres 60 años o más de edad y los hombres 65 años o más de edad;
- b) haber prestado no menos de 30 años de servicios; y
- c) estar vinculados laboralmente al momento de cumplir los requisitos señalados en los incisos anteriores.

Los trabajadores de Categoría II obtendrán la pensión si cumplen estos requisitos:

- a) tener las mujeres 55 años o más de edad y los hombres 60 años o más de edad;
- b) haber prestado no menos de 30 años de servicios;
- c) haber laborado en trabajos comprendidos en esta Categoría no menos de quince años anteriores a su solicitud, o el 75 % del tiempo de servicio requerido para tener derecho a la pensión, si en el momento de solicitarla no se encontraba desempeñando un cargo comprendido en esta Categoría; y
- d) estar vinculados laboralmente al momento de cumplir los requisitos señalados en los incisos anteriores.

La cuantía de la pensión ordinaria por edad se determina en base al salario promedio devengado por el trabajador durante los cinco años naturales anteriores a la solicitud de la pensión:

- a) por los primeros 30 años de servicios, se aplica el 60 % sobre el salario promedio; y
- b) por cada año de servicios que exceda de 30 se incrementa en el 2 % el porcentaje a aplicar.

Los pensionados por edad pueden reincorporarse al trabajo una vez acceden al cobro de la pensión, siempre que se incorpore a un puesto diferente al que desempeñaban en el momento de obtener su pensión (excepto en casos particulares), aunque puede realizarse en el mismo sector o perfil ocupacional. Los pensionados por edad reincorporados al trabajo cuando se enferman o accidentan, tienen derecho al cobro del subsidio por enfermedad o accidente por un término de hasta seis meses. Cuando cesan en el trabajo, tienen derecho a obtener un incremento en la cuantía de la pensión que reciben según la siguiente tabla:

Años	Incremento del salario promedio anual
En el primero	1,5 %
En el segundo	1,5 %
En el tercero	3,0 %
En el cuarto	3,0 %
En el quinto	4,0 %

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

Pensiones Extraordinarias

Para obtener la pensión extraordinaria se requiere:

- tener las mujeres 60 años o más de edad y los hombres 65 años o más de edad;
- haber prestado no menos de 20 años de servicios; y
- estar vinculado laboralmente al momento de cumplir los requisitos señalados en los incisos anteriores.

La cuantía de la pensión extraordinaria por edad se determina de acuerdo con las reglas siguientes:

- Por los primeros 20 años de servicios, se aplica el 40 % sobre el salario promedio; y
- Por cada año de servicios que exceda de 20, se incrementa en el 2 % el porcentaje a aplicar.

8.2.2 Cobertura e Intensidad de protección

De acuerdo con los datos ofrecidos por la Oficina Nacional de Estadísticas, en diciembre de 2009 el número de beneficiarios del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INASS) de Cuba ascendía a 1.617.480 personas. De éstas, el 61% correspondían a personas receptoras de jubilaciones por edad.

Cuba. Jubilados y pensionados del régimen de Seguridad Social^(a). Diciembre 2009

Edad	Invalidez Total	Muerte	Otros ^(a)	Total
980.594	248.352	319.179	69.355	1.617.480

(a) Jubilados y pensionados del régimen de Seguridad Social: Cantidad de personas que se encontraban disfrutando de una pensión por jubilación a causa de la edad, invalidez total o por ser beneficiario de una pensión por fallecimiento (sobrevivencia) y el importe por estas causas. Se incluyen las nuevas incorporaciones a la seguridad social al finalizar el período que se analiza.

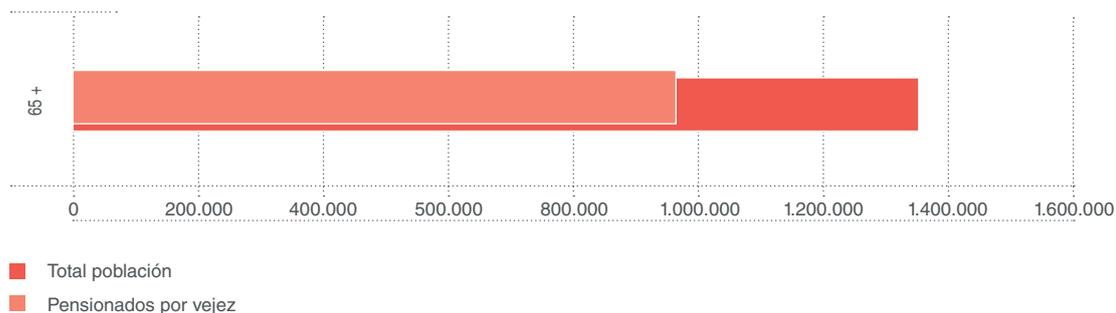
(b) Se refiere a los trabajadores del nivel nacional que no se reportan con la apertura de las categorías anteriores.

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas. 2009

Según datos de la Oficina Nacional Estadística de Cuba, en 2009 la población de 65 años y más era de 1.350.809 personas. Al relacionar esta cifra con el número de personas pensionadas por edad se observa que al menos el 73% de la población de 65 años y más se encuentra cubierta por una prestación económica. La cobertura global es, sin duda, mayor, pues una buena parte de los pensionistas por muerte superan los 65 años, aunque no se dispone de su desglose por edades.



Cuba. Cobertura de las pensiones por vejez del régimen de Seguridad Social sobre la población de 65 y más años. **Diciembre de 2009.**



Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas. 2009

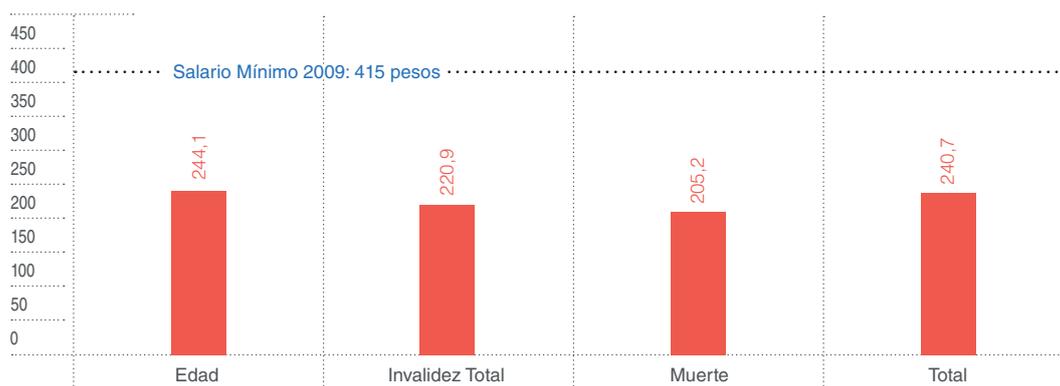
En diciembre de 2009, la pensión media se situaba en torno a los 240,7 pesos cubanos. La pensión por edad se encontraba ligeramente por encima de este valor mientras que el salario mínimo para esta misma fecha era de 415 pesos cubanos.

Cuba. Pensión media según tipo de prestación (pesos cubanos). **Diciembre 2009**

Edad	Invalidez Total	Muerte	Total
244,1	220,9	205,2	240,7

Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas. 2009.

Cuba. Pensión media en relación con el Salario Mínimo, según tipo. **2009.**



Fuente: Oficina Nacional de Estadísticas. 2009.

La Asistencia Social cubana tuvo en el año 2009 un total de 426.390 beneficiarios, de los que 118.732 eran adultos mayores. El gasto total en prestaciones de asistencia social ascendió en 2009 a 652,3 miles de millones de pesos.

8.3. Sistema de Salud

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es el organismo rector del Sistema Nacional de Salud, que es el encargado de dirigir, ejecutar y controlar la Salud Pública, el desarrollo de las Ciencias Médicas y la Industria Médico Farmacéutica. A finales de la década de los 90, se ratificaron dos principios elementales para la salud pública cubana:

- Que el sistema de salud continuara siendo totalmente financiado por el presupuesto estatal.
- Mantener la cobertura y la accesibilidad total a los servicios de salud por la población mediante la gratuidad.

Por tanto, el sistema de salud está financiado por los impuestos recaudados entre los trabajadores y por asignación de presupuestos globales estatales. En cuanto a la provisión de servicios, el estado cubano ofrece la atención sanitaria por medio de proveedores públicos de servicios.

8.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

Desde el Sistema Nacional de Salud se llevan a cabo diferentes actuaciones:

- Atención médica, preventiva, curativa y de rehabilitación.
- Atención primaria y hospitalaria.
- Atención especializada (como por ejemplo estomatología o servicios de óptica).
- Sistema integrado de la urgencia y la emergencia médica.
- Control higiénico-epidemiológico.
- Promoción de salud a través de campañas de sensibilización.
- Asistencia a adultos mayores, personas con discapacidad física e intelectual y otras discapacidades.
- Formación, especialización y educación continuada de profesionales y técnicos.
- Investigación y desarrollo de las ciencias médicas, así como la divulgación de información científico-técnica.
- Estadísticas de salud.
- Aseguramiento de suministros no médicos y mantenimiento del sistema sanitario.
- Aseguramiento tecnológico, médico y electromedicina.
- Producción, distribución y comercialización de medicamentos y equipos médicos.

Los principales planes y programas generales de salud que se ofrecen desde el Sistema Nacional de Salud:



- **Programa materno-infantil:** Encaminado a mejorar la calidad de la salud reproductiva de la mujer o la pareja, trabajar en la disminución de enfermedades asociadas al embarazo, bajo peso al nacer, afecciones perinatales, infecciones respiratorias agudas, accidentes, lactancia materna, y diagnóstico precoz del cáncer cérvico-uterino.
- **Enfermedades crónicas no transmisibles** (enfermedades del corazón, tumores malignos, enfermedades cerebrovasculares, diabetes mellitus, cirrosis hepáticas, asma, hipertensión arterial): La estrategia para el abordaje de estos problemas de salud es aumentar las acciones intersectoriales, en las que participan los principales grupos de especialistas e instituciones. Se trabaja con mayor énfasis en la prevención y control de estas enfermedades.
- **Enfermedades transmisibles:** Continuar la estrategia para la eliminación total o virtual de todas las enfermedades prevenibles por vacunas, así como trabajar en la prevención y control de las enfermedades de transmisión digestiva, de la tuberculosis, de la infección respiratoria aguda, de la infección intrahospitalaria, enfermedades de transmisión sexual, del VIH/SIDA, pediculosis y escabiosis, de las principales zoonosis de importancia médica, leptospirosis, síndromes neurológicos infecciosos, eliminación de la hepatitis B, control sanitario internacional y el programa de vigilancia y lucha antivectorial.
- **Programa de Medicamentos y Medicina Natural y Tradicional:** Es una prioridad del sistema la identificación y producción de los medicamentos vitales que no pueden faltar y que la población necesita realmente. El enfoque fundamental es tratar de reducir la falta de medicamentos. También se impulsa la medicina tradicional (acupuntura, dígítopuntura, laserterapia, balneoterapia y natural) con todo el rigor científico.

Existe un programa de salud específico para los adultos mayores, el **Programa de Atención Integral al adulto mayor**, que propone un enfoque comunitario e institucional, en el que se prioriza el perfeccionamiento del trabajo en la atención primaria, fundamentalmente del médico de familia, utilizando los círculos de abuelos y otras alternativas no institucionales con la participación comunitaria. Dentro de este programa, se fomenta el desarrollo de la Geriátrica y Gerontología, y el estudio de los aspectos del envejecimiento de las personas y sus requerimientos en el medio social comunitario.

8.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Cuba	
Cobertura	
Población cubierta	
Población sin cobertura	
Adultos mayores con cobertura de salud	
Adultos mayores sin cobertura de salud	
Estructura (2007)⁽¹⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes	60,0
Número de médicos por 10.000 habitantes	64,0
Número de enfermeras por 10.000 habitantes	86,4
Número de dentistas por 10.000 habitantes	17,8
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes	6,2

continúa ▶

◀continua

Indicadores de salud en Cuba	
Gasto en salud (2006)⁽¹⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7.7
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	11.2
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	8.4
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	91.6
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.2
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	0.0
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	93.3
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	0.0
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	617
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	332
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	674
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	362

1. OMS. *The Global Health Observatory (GHO) Database*.

8.4. Servicios Sociales

8.4.1 Marco institucional

Las instituciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Cuba son las siguientes:

- Dirección Nacional de Desarrollo Social del Ministerio de Economía y Planificación.
- Dirección Nacional de Atención al Adulto Mayor y Asistencia Social del Ministerio de Salud Pública.
- Comisión Nacional de Prevención y Atención Social.
- Órganos Locales del Poder Popular.
- Red Cubana de Gerontología y Geriatría (GERICUBA).
- Sociedad Cubana de Gerontología.
- Centro Iberoamericano de la Tercera edad (CITED).

8.4.2 Principales recursos y programas sociales

El principal programa social dirigido a adultos mayores en Cuba es el **Subprograma Nacional de Atención Comunitaria al Adulto Mayor**. Es un subprograma del Programa Nacional de Atención Integral al Adulto Mayor, gestionado por la Dirección Nacional de Atención al Adulto Mayor y Asistencia Social del Ministerio de Salud Pública, que tiene como objetivo contribuir a elevar el nivel de salud, el grado de satisfacción y la calidad de vida del adulto mayor, mediante acciones de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación ejecutados por el Sistema Nacional de Sa-



lud Pública en coordinación con otros organismos y organizaciones del Estado involucrados en esta atención, y que tiene como protagonistas a la familia, la comunidad y el propio adulto mayor en la búsqueda de soluciones locales a sus problemas. En el marco de este programa se prestan servicios de alimentación, limpieza del hogar y lavado de ropa, cuidados en el domicilio y teleasistencia.

El subprograma de atención comunitaria constituye el eslabón básico en la atención al adulto mayor, porque incorpora a la familia y a la comunidad en su gestión. Su principal protagonista, es el propio anciano. La atención incluye la dispensarización de toda la población de 60 y más, la realización de evaluaciones funcionales, la promoción de cambios en los estilos de vida, hábitos y costumbres para prevenir y retardar la aparición de enfermedades y discapacidades, así como para lograr su rehabilitación comunitaria. Bajo este programa se ubican las siguientes modalidades:

- *“Hogares de Día o Casas de Abuelos”*: Son instituciones sociales que brindan atención integral diurna (durante 8 – 10 horas) a los adultos mayores carentes de amparo filial o cuyos familiares que no puedan atenderlos durante el día. Sus usuarios son personas adultas mayores con un cierto grado de discapacidad que no puedan mantenerse solos en su hogar y que tienen dificultades para la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, aunque mantienen las capacidades funcionales básicas. En estas instituciones se preparan múltiples actividades físicas, recreativas y sociales y en las que intervienen el Ministerio de Salud Pública, el Instituto de Deportes, el Ministerio de Cultura, el Ministerio de Educación, las Organizaciones Comunitarias y las Organizaciones Políticas y de Masas. Durante su estancia en estos centros, a los usuarios se les brinda desayuno, meriendas, comida y asistencia médica hasta la tarde en que regresan a sus casas.
- *“Círculos de Abuelos”*: Los círculos de abuelos son agrupaciones de adultos mayores de base comunitaria que desarrollan actividades, deportivas, culturales, recreativas, de promoción y prevención que tiendan a un envejecimiento saludable y una longevidad satisfactoria. Su objetivo fundamental es mantenerlos activos física y socialmente, garantizando la salud mental; incluye además la realización de ejercicios. Bajo orientación de un profesional de cultura física, se seleccionan los adultos mayores, más activos para que en ausencia del profesor lideren la actividad y participen en encuentros deportivos y culturales y otras actividades de recreación. El equipo de salud participa activamente con ellos, ofertando actividades de promoción de salud como charlas educativas. Según los últimos datos disponibles, existen en Cuba unos 15.000 Círculos de Abuelos con cerca de 800.000 miembros.
- *Atención Gerontológica mediante Equipos Multidisciplinarios*, que evalúa y atiende a los mayores en estado de fragilidad, necesidad o dependencia.

Además, existen otros programas sociales dirigidos a la población adulta mayor, como el Programa de cuidado en el hogar a adultos mayores, el **Programa de Asistencia cultural y recreativa de los adultos mayores**, el **Programa de Ayudas a la Rehabilitación de Viviendas de adultos mayores** y el **Servicio de Respira a Cuidadores**.

En el marco de un fuerte movimiento educativo, se creó la **Universidad del Adulto Mayor**, en la que se han graduado más de 50.000 adultos mayores que se convierten en promotores del envejecimiento saludable en la comunidad.





09

Ecuador

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



9.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población ecuatoriana asciende a 13.773.140 personas. La población ecuatoriana presenta un perfil joven, el 31% de sus habitantes es menor de 15 años y sólo el 6,7% se encuentran en grupo de edad de 65 años y más. Sin embargo, las previsiones apuntan que el porcentaje de adultos mayores se incrementará de forma significativa en los próximos años hasta representar el 16,67%.

Ecuador. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	6.897.189	6.875.951	13.773.140
65 - 69	146.167	157.829	303.996
70 - 74	113.411	126.796	240.207
75 - 79	81.876	95.276	177.152
80 - 84	51.360	62.845	114.205
85 y más	34.748	48.047	82.795
Total 65 años y más	427.562	490.793	918.355
Proporción sobre la población total %	6,2%	7,1%	6,7%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Un aumento en la esperanza de vida, junto con otros factores, explica este aumento de la población adulta mayor. En el caso de Ecuador esta variable ha pasado de los 58,9 años en el quinquenio 1970-1970 a los 75,8 en el quinquenio 2010-2015. Al considerar el sexo, se observa una mayor expectativa vital de las mujeres frente a los hombres tanto al nacer como a los 65 y a los 80 años, según se puede observar en la tabla siguiente.

Ecuador. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	72,9	78,8
Esperanza de vida a los 65 años	18,2	20,3
Esperanza de vida a los 80 años	8,3	9,4

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los indicadores de envejecimiento en Ecuador muestran un perfil poblacional todavía joven. Así, el índice de envejecimiento muestra que en el año 2010 se cuentan 22 adultos mayores por cada 100 niños. El índice de masculinidad que para este mismo año se sitúa en 115 mujeres por cada 100 varones. El índice de dependencia se sitúa en el año 2010 en 11 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. Y la edad media de la población en 25,1 años.

Ecuador. Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	22
Índice de masculinidad	115
Índices de dependencia	11
Edad media de la población (2009)*	25,1

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad * 100

9.2. Sistema de Pensiones

9.2.1 Descripción

En 1928, se establece la Caja de Pensiones como entidad aseguradora con patrimonio propio, diferenciado de los bienes del Estado, con aplicación en el sector público y privado a través del *Decreto Ejecutivo n° 018 del 13 de marzo* de ese mismo año. Su objetivo fue conceder a los empleados públicos, civiles y militares los beneficios de jubilación. En el año 1935, se dictó la *Ley del Seguro Social Obligatorio* y se crea el Instituto Nacional de Previsión con la finalidad de poner en práctica este seguro y fomentar el Seguro Voluntario.

En años posteriores aparece la Caja del Seguro Social con la que se afianza el sistema del Seguro Social Obligatorio. En las décadas de los 50 y 60 se suceden las reformas a la Ley del Seguro Social Obligatorio, hasta que en 1963 se fusionan ambas cajas (Caja de Pensiones y Caja del Seguro Social) para formar la Caja Nacional del Seguro Social. Se plantea en estos años la necesidad de implantación de prestaciones de servicios en materia de protección social. En 1968, se crea el Seguro Social Campesino con el asesoramiento de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

En 1970, se transforma la Caja del Seguro Social en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mediante el *Decreto Supremo n° 40 del 25 de julio* de ese mismo año. En 1986, se estableció el Seguro Obligatorio del Trabajador Agrícola, el Seguro Voluntario y el Fondo Social Marginal para aquella población con ingresos inferiores al salario mínimo. En 1991, el Banco Interamericano de Desarrollo propuso la separación de los seguros de salud y de pensiones y el manejo privado de estos fondos. La consulta Popular de 1995 negó la participación del sector privado en el seguro Social y de cualquier otra institución en la administración de sus recursos.

En 2001, se publica la actualmente vigente *Ley de Seguridad Social de 30 de noviembre* del mismo año a través de la cual se consagra el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social como una entidad autónoma, con personería jurídica y recursos propios, responsable de la aplicación del Seguro General Obligatorio.

9.2.1.1 Prestaciones

Los afiliados al sistema de Seguro Social Obligatorio tienen derecho a las prestaciones que concede el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) a través de los seguros especializados (salud, pensiones, riesgos laborales, etc.), que son inversiones del IESS para mejorar, básicamente, las jubilaciones y rentas de los beneficiarios. Por otro lado, existe una afiliación



voluntaria al Seguro Voluntario que puede ser solicitada por ecuatorianos residentes en el país y en el extranjero.

A continuación se presentan las prestaciones que se conceden desde el Sistema de Pensiones, otorgadas por el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social:

Jubilación ordinaria por vejez

Prestación que garantiza unos ingresos mínimos a todas aquellas personas que hayan cotizado durante su vida laboral durante una serie de años de aportaciones. El pago de la pensión por vejez se inicia el mes siguiente al que el asegurado cese en sus empleos.

Las pensiones iniciales y las que están en curso de pago por vejez no pueden ser superiores a tres veces la Base Referencial Prestacional, que es igual a 1,5 veces el salario básico unificado del trabajador general.

La jubilación ordinaria por vejez puede producirse a cualquier edad, si se acreditan 480 o más imposiciones (40 años de aportación). A los 60 años son necesarias 360 o más aportaciones (30 años de aportación), a los 65, 180 o más aportaciones (15 años de aportación) y a los 70 años, 120 o más aportaciones (10 años de aportación).

Los afiliados que obtengan la jubilación por vejez tienen prohibido, durante el año inmediatamente posterior al cese, reingresar a trabajar con el empleador que certificó su cesantía para acogerse a la jubilación.

Al cumplir los 70 años y haberse jubilado con 420 produce un aumento de la pensión. El aumento es excepcional al cumplir los 80 años y haberse jubilado con 360 imposiciones.

Jubilaciones especiales

Dentro de las prestaciones por jubilación se encuentran unos casos especiales dependiendo del sector laboral de procedencia:

- **Magisterio:** Renta adicional que se concede a jubilados por vejez o invalidez para los afiliados que realizaron funciones de docencia.
- **Artes e Industrias Gráficas:** Para aquellos afiliados que desarrollan actividades de riesgo o insalubres, por cada 5 años de aportes, el límite para la jubilación se les rebaja un año.
- **Telecomunicaciones:** Los trabajadores de este sector tienen derecho a la jubilación por vejez siempre que acrediten por lo menos 300 imposiciones mensuales cualquiera sea la edad.

Jubilación por invalidez

Se concede al afiliado que por enfermedad o alteración física o mental, se encuentre incapacitado para cumplir un trabajo acorde a su capacidad, fuerza y formación teórica y práctica, que le permita obtener una remuneración.

Tienen derecho a la pensión de incapacidad (absoluta o permanente) aquellos afiliados con un mínimo de 60 imposiciones de las que 6 como mínimo deben ser inmediatamente previas a la incapacidad, y cuando aparece la enfermedad en la actividad o en el periodo de subsidio transi-

torio por incapacidad. También aquellos afiliados con 120 imposiciones mensuales como mínimo y que no sean beneficiarios de otra pensión jubilar del IESS, y cuando la enfermedad aparece dentro de los 24 meses posteriores al cese de la actividad o al vencimiento del periodo de subsidio transitorio por incapacidad, cualquiera que sea la causa que la originó.

Dentro de esta jubilación por invalidez, se incluye también un subsidio transitorio por incapacidad.

Montepío

Pueden acceder a esta prestación aquellos afiliados que al momento de su fallecimiento tengan acreditados al menos 60 imposiciones mensuales, aquellos afiliados cesantes cuando fallece dentro del periodo de protección del Seguro de Muerte y los jubilados que reciben pensión de invalidez o vejez.

El montepío establece dos tipos de pensiones: por viudedad y por orfandad.

El derecho a pensión montepío finaliza cuando:

- Cuando el beneficiario de pensión de viudedad contrae matrimonio.
- Cuando el beneficiario de pensión de orfandad no está incapacitado para el trabajo y cumpla 18 años.
- Cuando el beneficiario de pensión de montepío esté incapacitado para el trabajo y contraiga matrimonio.
- Cuando el beneficiario de pensión de montepío por incapacidad recupere la capacidad para el trabajo o cambie sus condiciones económicas.
- Cuando la madre que vivió a cargo o el padre incapacitado para el trabajo cambien favorablemente sus condiciones económicas.

Si un afiliado no causa pensiones de montepío por no tener 60 imposiciones mensuales o por haber fallecido fuera del periodo de protección, los deudos tienen derecho a que el IESS le devuelva los aportes personales realizados al Seguro Obligatorio. Este derecho caduca en 5 años, contados a partir de la fecha de fallecimiento del causante.

Auxilio para funerales

Es un reembolso en dinero que se entrega al fallecimiento del afiliado activo, pensionista de jubilación o montepío. Para recibir este reembolso, es necesario que el afiliado haya acreditado 6 imposiciones mensuales. El monto vigente en el año 2009 era de hasta 817 dólares.

El derecho a reclamar el auxilio para funerales prescribe en un año contando desde la fecha de fallecimiento del causante.

Regímenes espaciales de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional

Junto con el IESS el Ecuador cuenta con regímenes especiales para las fuerzas armadas y la policía administrados por institutos autónomos, gestionados por el Instituto de Seguridad Social de



las Fuerzas Armadas (ISSFA) y el Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL). Estos dos regímenes también otorgan pensiones por vejez.

Prestación asistencial no contributiva

En Ecuador existe un régimen de pensiones asistenciales dentro del que se incluyen las pensiones asistenciales por vejez o discapacidad a las personas que carezcan de recursos suficientes para satisfacer sus necesidades vitales de subsistencia y tengan 70 o más años de edad o cuando, cualquiera que sea su edad, estén incapacitadas en forma absoluta y permanente para todo trabajo remunerado. Su importe está fijado, desde agosto de 2009, en 35 dólares USA.

La Pensión Asistencial está a cargo del Programa de Protección Social, que es una entidad adscrita al Ministerio de Inclusión Económica y Social – MIES (ex Ministerio de Bienestar Social).

9.2.2 Cobertura e intensidad de protección

De acuerdo Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en el año 2009 se contabilizaron un total de 277.971 pensiones, con un valor promedio mensual de 278,18 dólares. Por tipo de pensión, destacan las pensiones por vejez, que representa el 61% de las pensiones ofrecidas por el Instituto.

Ecuador. Número de pensionistas del Seguro General y pensión promedio, por tipo de pensión. 2009

	Número	Importe medio (dólares)
Vejez	170.117	343,99
Invalidez	12.972	300,52
Incapacidad R.T.	4.822	199,13
Viudedad	56.771	184,04
Orfandad	33.289	105,33
Total	277.971	278,18

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

No se dispone de desglose por edad de los perceptores. Según datos facilitados por el Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social, el número de adultos mayores que reciben pensiones contributivas (del Seguro General y de los regímenes de Fuerzas Armadas y Policía) ascendía, en 2009, a 248.072, con una pensión media de 299,6 dólares, y el número de adultos mayores con pensiones asistenciales era de 371.261, con una pensión media de 35 dólares. El Salario Básico Unificado estaba fijado, en 2009, en 218 dólares.

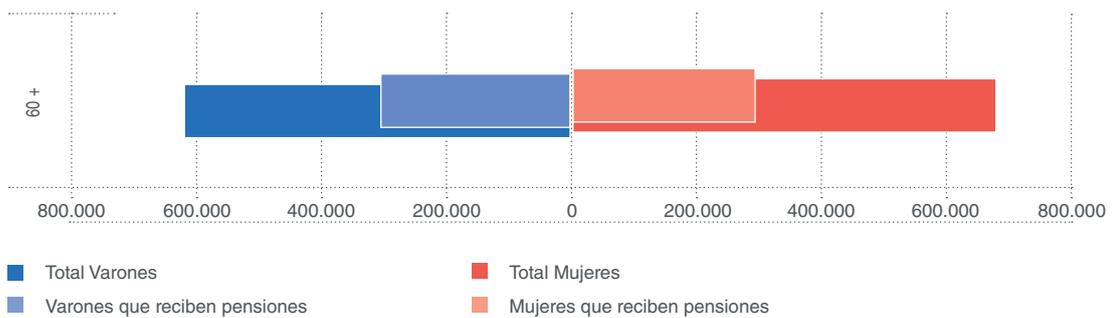
El 19% de los adultos de 60 y más años reciben una pensión contributiva. Las pensiones asistenciales elevan sustancialmente la cobertura global, pues las reciben el 28,5% de las personas de 60 y más años, pero su intensidad de protección es reducida (su cuantía equivale al 16% del salario mínimo).

Ecuador. Número de adultos mayores que reciben pensiones e importe medio de las pensiones, por sexo y tipo de pensión. 2009

	Total	Hombres	Mujeres
Número de adultos mayores que reciben pensiones			
Pensión IESS-ISSFA-ISSPOL	248.072	144.378	103.694
Pensión Asistencial	371.261	159.642	211.619
Total	619.333	304.020	315.313
Importe medio de las pensiones, en dólares USA			
Pensión IESS-ISSFA-ISSPOL	299,6	304,7	292,4
Pensión Asistencial	35,0	35,0	35,0
Total	141,0	163,1	119,6

Fuente: Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social, en base a la Encuesta de Empleo y Desempleo del INEC y a datos del Programa de Protección Social.

Ecuador. Cobertura de pensiones contributivas y no contributivas en población de 60 y más años, por sexo. 2009.



Fuente: Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social, en base a la Encuesta de Empleo y Desempleo del INEC y a datos del Programa de Protección Social.

Ecuador. Importe medio de las pensiones, por tipo, en relación con el Salario Mínimo. 2009.



Fuente: Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.



9.3. Sistema de Salud

Ecuador presenta un sistema de salud en el que opera una multiplicidad de instituciones públicas y privadas, con y sin fines de lucro. Dentro del **subsector público** se ubican los siguientes organismos:

- Ministerio de Salud Pública (MSP).
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social y el Seguro Social Campesino (IESS-SSC).
- Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas y de la Policía.
- Servicios de salud de algunos municipios.
- Servicios de salud de la Junta de Beneficencia de Guayaquil (JBG).
- Servicios de salud de la Sociedad Protectora de la Infancia de Guayaquil.
- Servicios de salud de la Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA).
- Servicios de salud de la Cruz Roja Ecuatoriana.
- Instituto Nacional del Niño y la Familia (INNFA).
- Ministerio de Inclusión Económica y Social.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) provee prestaciones de salud bajo un régimen de afiliación personal orientado básicamente a los trabajadores dependientes, tanto del sector público como de las empresas privadas, en un esquema de seguro social que incluye prestaciones económicas y de atención médica y cubre básicamente a los trabajadores del sector formal urbano.

El seguro social del IESS cubre obligatoriamente a todos los trabajadores asalariados de los sectores público y privado (incluyendo a los servidores domésticos), así como a la cónyuge en enfermedad, los hijos menores de un año de edad, y los pensionados por vejez e invalidez. Pueden afiliarse voluntariamente al seguro social los trabajadores independientes, profesionales, patronos, dueños de empresas unipersonales y menores asalariados.

El IESS tiene también un régimen general, que cubre a parte del estrato de ingreso medio, y un programa especial (Seguro Social Campesino –SSC-) al que se afilian los trabajadores del área rural y que ofrece cobertura de carácter familiar a los trabajadores rurales y sus familias. Este seguro social incluye prestaciones sociales (mortuoria, invalidez, vejez) y atención médica primaria a una cuarta parte de la población campesina del país, población virtualmente de bajo ingreso o pobres, organizados en cooperativas, comunas o asociaciones agrarias ubicadas en áreas rurales.

El subsector público, compuesto de manera principal por el ministerio, legalmente debe cubrir a la población no asegurada, que es pobre y de bajo ingreso.

Los miembros de las fuerzas armadas y la policía tienen programas separados del IESS que cubren también a sus pensionados y a los familiares dependientes de ambos.

Por otra parte, el **subsector privado** se divide en entidades con fines de lucro y sin fines de lucro:

- Entidades con fines de lucro: hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias, empresas de medicina prepagada.
- Entidades sin fines de lucro: ONGs, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social.

El subsector privado con ánimo de lucro atiende a la población de ingreso medio-superior y alto con instalaciones y profesionales concentrados en la capital y las ciudades más grandes del país, mientras que el subsector privado sin ánimo de lucro asiste a la población pobre.

Existe una importante medicina tradicional cuya permanencia ha sido sostenida por los pueblos de bajos recursos: indios, mestizos, montubios, campesinos en general, debido entre varios motivos, al costo siempre alto de la medicina formal y universitaria y por los continuos roces de ésta con la cosmovisión cultural de aquellos sectores sociales.

9.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

Los siguientes planes y programas generales de salud que se ofrecen desde el Ministerio de Salud:

- Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), incluyendo las campañas de vacunación contra la H1N1.
- Programa Nacional del VIH-SIDA.
- Programa del Control de la Tuberculosis.
- Programa de Control de Enfermedades Dermatológicas.
- Programa de Control de la Zoonosis.
- Programa de Enfermedades Crónicas No Transmisibles.
- Control de enfermedades transmitidas por vectores.
- Mitigación, Prevención y Atención de Emergencias.
- Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia.
- Programa de Atención Infantil y de la Niñez.
- Atención Integral y diferenciada a Adolescentes y Jóvenes.
- Programa de Atención integral del Adulto y Adulto Mayor.
- Salud Ambiental.
- Programas de Nutrición.
- Salud Intercultural, que incluye el Programa de Escuelas Promotoras de Salud con enfoque intercultural.



- Programa de Salud Mental.
- Programa de Control y Vigilancia de los DDI (Desórdenes por deficiencia del yodo y yodación de la sal).
- Programa de Enfermedades Catastróficas.

Para el Programa de Aseguramiento Universal en Salud (PROAUS), los adultos mayores no son un grupo objetivo del programa en una forma especial, por lo cual ni la atención ni los medicamentos están particularizados hacia las especificidades de esta etapa del ciclo vital. Tampoco hay metas por grupos etarios sino por estratos socioeconómicos (quintiles). Sin embargo, se pueden destacar algunos servicios y programas de salud relacionados con el ámbito de los adultos mayores:

- Atención médica y odontológica.
- Consulta externa, quirúrgica y de hospitalización.
- Programas de Rehabilitación.
- Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia, aunque actualmente no existen proyectos que brinden una cobertura total a toda la población adulta mayor por medio de unidades de jerarquía y a nivel gerontológico para ancianos con algún tipo de discapacidad y/o situación de dependencia.
- Programas de formación-investigación en gerontología y geriatría.

9.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Casi un 80% de la población ecuatoriana se encuentra, según datos de 2006, sin cobertura de atención de salud, para la población general.

Indicadores de salud en Ecuador	
Cobertura (2005-2006)⁽¹⁾	
Población cubierta	21,40%
Población sin cobertura	78,60%
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2003)	17
Número de médicos por 10.000 habitantes (2000)	14.8
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2000)	16.6
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2000)	1.7
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes(2000)	ND
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.3
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	7.3
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	56.4
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	43.6
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.7
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	41.4
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	85.6

continúa ►

◀continua

Indicadores de salud en Ecuador	
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	5,7
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	165
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	73
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	379
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	166

1. Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Condiciones de Vida Quinta Ronda 2005-2006

2. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database

Ecuador. Población total afiliada o cubierta por algún tipo de seguro de salud a nivel nacional y por área

Seguros de Salud	Número de Personas			Porcentaje		
	Nacional	Urbano	Rural	Nacional	Urbano	Rural
Tiene Seguro	2.836.668	1.875.769	960.899	21,4	22,2	19,8
No Tiene Seguro	10.441.691	6.559.869	3.881.822	78,6	77,8	80,2

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Condiciones de Vida Quinta Ronda 2005-2006.

Ecuador. Población total afiliada o cubierta por algún tipo de seguro de salud a nivel nacional y por área, según tipo de seguro

Seguros de Salud	Número de Personas			Porcentaje		
	Nacional	Urbano	Rural	Nacional	Urbano	Rural
Seguro Privado	694.083	638.175	55.908	24,5	34,0	5,8
IESS	1.887.973	1.008.220	879.753	66,6	53,7	91,6
Otros seguros *	254.612	229.374	25.238	9,0	12,2	2,6

Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Condiciones de Vida Quinta Ronda 2005-2006.

9.4. Servicios Sociales

9.4.1 Marco institucional

Las instituciones y asociaciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Ecuador son las siguientes:

- Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social (de Bienestar Social).
- Dirección Nacional de Gerontología del Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social.
- El Ministerio de Inclusión Económica y Social por intermedio del proceso de atención integral al adulto mayor.
- Procuraduría General del Anciano.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS).



- Instituto de Investigación Gerontológica (INIGER).
- Asociaciones de Jubilados.

9.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Ecuador se detallan brevemente a continuación:

- **Atención residencial** a adultos mayores.
- **Atención geriátrica-gerontológica especial a los ancianos indigentes o solos** en hogares para ancianos u hospitales geriátricos estatales, y de los hogares con protección estatal para acoger a los ancianos abandonados.
- **Servicios de cuidados domiciliarios**, que ofrecen alojamiento, alimentación, recreación, asistencia legal, etc.
- Servicios de **transporte especializado**.
- **Descuentos** en tarifas de transporte y entradas a espectáculos.
- **Descuentos** en el consumo de energía eléctrica, teléfono y agua potable a los adultos mayores y a las instituciones de atención a la tercera edad.
- Programas **socio-ocupacionales** para los adultos mayores.
- Programas de servicios sociales para la Tercera Edad con actividades socioculturales, recreativas, etc.
- **Programa Aliméntate Ecuador (PAE)**, que contempla entre sus beneficiarios a los adultos mayores.
- **Centros Culturales y Clubes de Mayores**, se realizan Talleres de música, danza, teatro, programas culturales y sociales, ocio, música, artes manuales, cocina, jardinería, pintura, electricidad, etc.
- Programa de **promoción de políticas de protección integral para los derechos humanos de los adultos mayores**, impulsado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES).





10

El Salvador

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



10.1. Perfil demográfico

Según los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población salvadoreña asciende a 6.192.482 habitantes. Al considerar la edad, destaca el porcentaje de la población menor de 15 años que se sitúa en el 32%. Por otro lado, el porcentaje de personas mayores (65 años y más) es de 7,3%. Al igual que en otros países de la región, El Salvador verá incrementar su población mayor de tal manera que para el año 2050, según las previsiones, el porcentaje de personas de 65 años y más será del 14,5%.

El Salvador. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	2.917.572	3.274.910	6.192.482
65 - 69	64.990	80.885	145.875
70 - 74	52.092	65.634	117.726
75 - 79	37.626	48.068	85.694
80 - 84	23.087	30.361	53.448
85 y más	20.763	29.656	50.419
Total 65 años y más	198.558	254.604	453.162
Proporción sobre la población total %	6,8%	7,8%	7,3%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

El aumento en el volumen y peso de los adultos mayores en la población se explica al observar el comportamiento específico de variables como la fecundidad, mortalidad, migración y la esperanza de vida, entre otros. Respecto a El Salvador, destacan las siguientes cifras: en el quinquenio 1970-1975 la tasa global de fecundidad se situaba en los 5,95 hijos por mujer, para el quinquenio 2010-2015 el número de hijos desciende hasta los 2,22. Por otro lado y en este mismo período (1970-1975- 2010-2015) la tasa de mortalidad ha pasado de los 12,32 a los 6,93 fallecimientos por cada mil habitantes.

La esperanza de vida también ha venido aumentando en el país. Así, para el quinquenio 1970-1975 era de 57,1 años para pasar a los 72, 1 años en el período 2010-2015. Al igual que en el resto de la región, las mujeres presentan una mayor expectativa vital que los varones.

El Salvador. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	67,5	76,9
Esperanza de vida a los 65 años	15,8	18,9
Esperanza de vida a los 80 años	7,2	9,0

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los indicadores de envejecimiento en El Salvador muestran un perfil poblacional todavía joven. Así, el índice de envejecimiento muestra que en el año 2010 se cuentan 23 adultos mayores por cada

100 niños. Para este mismo año, el índice de masculinidad se sitúa en las 128 mujeres por cada 100 varones; el de dependencia es de 0,12 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. Y la edad media de la población es de 23.6 años.

El Salvador. Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	23
Índice de masculinidad	128
Índices de dependencia	0,12
Edad media de la población (2009) *	23,6

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad* 100.

10.2. Sistema de Pensiones

10.2.1 Descripción

En El Salvador existen dos regímenes previsionales, el **Régimen de Seguro Social** (cuya rama de Invalidez, Vejez y Muerte, gestionada por el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, se integra en el Sistema de Pensiones Público, que incluye también a los beneficiarios de la Ley de Incorporación al INPEP de las Jubilaciones y Pensiones Civiles a cargo del Estado y a los beneficiarios del Sistema Temporal de Pensiones de vejez, a favor de los empleados públicos civiles) y el **Régimen Obligatorio de Cuentas Individuales** (que, gestionado por las Administradoras de Fondos de Pensiones, constituye el Sistema de Ahorro para Pensiones), que fue introducido en 1998, y es obligatorio desde el 30 de abril 1999 para todos los nuevos empleados al mercado de trabajo. El Régimen del Seguro Social está siendo cerrado progresivamente.

Tienen derecho al Seguro Social los asegurados mayores de 55 años de edad (hombres) o mayores de 50 años de edad (mujeres) y aquellos empleados del sector público y privado que tenían 36 años de edad o más en 1998 y que se habían afiliado voluntariamente a dicho régimen. Las Cuentas Individuales se aplican a los asalariados del sector público, privado y municipal no cubiertos por el seguro social y a los trabajadores independientes, propietarios de pequeñas empresas y ciudadanos salvadoreños que viven fuera del país, para quienes la afiliación es voluntaria.

Pensión de vejez

En el **Régimen de Seguro Social**, para acceder a la Pensión de Vejez es necesario tener 60 años de edad (hombres) o 55 años (mujeres), con un período de cotización de 25 años; No se aplica requisito de edad si se tienen 30 años de cotización.

La Pensión de vejez del Régimen de Seguro Social supone el 30% del salario base por los primeros 3 años cotizados, más el 1,5% por cada año adicional. El salario base se calcula considerando el promedio de los últimos 120 meses de salario.

La pensión mínima es de US\$ 119,70 por mes y la máxima es del 100% del salario base.



Para acceder a la Pensión de vejez en el **Régimen de Cuentas Individuales**, es necesario tener 60 años de edad (hombres) o 55 años (mujeres) y acreditar un período de cotización de 25 años. No es necesario el requisito de la edad si el saldo de la cuenta individual es suficiente para financiar una pensión igual o superior al 60% del salario base (ingresos promedios en los últimos 120 meses de cotización) e igual al 160% de la pensión mínima vigente.

La pensión de vejez dentro del Régimen de Cuentas Individuales está basada en el monto del ahorro acumulado más intereses. El asegurado puede optar por el retiro programado, por la renta vitalicia o por una combinación de ambos. Hay que tener en cuenta que los derechos adquiridos en virtud del antiguo sistema se combinan con la cuenta individual.

La pensión mínima garantizada es de US\$ 119,70 por mes.

Pensión de invalidez

Para el acceso a la Pensión de invalidez en el **Régimen de Seguro Social**, se requiere haber sido declarado inválido por la Comisión Calificadora de Invalidez, y haber cotizado por un período no menor de 36 meses, de los cuales 18 meses deben registrarse dentro de los 36 meses anteriores a la fecha en que se convirtió en inválido, y ser menor de 60 años de edad (hombres) o 55 años (mujeres).

La Pensión de invalidez supone en este régimen un 30% del salario base por los primeros 3 años cotizados, más el 1,5% por cada año en exceso. El salario base se calcula considerando el promedio de los últimos 120 meses de salario.

La pensión mínima es de US\$ 119,70 por mes. La pensión de invalidez se convierte en una de vejez a la edad normal de retiro.

Para el acceso a la Pensión de invalidez en el **Régimen de Cuentas Individuales** se requiere estar cotizando en el momento en que se declara la invalidez y haber cotizado al menos 6 meses en los 12 meses antes de la invalidez, en caso de accidente común. Para aquellos desempleados para los que la invalidez ocurrió en los 12 meses después de la última contribución, deben haber cotizado 6 meses durante los últimos 12 meses antes de la invalidez. El grado de invalidez es evaluado por la Comisión Calificadora de Invalidez.

La Pensión de invalidez supone en este régimen un 70% del salario base. El seguro de invalidez y sobrevivientes complementa el saldo de la cuenta individual en caso que éste sea insuficiente para financiar la pensión. El salario base se calcula considerando el promedio de los últimos 120 meses de salario.

La pensión mínima garantizada es de US\$119,70 por mes o de US\$83,79 en caso de invalidez parcial. La pensión de invalidez se convierte en una de vejez a la edad normal de retiro.

Para acceder a la Pensión mínima garantizada se requiere 10 años de cotización o 3 años de cotizaciones registradas durante los 5 años anteriores a la fecha en que fue declarado inválido (en caso de enfermedad); estar cotizando en el momento en que se declara la invalidez y haber cotizado al menos 6 meses en los 12 meses antes de la invalidez (en caso de accidente común) con una pensión menor que la pensión mínima.

El Suplemento por asistencia permanente es pagadero si el asegurado requiere asistencia permanente de otra persona. Es equivalente a un 20% de la pensión. En el caso de la invalidez parcial supone un 50% del salario base si el grado de incapacidad es de al menos de un 50% a un 65%.

Pensión de sobrevivientes

En el **Régimen de Seguro Social**, si al fallecer el asegurado era pensionista de invalidez o vejez, trabajador activo con 5 años de cotización, con 10 años de contribución pero sin contribuir en los últimos 12 meses, su cónyuge, conviviente e hijos puede demandar la Pensión de sobrevivientes.

En la Pensión de sobrevivientes, la viuda percibe el 50% de la pensión pagada o pagadera al asegurado, si el matrimonio se hubiera realizado 6 meses antes del fallecimiento o si ha convivido con el asegurado durante al menos 3 años. En cualquiera de los casos, no se exigirán los períodos señalados si la esposa o compañera estuviera embarazada o si existieran hijos. Puede acceder a la pensión el viudo o conviviente de una asegurada, si es inválido.

La Pensión de huérfano supone un 25% para el hijo, cantidad que se eleva hasta el 40% en caso de orfandad absoluta, de la pensión pagadera al asegurado. La pensión del padre o madre dependientes será del 30% si el padre fuera mayor de 60 años o la madre mayor de 55 años, o un 40% si existiere uno solo de ellos. Otros sobrevivientes con derecho (en ausencia de los anteriores) recibirían un 30%.

La pensión mínima es un porcentaje de la pensión de vejez del fallecido. Las prestaciones de sobrevivientes no deben exceder, en su conjunto, el 100% de la pensión de vejez del fallecido.

Pueden acceder a la Pensión de sobrevivientes en el **Régimen de Cuentas Individuales**, la viuda o conviviente, los hijos menores de 18 años de edad (24 años si son estudiantes y sin límite de edad si son discapacitados) y los padres dependientes.

La Pensión de sobrevivientes supone el 60% para el o la cónyuge o conviviente, cuando no existieran hijos con derecho a pensión, y el 50% para el cónyuge o conviviente con hijos que tengan derecho a pensión, porcentaje que se elevará al 60% cuando los hijos dejen de tener derecho. El seguro de invalidez y sobrevivientes complementa el saldo de la cuenta individual en caso que éste sea insuficiente para financiar la pensión.

La pensión mínima es de US\$ 119,70 por mes. La pensión máxima es un porcentaje de la pensión de vejez del fallecido. Las prestaciones de sobrevivientes no deben exceder el 100% de la pensión de vejez del fallecido.

La Pensión de huérfano supone un 25% para cada uno de los hijos con derecho a pensión. La Pensión de padres un 20% para el padre y la madre, un 30% si sólo existiera uno de ellos o un 80% si no hay otro sobreviviente. Si no existiera cónyuge o conviviente, se incrementa el porcentaje de los hijos y de los padres.

10.2.2 Cobertura e intensidad de protección

De acuerdo con los datos ofrecidos por la Superintendencia de Pensiones de El Salvador en su Resumen Estadístico Previsional, en marzo de 2010, el número de personas pensionadas ascendía a 138.933. Los pensionados por vejez suponen el 64% del total de personas receptoras de pensiones. El 83,4% de los pensionados por vejez están en el Sistema de Pensiones Público, y el 16,6% restante en el Sistema de Ahorro para Pensiones.



El Salvador. Número de Pensionados según tipo de prestación.
Marzo de 2010

	Vejez	Invalidez	Sobrevivencia	Total
Sistema de Pensiones Público (SPP)	73.501	1.147	27.592	102.240
Instituto Nacional de Pensiones de los Empleados Públicos (INPEP)	38.923	686	15.100	54.709
Unidad de Pensiones del Seguro Social (UPISS)	34.578	461	12.492	47.531
Sistema de Ahorro para Pensiones (SAP)	14.829	1.742	20.122	36.693
Total	88.330	2.889	47.714	138.933

Fuente: Superintendencia de Pensiones. Resumen estadístico previsional. Marzo 2010.

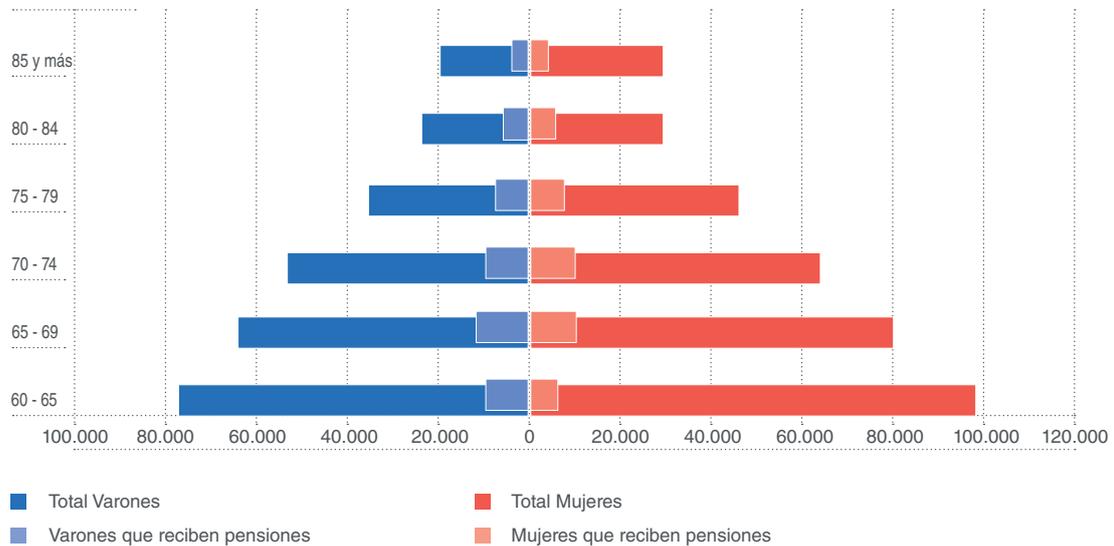
Para el Sistema de Pensiones Público, se cuenta con el desglose por sexo y edad de los pensionistas referido a diciembre de 2009. Según este desglose, el número de pensionistas de 60 y más años ascendía a 89.696, lo que supone una cobertura de sólo el 14,2% de la población salvadoreña de 60 y más años. No se cuenta con el desglose por sexo y edad de los perceptores de pensiones del Sistema de Ahorro para Pensiones, pero dada su reciente implantación, el número de adultos mayores debe ser escaso.

El Salvador. Sistema de Pensiones Público. Número de pensionados por edad y sexo.
Diciembre de 2009

	Total	Hombres	Mujeres
Total	103.693	56.596	47.097
60-65	15.687	10.494	5.193
65-69	21.973	11.453	10.520
70-74	20.518	9.677	10.841
75-79	14.708	7.033	7.675
80-84	9.587	4.618	4.969
85 y más	7.223	3.742	3.481
Total 60 y más	89.696	47.017	42.679
Resto	13.997	9.579	4.418

Fuente: Superintendencia de Pensiones. Revista de Estadísticas Previsionales. Diciembre 2009.

El Salvador. Cobertura de Pensiones Público en población de 60 y más años, por sexo. Diciembre de 2009.



Fuente: Superintendencia de Pensiones. Revista de Estadísticas Previsionales. Diciembre 2009.

El importe medio de las pensiones de vejez del Sistema de Pensiones Público fue, en diciembre de 2009, de 311 dólares. El resto de las pensiones tienen unos importes medios inferiores. Para valorar estos importes hay que tener en cuenta que en El Salvador no existe un salario mínimo único, sino que se fijan diferentes salarios mínimos según los sectores productivos. Para el sector industrial, en 2009 el salario mínimo fue de 202,10 dólares, para el sector de comercio y servicios, de 207,60 dólares, y para el sector agropecuario, de 97,20 dólares. No se cuenta con información disponible sobre el importe medio de las pensiones del Sistema de Ahorro para Pensiones.

El Salvador. Sistema Público de Pensiones. Importe medio de las pensiones, en dólares, por tipo de pensión y sexo. Diciembre de 2009

	Vejez	Invalidez	Viudez	Orfandad	Ascendencia
Total	311	178	137	83	117
Hombres	325	181	128	79	100
Mujeres	297	175	147	87	133

Fuente: Superintendencia de Pensiones. Revista de Estadísticas Previsionales. Diciembre 2009.



El Salvador. Sistema de Pensiones Público. Importe medio de las pensiones, por tipo, en relación con el Salario Mínimo. Diciembre 2009.



Fuente: Superintendencia de Pensiones. Revista de Estadísticas Previsionales. Diciembre 2009.

10.3. Sistema de Salud

En El Salvador, es el Ministerio de Salud la instancia rectora en materia de salud. El sector de la salud está constituido por dos subsectores: **el público**, integrado principalmente por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el Instituto Salvadoreño del Seguro Social, el Bienestar Magisterial, la Sanidad Militar y el Consejo Superior de Salud Pública; y **el privado** que incluye entidades lucrativas y no lucrativas. Las entidades lucrativas mantienen el modelo empresarial y predomina la libre práctica profesional. En las privadas no lucrativas, la tendencia es a la conformación de ONGs que trabajan con financiamiento externo, subsidios públicos o fondos privados en áreas territoriales específicas o en temas circunscritos.

El seguro social cubre a los trabajadores asalariados públicos y privados, así como al cónyuge/compañera y a los hijos hasta los 6 años (sólo en control del niño sano y vacunación, sin hospitalización salvo en el nacimiento), también cubre a los pensionados. Los cubiertos pertenecen en su mayoría al grupo de ingreso medio. Se excluye a los trabajadores independientes, servidores domésticos, agrícolas y familiares no remunerados (que son los de menor ingreso y pobres), así como a los hijos de más de 6 años.

De esta forma, parte de la población queda desprotegida, particularmente la rural, que es la más pobre, y la indígena, que está concentrada en áreas rurales.

La constitución de la República de El Salvador dispone que el subsector público debe proveer atención gratuita a todos los que carezcan de recursos y a toda la población en la prevención de enfermedades contagiosas, sin embargo, en la práctica toda la población paga alguna forma de seguro público o privado para protegerse contra ciertos riesgos.

Las fuerzas armadas y los maestros tienen programas separados para sus miembros y familiares.

El **subsector privado** con ánimo de lucro se compone de unas pocas aseguradoras privadas y de clínicas y hospitales generales y especializados, ambos concentrados en la capital y áreas más urbanizadas, que sirven al grupo de mayor ingreso. Los principales hospitales son el de Diagnóstico, el de la Mujer, el Centro Pediátrico y el Centro Ginecológico. Las principales aseguradoras en salud son SISA, Pan American Life, ASESUISA y Salud Total. La naturaleza jurídica de estas entidades es

de sociedades anónimas. Los hospitales privados venden servicios al Instituto del Seguro Social y a la Asociación Magisterial.

Por otra parte, las instituciones privadas no lucrativas, principalmente ONGs que atienden a la población pobre en la capital y áreas rurales, ofrecen servicios médicos y preventivos y servicios de hospitalización. El principal hospital de este tipo es el hospital Pro-Familia. Estas entidades se encuentran amparadas en la Ley de Asociaciones y Fundaciones sin fines de lucro.

10.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

Los planes y programas generales de salud que se ofrecen desde el Ministerio de Salud de El Salvador, son:

- Programa Nacional de Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud en El Salvador.
- Atención Integral en Salud:
 - A la Niñez.
 - A la Mujer.
 - Al Adolescente.
 - Al Adulto Masculino.
 - Al Adulto Mayor.
- Promoción de la Salud.
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual (ITS / VIH / SIDA).
- Prevención de enfermedades (Tuberculosis, lepra, dengue, etc.).
- Prevención de la Influenza Pandémica A (H1N1).
- Prevención del Cáncer Cérvico Uterino.
- Programa de Fortificación de Alimentos.
- Programa “Escuela Saludable”.
- Unidad Atención al Ambiente.
- Unidad Salud Bucal.
- Unidad Salud Mental.
- Unidad Reguladora de Medicamentos e Insumos Médicos.

Destacan a su vez algunos servicios y programas de salud relacionados con el ámbito de los adultos mayores:



- Atención Integral en Salud al Adulto Mayor, como se ha comentado anteriormente.
- Programa de Atención y Autocuidado, que busca fortalecer la responsabilidad en la práctica de estilos de vida saludables, como forma de prevenir o controlar su estado de salud.
- Programa para el mantenimiento de la Salud Mental en adultos mayores.

10.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Aproximadamente la mitad de la población salvadoreña se encuentra cubierta por el sistema de salud, según se desprende de datos de la OMS para 2005.

Indicadores de salud en El Salvador	
Cobertura (2005)⁽¹⁾	
Población cubierta %	53,70
Población sin cobertura %	46,30
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2007)	7
Número de médicos por 10.000 habitantes (2002)	12,4
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2002)	8,0
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2002)	5,4
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes (2002)	ND
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	6,6
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	15,7
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	38,2
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	61,8
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	3,2
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	47,7
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	88,9
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	11,1
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	223
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	112
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	360
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	181

1. Fuente: (OPS/OMS), *Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. 2007.*

2. OMS. *The Global Health Observatory (GHO) Database*

El Salvador. Uso del Sistema de Salud. 2005

	Porcentaje de personas que usa el sistema de Salud (total)	Porcentaje de personas que usa Establecimientos del MSPAS	Porcentaje de personas que acuden al Instituto Salvadoreño del Seguro Social	Porcentaje de personas que acude al sector privado	Porcentaje de personas que acude a otros (ONG's, Programas Sociales, Farmacias, etc.)	Porcentaje de personas que no usan el sistema de Salud
Total	53,70	61,30	13,60	18,90	6,30	46,30
Urbana	60,40	53,50	18,60	23,20	4,70	39,60
Rural	48,30	74,00	5,40	11,80	8,80	51,70

Fuente: (OPS/OMS), *Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio. 2007.*

10.4. Servicios Sociales

10.4.1 Marco institucional

La coordinación e impulso de las políticas de atención a las personas adultas mayores está encomendada a la Dirección de Personas Adultas Mayores de la Secretaría de Inclusión Social, adscrita a la Presidencia de la República, cuyas principales funciones son las siguientes:

- Proponer, impulsar, dirigir, dar seguimiento y organizar la ejecución de planes, programas y proyectos, así como impulsar procesos de coordinación interinstitucional para mejorar los programas de atención a la Persona Adulta Mayor.
- Asesorar en el tema de Adulto Mayor y en las Políticas, Normas y Planes existentes en esta temática.
- Asesorar y supervisar la ejecución de Programas y Planes Presidenciales relacionados a la población adulta mayor, en particular los que se encuentren bajo la coordinación de la Secretaría de Inclusión Social.
- Promover acciones y normas en cumplimiento de los derechos de la persona adulta mayor.
- Ser referente y dar seguimiento a informes, documentos y normas internacionales relacionados a la persona adulta mayor, incluida la cooperación internacional.
- Impulsar procesos de divulgación de los derechos de las Personas Adultas Mayores y del fortalecimiento de ciudadanía del sector.

Adscrito a la Secretaría de Inclusión Social, existe el **Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores (CONAIPAM)**, cuyas funciones son promover programas de atención a personas adultas mayores con discapacidad y sus cuidadores, impulsar el enfoque de derechos humanos en todas las instituciones del Estado, promover programas educativos formales e informales, promover estilos de vida saludable, promover programas especiales que permitan incluir a más personas a los sistemas de pensiones e impulsar proyectos productivos para la sostenibilidad, independencia y aporte solidario.

10.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en El Salvador se presentan brevemente a continuación:

- **“Nuestros mayores derechos”**, es un programa presidencial lanzado a principios de 2011 que tiene como objetivo fundamental proteger a la persona adulta mayor y promover su ejercicio de derechos, partiendo de la premisa básica que esta población ha sido históricamente excluida de todos los espacios de derechos. Este programa, que atenderá de manera especializada la oferta de protección social para las personas adultas mayores, particularmente de aquellas que carecen de pensiones, se enmarca en el Plan Quinquenal de Desarrollo 2010-2014 y, según informa la Presidencia de la República, se aplicará progresivamente a lo largo de cinco años en los 100 municipios de pobreza extrema severa y alta dentro de Comunidades Solidarias Rurales y en 412 asentamientos urbanos precarios de 25 municipios priorizados en el programa Comunidades Solidarias Urbanas.



- El programa “Nuestros Mayores Derechos” contempla actuaciones en materia de promoción de la salud y la nutrición, alfabetización de personas mayores, capacitación de cuidadores, sensibilización e información, asesoría y acompañamiento jurídico, promoción del acercamiento intergeneracional, mejoramiento de espacios públicos de uso común por las personas adultas mayores, y promoción de la autonomía económica. Se contempla, asimismo, la entrega a las personas adultas mayores de 70 años que cumplan con los requisitos respectivos, una transferencia monetaria mensual (pensión básica universal) de 50 dólares. Los titulares de la pensión serán todas aquellas personas adultas mayores que se encuentren en situación de vulnerabilidad y exclusión social, que carezcan de pensión propia, y que sean priorizadas para este beneficio en función de sus condiciones de vida y nivel de vulnerabilidad. Este componente también incluye la entrega de una pensión complementaria para las personas adultas mayores que reciben algún tipo de pensión menor a los 50 dólares, a fin que reciban el equivalente a dicha cantidad.
- **Programa de Atención al Autocuidado**, busca orientar a la población mayor a través de conferencias educativas sistemáticas para fortalecer su responsabilidad en la práctica de estilos de vida sanos, como forma de prevenir o controlar su estado de salud. En el marco de este programa se desarrollan campañas preventivas sobre prevención de accidentes, promoción del ejercicio físico, promoción de hábitos saludables, jornadas de prevención para la salud, talleres de terapia ocupacional, gimnasia y control nutricional.
- **Programa de Ayuda individual a domicilio**. Atiende casos de mayores en situaciones que requieren la intervención de voluntarios capacitados para brindar apoyo y soporte en la realización de sus actividades de la vida diaria.
- **Atención Residencial** a través de Centros de Atención de Día y Residencias.
- **Programa de Preparación para la Jubilación**. Es un programa educativo sistemático, que ofrece a los Trabajadores Activos, adquirir conocimientos básicos sobre su retiro, además de sensibilizar a la población joven en las Empresas e Instituciones Públicas, para crear cultura de vejez y prepararlos a una jubilación exitosa y planificada.
- **Programa de Capacitación de Voluntarios Pensionados**, cuyo propósito es capacitar a adultos mayores líderes, para que sean éstos quienes administren y coordinen los distintos programas, realizando labores en beneficio de los demás mayores.
- **Programa de Organización de Grupos**, diseñado para ofrecer a los pensionados oportunidades de integración y socialización, fortaleciendo la solidaridad y unidad por medio de un proceso grupal a través de su participación activa.
- **Talleres creativos**, como actividades productivas para generar ingresos complementarios a la pensión (Piñatería, Adornos en lazo, Cestería, Mimbres, Repujado, Costura y Manualidades, Pintura, Floristería en papel, Horticultura, Bisutería, Realce Cristal, Elaboración de hamacas, etc.).
- **Programa de Esparcimiento Social y Educativo**. Busca satisfacer las necesidades e intereses de ocio y esparcimiento de los adultos mayores a través de actividades como el Teatro, la Danza, la Rondalla, los viajes turísticos, las Caminatas, los Festivales Artísticos, los Torneos Deportivos, etc.





11

España

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



11.1 Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), en el año 2009 el 16,6% de la población española se situaba dentro del grupo de edad de 65 años y más. De esta población el 58% eran mujeres frente al 42% de varones. Esta diferencia porcentual de las mujeres frente a los varones se incrementa según aumenta la edad. Así, para este mismo año y en el grupo de 85 años y más las mujeres suponían el 69% de este conjunto poblacional.

España. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	23.116.988	23.628.819	46.745.807
65 - 69	927.927	1.027.416	1.955.343
70 - 74	850.628	1.024.570	1.875.198
75 - 79	743.934	994.307	1.738.241
80 - 84	472.930	752.263	1.225.193
85 y más	308.196	680.733	988.929
Total 65 años y más	3.303.615	4.479.289	7.782.904
Proporción sobre la población total %	14,3%	19,0%	16,6%

INE. Revisión del Padrón municipal 2009.

Este perfil femenino se explica por la mayor longevidad de las mujeres. Así, mientras la esperanza de vida al nacer de los varones españoles en el 2008 es de 78,17 años el de las mujeres se encuentra en los 84,27 años. Al referirnos a la esperanza de vida a los 65 años, nos encontramos que para este mismo período la expectativa vital adicional de los hombres y las mujeres es de 17,96 y 21,79 años respectivamente. Por lo que respecta al número de años que le restarían por vivir a una persona a los 80 años, se observa de nuevo una expectativa mayor en las mujeres que en los varones.

España. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

2008

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	78,17	84,27
Esperanza de vida a los 65 años	17,96	21,79
Esperanza de vida a los 80 años	7,1	8,9

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

Los siguientes indicadores muestran el alto envejecimiento de la población española. El índice de envejecimiento señala que en el año 2010 se cuentan 114 adultos mayores por cada 100 niños. Por otro lado, la mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para este mismo año se sitúa en 136 mujeres por cada 100 varones. El índice de dependencia que mide la proporción que supone la población mayor respecto a la población económicamente se sitúa en el año 2010 en 24 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. La edad media de la población es de 39,8 años.

España. Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	114
Índice de masculinidad	136
Índices de dependencia	24
Edad media de la población (2009) *	39,8

INE. Revisión del Padrón municipal 2009.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

11.2. Sistema de Pensiones

11.2.1 Descripción

Los mecanismos de protección social que se fueron desarrollando a lo largo de los dos primeros tercios de siglo XX en España comprendían una serie de seguros sociales (Accidentes de Trabajo, Retiro Obrero, Seguro Obligatorio de Maternidad, Seguro de Paro Forzoso, Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez) y Mutualidades Laborales organizadas por sectores productivos, que complementaban la protección de los seguros sociales. La multiplicidad de Mutualidades y las diferencias entre la protección de cada una otorgaba condujo a discriminaciones entre la población, produjo desequilibrios financieros e hizo muy difícil una gestión racional y eficaz.

En 1963 se aprobó la **Ley de Bases de la Seguridad Social** cuyo objetivo principal era la implantación de un modelo unitario e integrado de protección social, con una base financiera de reparto, gestión pública y participación del Estado en la financiación. Estos principios se plasmaron en la **Ley General de la Seguridad Social** de 1966, que entró en vigor el 1 de enero de 1967, pero que no suprimió los antiguos sistemas de cotización, alejados de los salarios reales, ni logró unificar la gestión del sistema. La Ley de Financiación y Perfeccionamiento de la Acción Protectora de 1972 intentó, sin éxito, corregir los problemas financieros existentes.

Tras la implantación de la democracia en España y la aprobación de la Constitución, se llevaron a cabo una serie de reformas en los distintos campos que configuran el sistema de la Seguridad Social. La primera gran reforma se produce con la publicación del **Real Decreto Ley 36/1978**, de 16 de noviembre, que crea un sistema de participación institucional de los agentes sociales favoreciendo la transparencia y racionalización de la Seguridad Social, y establece un nuevo sistema de gestión, encomendado a los siguientes Organismos:

- *El Instituto Nacional de la Seguridad Social*, para la gestión de las prestaciones económicas del sistema.
- *El Instituto Nacional de Salud*, para las prestaciones sanitarias.
- *Instituto Nacional de Servicios Sociales*, para la gestión de los servicios sociales (Organismo que posteriormente ha pasado a denominarse Instituto de Mayores y Servicios Sociales).
- *El Instituto Social de la Marina*, para la gestión de la seguridad social de los trabajadores del mar.
- *La Tesorería General de la Seguridad Social*, como caja única del sistema, que actúa bajo el principio de solidaridad financiera.



En la década de los ochenta se llevaron a cabo una serie de medidas encaminadas a mejorar y perfeccionar la acción protectora, extender las prestaciones a los colectivos no cubiertos y dar una mayor estabilidad económica al sistema de la Seguridad Social. Entre estas medidas, cabe destacar la equiparación paulatina de las bases de cotización con los salarios reales, la revalorización de las pensiones en función de la variación del índice de precios al consumo, la ampliación de los períodos necesarios para acceder a las prestaciones y para el cálculo de las pensiones, la simplificación de la estructura de la Seguridad Social, y el inicio de la separación de las funciones de financiación, de forma que, las prestaciones de carácter contributivo se fuesen financiando a cargo de las cotizaciones sociales, mientras que las de naturaleza no contributiva encontrasen su cobertura financiera en la imposición general. Este proceso permitió la aprobación de la **Ley de Pensiones No Contributivas**, en 1990, y la progresiva generalización de la asistencia sanitaria, que en la actualidad tiene cobertura universal.

En 1995 se firmó el **Pacto de Toledo**, con el apoyo de todas las fuerzas políticas y sociales, que tuvo como consecuencia importantes cambios y el establecimiento de una hoja de ruta para asegurar la estabilidad financiera y las prestaciones futuras de la Seguridad Social.

La implantación de las prestaciones no contributivas, la racionalización de la legislación de la Seguridad Social (llevado a cabo a través del nuevo Texto Refundido de 1994), la mayor correspondencia entre las prestaciones y la cotización previamente realizada, la garantía de mínimos en las pensiones, la creación del Fondo de Reserva de la Seguridad Social, la introducción de los mecanismos de jubilación flexible y de incentivación de la prolongación de la vida laboral, son algunas de las manifestaciones de los cambios introducidos desde 1990 hasta la fecha, en el ámbito de la Seguridad Social.

En enero de 2011 el Gobierno y los agentes sociales han llegado a un acuerdo sobre la reforma del sistema público de pensiones cuyo principal objetivo es frenar el creciente gasto que comporta, asegurando su sostenibilidad. El acuerdo entrará en vigor en 2013, y contempla un periodo transitorio de 14 años hasta su total aplicación. Sus principales claves son la elevación de la edad de jubilación (que como norma general se establece a los 67 años, aunque podrán retirarse a los 65 años quienes tengan cotizados al menos 38 años y seis meses), al aumento del número de años de cotización necesarios para tener derecho a la pensión máxima (que se establece en 37 años para quienes se jubilen a los 67 años), el aumento del periodo de cómputo para el cálculo de la pensión (que pasará de 15 a 25 años), la reducción de los supuestos en que puede accederse a la jubilación anticipada y a la jubilación parcial, y la posibilidad de realizar revisiones del sistema cada 5 años en función de la evolución de la esperanza de vida.

11.2.1.1 Pensiones contributivas de la Seguridad Social

Las pensiones contributivas de la Seguridad Social son prestaciones económicas y de duración normalmente indefinida, cuya concesión está generalmente supeditada a una previa relación jurídica con la Seguridad Social (acreditar un período mínimo de cotización en determinados casos), siempre que se cumplan los demás requisitos exigidos. Su cuantía se determina en función de las aportaciones efectuadas por el trabajador y, si se trata de trabajadores por cuenta ajena, por el empresario, durante un período determinado. Son gestionadas por el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS).

Dentro de la acción protectora del Régimen General y de los Regímenes Especiales de la Seguridad Social se incluyen las pensiones siguientes:

Prestaciones por jubilación

La prestación por jubilación, en su modalidad contributiva, cubre la pérdida de ingresos que sufre una persona cuando, alcanzada la edad establecida, cesa en el trabajo por cuenta ajena o propia, poniendo fin a su vida laboral, o reduce su jornada de trabajo y su salario en los términos legalmente establecidos.

Para acceder a la **jubilación ordinaria**, es necesario haber cubierto un período mínimo de 15 años de cotización, dos de los cuales deben estar comprendidos dentro de los 15 inmediatamente anteriores al momento de causar el derecho o a la fecha en que cesó la obligación de cotizar; haber cumplido 65 años de edad (tanto para el hombre como para la mujer) y cesar en el trabajo. El disfrute de la pensión de jubilación es incompatible con la realización de trabajos por cuenta ajena o propia que den lugar a la inclusión en el Régimen General o en alguno de los Regímenes Especiales. La pensión de jubilación se extingue por fallecimiento del pensionista o por acceso a empleo (a jornada completa o parcial), en cuyo caso se suspende.

La cuantía de la pensión de jubilación se determina aplicando a la base reguladora (que se determina computando las bases de cotización aplicadas durante los 180 meses inmediatamente anteriores a aquél en que se produzca el hecho causante, actualizadas de acuerdo con la evolución del índice de precios de consumo con la excepción de las de los 24 últimos meses, que retoman por su valor nominal), el porcentaje que corresponda en función de los años cotizados: 50% por los 15 primeros años, aumentando un 3% por cada año adicional comprendido entre el decimosexto y el vigésimo quinto y un 2% a partir del vigésimo sexto hasta alcanzar el 100% por 35 años de cotización. Cuando se accede a la pensión de jubilación a una edad superior a los 65 años, siempre que al cumplir esta edad se hubiera reunido el período mínimo de cotización, se reconoce un 2% adicional por cada año completo transcurrido entre la fecha en que se cumplieron los 65 años y la del hecho causante de la pensión. Ese porcentaje adicional se eleva al 3% si al cumplir los 65 años se acreditan al menos 40 años de cotización. La cuantía de la pensión resultante no podrá superar el límite establecido con carácter general para las pensiones contributivas en la correspondiente Ley de Presupuestos.

La legislación española contempla diversos supuestos de **jubilación anticipada** (en razón del tipo de actividad profesional, en caso de que el trabajador tenga una discapacidad, para los antiguos mutualistas, para quienes acrediten un período mínimo de cotización de 30 años...), así como supuestos de **jubilación flexible** y **jubilación parcial**.

La legislación española de Seguridad Social garantiza unas determinadas cuantías mínimas mensuales en las pensiones de jubilación, que varían en función de que el pensionista haya cumplido o no los 65 años y de que tenga o no familiares a su cargo, siempre que no supere el límite de ingresos establecido (para 2010, 6.923,90 euros anuales en el caso de pensionistas sin cónyuge a cargo y 8.076,80 euros anuales en el caso de pensionistas con cónyuge a cargo). Las cuantías mínimas establecidas para 2010 son las que se reflejan en la siguiente tabla (el salario mínimo interprofesional está fijado, para 2010, en 633,30 euros).

	Cuantías mínimas mensuales	Cuantías mínimas anuales (14 pagas)
Jubilación con 65 años o más		
Con cónyuge a cargo	725,20	10.152,80
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	587,80	8.229,20
Con cónyuge NO a cargo	557,50	7.805,00
Jubilación con menos de 65 años		
Con cónyuge a cargo	725,20	10.152,80
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	587,80	8.229,20
Con cónyuge NO a cargo	557,50	7.805,00



Prestaciones por incapacidad permanente

La **pensión por incapacidad permanente** es la prestación económica que, en su modalidad contributiva, trata de cubrir la pérdida de rentas salariales o profesionales que sufre una persona, cuando estando afectada por un proceso patológico o traumático derivado de una enfermedad o accidente, ve reducida o anulada su capacidad laboral de forma presumiblemente definitiva. En función del grado de pérdida de capacidad laboral, la legislación española contempla diversos grados de incapacidad permanente: **parcial, total para la profesión habitual, absoluta y gran invalidez**. Los requisitos de acceso varían según la situación de incapacidad permanente derive de enfermedad común, en cuyo caso se exige tener acreditado un determinado período de cotización previo, o de enfermedad profesional o de accidente, sea o no de trabajo, en cuyo caso no se exige período de cotización previo. La cuantía de la pensión varía en función de la contingencia que ha originado la incapacidad, las bases de cotización, el grado de incapacidad permanente y la edad del trabajador al producirse el hecho causante.

Al igual que las pensiones de jubilación, las pensiones de incapacidad permanente tienen garantizadas unas cuantías mínimas, que en 2010 son las siguientes:

	Cuantías mínimas mensuales	Cuantías mínimas anuales (14 pagas)
Gran Invalidez		
Con cónyuge a cargo	1.087,80	15.229,20
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	881,70	12.343,80
Con cónyuge NO a cargo	836,30	11.708,20
Invalidez absoluta o total con 65 años de edad		
Con cónyuge a cargo	725,20	10.152,80
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	587,80	8.229,20
Con cónyuge NO a cargo	557,50	7.805,00
Invalidez total con edad entre 60 y 64 años		
Con cónyuge a cargo	679,70	9.515,80
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	549,80	7.697,20
Con cónyuge NO a cargo	519,50	7.273,00
Invalidez total derivada de enfermedad común con edad inferior a 60 años		
Con cónyuge a cargo	365,40	5.115,60
Sin cónyuge (unidad familiar unipersonal)	365,40	5.115,60
Con cónyuge NO a cargo	348,34	4.876,76

Las pensiones de incapacidad permanente **pasan a denominarse pensiones de jubilación** cuando los beneficiarios cumplen la edad de 65 años, sin que esta nueva denominación implique modificación alguna respecto de las condiciones de la prestación que se venía percibiendo, ni alteración del régimen jurídico de las prestaciones que puedan derivarse de ellas.

Prestaciones por muerte y supervivencia.

Las prestaciones por muerte y supervivencia están destinadas a compensar la situación de necesidad económica que produce, para determinadas personas, el fallecimiento de otras. Dentro de estas prestaciones están las pensiones de viudedad, las pensiones de orfandad y las pensiones y subsidios a favor de familiares.

La **pensión de viudedad** es una prestación económica vitalicia que se concede al cónyuge o pareja de hecho de un trabajador o pensionista fallecido. Su cuantía es el 52% de la base reguladora, porcentaje que puede elevarse al 70% cuando se cumplen determinados requisitos de cargas familiares e ingresos de la unidad familiar. Es compatible con cualquier renta de trabajo del beneficiario y con la pensión de jubilación o incapacidad permanente a que él mismo tuviera derecho. Se extingue por fallecimiento, por contraer nuevo matrimonio o constituir una pareja de hecho y por declaración, en sentencia firme, de culpabilidad en la muerte del causante. Un número importante de los perceptores de la pensión de viudedad son personas de 65 y más años.

La **pensión de orfandad** es una prestación económica a la que tienen derecho por el fallecimiento de un familiar de primer grado del que estuvieran a cargo las personas menores de 18 años, las menores de 22 años (o de 24 si se trata de una orfandad absoluta o el huérfano presenta una discapacidad en grado igual o superior al 33%), siempre que no efectúen un trabajo lucrativo que comporte unos ingresos cuyo cómputo anual supere el 75% del Salario Mínimo Interprofesional (SMI). Las personas mayores de 21 años incapacitadas para el trabajo también tienen derecho a esta pensión. Su cuantía es el 20% de la base reguladora, porcentaje que puede elevarse en los casos de orfandad absoluta. El número de personas de 65 y más años que perciben pensiones de orfandad es muy escaso.

La **pensión en favor de familiares** es una prestación económica consistente en una pensión que se concede a aquellos familiares que hayan convivido y dependido económicamente de la persona fallecida y reúnan los siguientes requisitos:

- Haber convivido con el causante y a sus expensas con 2 años de antelación al fallecimiento de aquél o desde la muerte del familiar con el que convivieran, si ésta hubiera ocurrido dentro de dicho período.
- No tener derecho a pensión pública.
- Carecer de medios de subsistencia, por tener ingresos económicos iguales o inferiores al salario mínimo interprofesional, y de familiares con obligación y posibilidad de prestarles alimentos.

La pensión en favor de familiares es compatible con las pensiones de viudedad y orfandad causadas por el mismo sujeto. Sin embargo, es incompatible con el percibo por el beneficiario de otras pensiones públicas, así como con ingresos de cualquier naturaleza que superen, en cómputo anual, la cuantía del salario mínimo interprofesional vigente en cada momento, también computada anualmente. Su cuantía es del 20% de la base reguladora. Esta prestación se extingue por contraer matrimonio, por fallecimiento o por comprobarse que no falleció el trabajador desaparecido en accidente.

Las cuantías mínimas garantizadas de las pensiones de muerte y supervivencia durante 2010 son las siguientes:



	Cuantías mínimas mensuales	Cuantías mínimas anuales (14 pagas)
Viudedad		
Con cargas familiares	679,70	9.515,80
Con 65 años o con discapacidad = >65%	587,80	8.229,20
Entre 60 y 64 años	549,80	7.697,20
Menor de 60 años	444,90	6.228,60
Orfandad		
Por beneficiario	179,40	2.511,60
Orfandad absoluta: Un solo beneficiario	624,30	8.740,20
Orfandad absoluta: Varios beneficiarios (N)	179,40 + 444,90/N	2511,60 + 6.228,60/N
Por beneficiario menor de 18 años con discapacidad > =65%	353,20	4.944,80
Favor de familiares		
Por beneficiario	179,40	2.511,60
Si no existe viuda ni huérfano pensionistas:		
- Un solo beneficiario con 65 años	433,90	6.074,60
- Un solo beneficiario menor de 65 años	408,60	5.720,40
- Varios beneficiarios (N)	179,40 + 265,50/N	2.511,60 + 3.717,00/N

11.2.1.2 Pensiones de Clases Pasivas

Los funcionarios civiles del Estado (incluidos los de la Administración de Justicia, Cortes y otros Órganos Constitucionales) están incluidos en el Sistema de Clases Pasivas, gestionado por la Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas del Ministerio de Hacienda, que también tiene encomendado el reconocimiento y pago de las prestaciones económicas derivadas de la legislación especial derivada de la guerra civil, de las ayudas a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual, de las pensiones de clases pasivas causadas por el personal militar y asimilado y el pago de ayudas a los afectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), como consecuencia de actuaciones realizadas en el sistema sanitario público.

Las pensiones de Clases Pasivas del Estado son las siguientes:

- Pensiones de jubilación.
 - Jubilación forzosa por edad
 - Jubilación por incapacidad permanente para el servicio
 - Jubilación voluntaria
 - Jubilación voluntaria anticipada LOE
 - Prolongación de la permanencia en el servicio activo
 - Cesación progresiva de actividades
- Pensiones en favor de familiares.

- Pensiones derivadas de actos de terrorismo.
- Pensiones excepcionales.

Las pensiones de la legislación especial derivada de la Guerra Civil son las siguientes:

- Familiares de Fallecidos en la Guerra Civil
- Mutilados Civiles
- Mutilados Excombatientes
- Fuerzas e Institutos Armados de la República
- Indemnizaciones por tiempo de prisión
- Indemnizaciones por fallecimiento o incapacidad (Ley 52/2007)
- Indemnizaciones ex-presos sociales

11.2.1.3 Pensiones no contributivas

Las pensiones no contributivas son prestaciones económicas que se reconocen a aquellos ciudadanos que, encontrándose en situación de necesidad protegible, carezcan de recursos suficientes para su subsistencia en los términos legalmente establecidos, aun cuando no hayan cotizado nunca o el tiempo suficiente para alcanzar las prestaciones del nivel contributivo. Dentro de esta modalidad se incluyen las **pensiones no contributivas de invalidez** (para personas de entre 18 y 65 años con un grado de discapacidad igual o superior al 65%) y las **pensiones no contributivas de jubilación**. Cuando el beneficiario de una pensión no contributiva de invalidez cumple los 65 años, pasa a recibir la pensión no contributiva de jubilación.

La **pensión no contributiva de jubilación** asegura a todos los ciudadanos de 65 o más años que se encuentren en estado de necesidad por carecer de ingresos suficientes una prestación económica, asistencia médico-farmacéutica gratuita y servicios sociales complementarios, aunque no hayan cotizado o no lo hayan hecho de forma insuficiente para tener derecho a una pensión contributiva.

Pueden ser beneficiarios de la pensión no contributiva de jubilación los ciudadanos españoles y nacionales de otros países, con residencia legal en España que tengan 65 o más años, carezcan de ingresos suficientes y residan en territorio español, siempre que hayan residido en el territorio nacional durante un período de diez años, en el período que media entre la fecha de cumplimiento de los dieciséis años y la de devengo de la pensión, de los cuales dos han de ser consecutivos e inmediatamente anteriores a la fecha de la solicitud.

La cuantía de la pensión no contributiva de jubilación se establece en función de las rentas personales y/o de las de la unidad económica de convivencia, y para 2010 oscila entre un máximo mensual de 339,70 euros (4.755,80 euros anuales, en 14 pagas) y un mínimo de 1.188,95 euros anuales (el 25% del máximo establecido). Cuando dentro de una misma familia conviva más de un beneficiario de pensión no contributiva, la cuantía máxima individual para cada uno de ellos es de 4.042,43 euros anuales (si hay 2 beneficiarios) o de 3.804,64 euros anuales, cuando hay 3 beneficiarios o más.



La gestión de las pensiones no contributivas está atribuida a los órganos competentes de cada Comunidad Autónoma y a las Direcciones provinciales del Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) en las ciudades de Ceuta y Melilla.

11.2.2 Cobertura e intensidad de protección

11.2.2.1 Pensiones contributivas de la Seguridad Social

En enero de 2010, el número de pensiones contributivas en vigor del Sistema español de Seguridad Social ascendía a 8.614.876, de las que 6.677.364 corresponden a pensionistas de 65 y más años de edad. El importe mensual medio de las pensiones recibidas por los pensionistas de 65 y más años fue de 759,58 euros, un 20% por encima del salario mínimo, que es de 633,30 euros mensuales en 2010. El importe medio es mayor en el caso de los pensionistas varones (965,89 euros) que en el de las mujeres (576,64 euros), y tiende a reducirse con la edad.

España. Pensiones contributivas de la Seguridad Social. Número de pensiones en vigor e importe mensual medio por sexo y edad de los pensionistas.

Enero de 2010

Edad	Total	Hombres	Mujeres	No consta
Número de pensiones				
Total	8.614.876	4.190.713	4.424.001	162
65 - 69	1.473.925	841.844	632.074	7
70 - 74	1.357.425	724.462	632.940	23
75 - 79	1.496.138	725.170	770.885	83
80 - 84	1.208.817	494.446	714.358	13
85 y más	1.141.059	352.247	788.800	12
Total 65 y más años	6.677.364	3.138.169	3.539.057	138
Resto edades	1.937.512	1.052.544	884.944	24
Importe medio mensual, en euros				
Total	772,57	962,31	592,84	601,44
65 - 69	931,44	1.133,50	662,33	687,91
70 - 74	811,52	991,59	605,42	606,48
75 - 79	750,74	929,57	582,52	623,67
80 - 84	674,81	851,38	552,60	496,18
85 y más	577,17	747,98	500,90	554,38
Total 65 y más años	759,58	965,89	576,64	606,03
Resto edades	817,33	951,62	657,63	575,01

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Estadística de pensiones contributivas en vigor. Enero 2010.

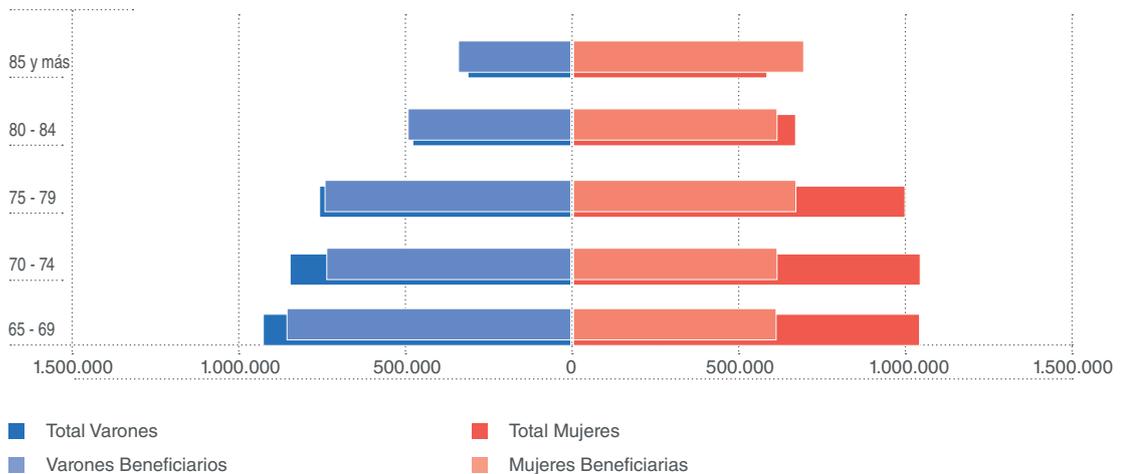
España. Haber medio de las pensiones contributivas en relación con el Salario Mínimo, por edad y sexo de los perceptores. Junio de 2009.



Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Estadística de pensiones contributivas en vigor. Enero 2010.

La cobertura prestacional directa de las pensiones contributivas de la Seguridad Social española alcanza al 85,8% de la población de 65 y más años, aunque la cobertura total es sensiblemente mayor, pues alcanza también a los cónyuges de los pensionistas, cuya protección se garantiza mediante los complementos de mínimos. Como se observa en el siguiente gráfico, por encima de los 80 años en los varones y de los 85 en las mujeres hay una sobrecobertura, que se debe, por una parte, a la infraestimación de la población general a esas edades, y, por otra, a posibles casos de concurrencia de varias pensiones en una misma persona (cerca de 800.000 pensionistas del nivel contributivo reciben dos o más pensiones concurrentes de la Seguridad Social).

España. Cobertura prestacional de las pensiones contributivas del Sistema de Seguridad Social en población de 65 y más años, por sexo y grupo de edad. Enero 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de la Seguridad Social. Estadística de pensiones contributivas en vigor. Enero 2010.



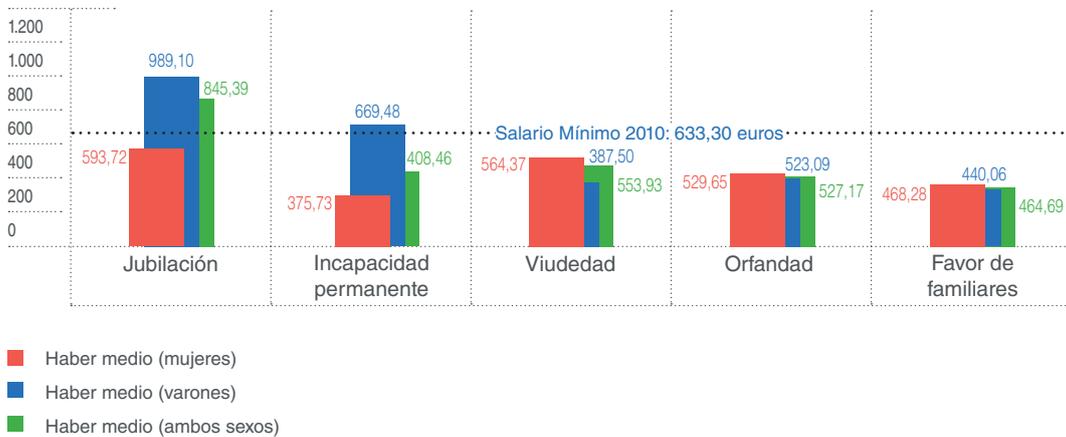
La mayoría de las pensiones contributivas percibidas por personas mayores de 65 años son pensiones de jubilación, que también son las que tienen un importe medio mayor. No obstante, la distribución por sexos es muy diversa, pues si entre los varones de 65 y más años las pensiones de jubilación suponen el 96% del total de las percibidas, entre las mujeres estas pensiones suponen sólo el 48,6% del total, y se ven superadas en número por las de viudedad, que suponen el 49,7% del total. La menor duración media de la carrera de cotización de las mujeres, y seguramente también el hecho de que percibieran, como media, menores retribuciones que los varones durante su vida laboral, se refleja en la gran diferencia existente en el importe medio de la pensión de jubilación, que es de 989,10 euros en los varones y de solo 593,72 euros en las mujeres. La diferencia de importe es también importante en la pensión de incapacidad temporal (recordemos que aunque a los 65 años cambia su nombre por pensión de jubilación, mantiene su cuantía y condiciones), que entre los hombres es de 669,48 euros mientras que entre las mujeres es de 375,73 euros. Ocurre al contrario en las pensiones de viudedad, que tienen mayor importe medio cuando son percibidas por mujeres, mientras que las de orfandad y favor de familiares muestran escasas diferencias de importe medio por sexo.

España. Pensiones contributivas de la Seguridad Social. Número de pensiones percibidas por personas de 65 y más años e importe mensual medio por tipo de pensión y sexo de los pensionistas. Enero de 2010

Edad	Total	Hombres	Mujeres	No consta
Número de pensiones percibidas por personas de 65 y más años				
Total	6.677.364	3.138.169	3.539.057	138
Jubilación	4.734.338	3.013.490	1.720.737	111
Incapacidad permanente	28.712	3.199	25.513	–
Viudedad	1.870.789	110.410	1.760.354	25
Orfandad	21.974	8.340	13.633	1
Favor de familiares	21.551	2.730	18.820	1
Importe medio mensual, en euros				
Total	759,58	965,89	576,64	606,03
Jubilación	845,39	989,10	593,72	626,57
Incapacidad permanente	408,46	669,48	375,73	–
Viudedad	553,93	387,50	564,37	528,69
Orfandad	527,17	523,09	529,65	624,30
Favor de familiares	464,69	440,06	468,28	240,98

Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Estadística de pensiones contributivas en vigor. Enero 2010.

España. Haber medio de las pensiones contributivas del Sistema de la Seguridad Social percibidas por prsonas de 65 años y más en relación con el Salario Mínimo, por tipo de pensión y sexo de los perceptores. **Enero de 2010.**



Fuente: Instituto Nacional de la Seguridad Social. Estadística de pensiones contributivas en vigor. Enero 2010.

11.2.2.2 Pensiones de clases pasivas

En febrero de 2010, las pensiones de Clases Pasivas abonadas fueron 588.536, con un importe medio de 1.261,52 euros. No se dispone de desglose por edad y sexo de los perceptores.

España. Pensiones de Clases Pasivas. Número de pensiones de clases pasivas abonadas e importe medio. **Febrero de 2010**

	Número	Importe medio
Total pensiones de Clases Pasivas	588.536	1.261,52
Jubilados civiles	213.497	1.901,51
Familiares civiles	105.728	673,06
Retirados militares	84.624	1.800,20
Familiares de militares	114.663	653,47
Militares profesionales de la República	1.333	1.201,70
Familiares de militares profesionales de la República	10.314	480,99
Afectados VIH	1.017	1.328,43
Mutilados de guerra	6.453	475,06
Familiares de mutilados de guerra	5.629	576,91
Familiares de fallecidos en guerra	15.630	260,44
Militares no profesionales de la República	4.294	873,95
Familiares de militares no profesionales de la República	23.228	604,84
Cruces y medallas	1.947	64,14
Otras pensiones y prestaciones (Ex ministros, Montepío de Guinea...)	50	NA

Fuente: Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas. Febrero 2010.



11.2.2.3 Pensiones no contributivas de jubilación

Un total de 258.434 personas de 65 y más años, la mayoría de ellas mujeres, percibían pensiones no contributivas de jubilación en enero de 2010. El importe medio de las pensiones no contributivas de jubilación fue de 319,21 euros, aproximadamente la mitad del salario mínimo.

España. Número de pensiones no contributivas de jubilación, por sexo y grupo de edad de los perceptores. España, Enero de 2010

	Total	Varones	Mujeres
Total	258.434	46.830	211.604
65 - 69	62.046	12.815	49.231
70 - 74	67.995	12.002	55.993
75 - 79	65.683	11.516	54.167
80 - 84	42.307	7.759	34.548
85 y más	20.394	2.738	17.656
No consta	9	0	9

Fuente: Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Nómina de pensiones no contributivas. Enero 2010.

11.3. Sistema de Salud

El Sistema Nacional de Salud español se configura entre la Administración del Estado que realiza la coordinación del sistema y los servicios de salud de las Comunidades Autónomas que operan y ejecutan las prestaciones sanitarias. Residualmente, la Administración Central del Estado conserva la gestión de la sanidad en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, a través de Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). Para el resto del territorio, las Comunidades Autónomas ejercen sus competencias en:

- Planificación sanitaria.
- Salud pública.
- Asistencia sanitaria.

Cada Comunidad Autónoma cuenta con un Servicio de Salud, que es la estructura administrativa y de gestión que integra todos los centros, servicios y establecimientos de la propia Comunidad, Diputaciones y Ayuntamientos. Legalmente, son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria:

- Todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional en los términos previstos en el Artículo 1.2 de la Ley Orgánica 4/2000.
- Los nacionales de los Estados miembros de la Unión Europea, que tienen los derechos que resulten del derecho comunitario europeo y de los tratados y convenios que se suscriban por el Estado español y les sean de aplicación.
- Los nacionales de Estados no pertenecientes a la Unión Europea, que tienen los derechos que les reconozcan las leyes, los tratados y convenios suscritos.

Los funcionarios públicos y las personas de ellos dependientes pueden acogerse a regímenes especiales de aseguramiento a través de las mutualidades civiles (MUFACE), militares (ISFAS) o de la judicatura (MUGEJU).

El acceso a los servicios se realiza a través de la Tarjeta Sanitaria Individual expedida por cada Servicio de Salud, documento que identifica a cada ciudadano como usuario en todo el Sistema Nacional de Salud.

En cuanto a la financiación, la sanidad en España es una prestación no contributiva que se realiza a través de los impuestos y está incluida en la financiación general de cada Comunidad Autónoma. La atención a la salud constituye uno de los principales instrumentos de las políticas redistributivas de la renta entre los ciudadanos españoles, en la que cada persona aporta impuestos en función de su capacidad económica y recibe servicios sanitarios en función de sus necesidades de salud.

11.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

El conjunto de servicios generales que el Sistema Nacional de Salud ofrece a los ciudadanos incluye:

- **Atención Primaria:** Se desarrolla en la consulta del centro de salud, en el consultorio rural o en el propio domicilio del enfermo. En este nivel asistencial se concentra la mayor parte de actividades de promoción de la salud, educación y asistencia sanitaria y médica y prevención de la enfermedad. Por último, se ofrecen servicios de rehabilitación física y de apoyo social. Además, se realizan una serie de actividades específicas, la mayoría dirigidas a grupos de población concretos:
- **Atención a la mujer:** Orientación familiar, seguimiento del embarazo, preparación al parto, visita puerperal, diagnóstico precoz de cáncer ginecológico y de mama, y tratamiento de las complicaciones patológicas de la menopausia.
- **Atención a la infancia:** Revisiones del niño sano, vacunaciones y educación sanitaria a los interesados padres, tutores, maestros y cuidadores.
- **Atención al adulto:** Vacunaciones, detección de factores de riesgo, educación, atención y asistencia a crónicos y atención domiciliaria a inmovilizados y terminales.
- **Atención a la salud bucodental:** Información y educación a población infantil, medidas preventivas y asistenciales, tratamiento de procesos agudos y exploración preventiva a mujeres embarazadas.
- **Atención al paciente terminal:** Cuidados paliativos y soporte al cuidado domiciliario.
- **Atención a la salud mental:** Detección y atención a problemas de salud mental en coordinación con el nivel especializado.
- **Atención Especializada:** Comprende actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados. Estos servicios se prestan tanto de manera ambulatoria como en régimen de hospitalización, incluida la modalidad de hospital de día:
 - De manera **ambulatoria** se ofertan consultas externas en las diferentes especialidades médicas y quirúrgicas, pruebas diagnósticas y actuaciones terapéuticas. En Salud Mental y



Asistencia Psiquiátrica, se realiza diagnóstico y seguimiento clínico, psicofarmacoterapias y psicoterapias individuales de grupo o familiares y hospitalización, excluyéndose expresamente el psicoanálisis y la hipnosis.

- En **hospitalización**, se presta asistencia médica, quirúrgica, obstétrica y pediátrica para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos o realización de tratamientos y procedimientos diagnósticos que así lo aconsejen. En los hospitales, se presta durante las veinticuatro horas del día atención de urgencias a pacientes no ingresados.

- **Otros servicios y prestaciones:** Hemoterapia, Diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, Diagnóstico prenatal en grupos de riesgo, Diagnóstico por imagen, Laboratorios, Litotricia renal, Planificación familiar, Radiología intervencionista, Radioterapia y Trasplantes.
- **Prestación Farmacéutica:** Comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad.
- **Prestación Ortoprotésica:** Comprende los elementos necesarios para mejorar la calidad de vida y autonomía del paciente. Incluye productos sanitarios, implantables o no, para sustituir total o parcialmente una estructura corporal, o bien para modificar, corregir o facilitar su función. La prestación está regulada por un catálogo específico. La prestación farmacéutica junto con la ortoprotésica, a diferencia de las demás prestaciones, presenta la característica de estar cofinanciada por los usuarios.
- **Transporte Sanitario:** Desplazamiento de enfermos por causas exclusivamente clínicas, cuya situación les impida desplazarse en los medios ordinarios de transporte, en situaciones de urgencia o imposibilidad física del interesado.
- **Productos Dietéticos:** Dispensación de los tratamientos dietoterápicos a las personas que padezcan determinados trastornos metabólicos congénitos, y la nutrición enteral domiciliaria para pacientes a los que no es posible cubrir sus necesidades nutricionales, a causa de su situación clínica, con alimentos de uso ordinario.
- **Servicios de Información y Documentación Sanitaria:** Información al paciente y sus familiares o allegados de sus derechos y deberes, tramitación de los procedimientos administrativos, informes, comunicaciones, expedición de los partes de baja, confirmación, alta y demás informes o documentos clínicos, etc.

11.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Según datos procedentes de la última Encuesta Nacional de Salud (2006), la población residente en España se encuentra cubierta por el sistema de salud en un 98,3%, cifra que es incluso más alta en la población de Adultos Mayores (98,7%).

Indicadores de salud en España	
Cobertura⁽¹⁾	
Población cubierta %	98,3
Población sin cobertura %	1,7
Adultos mayores con cobertura de salud	98,7
Adultos mayores sin cobertura de salud	1,3
Estructura (2007)⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes	34,0
Número de médicos por 10.000 habitantes	37,6
Número de enfermeras por 10.000 habitantes	74,4
Número de dentistas por 10.000 habitantes	5,6
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes	ND
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	8,4
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	15,5
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	28,8
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	71,2
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0,0
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	7,3
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	74,7
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	20,9
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	1.757
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	1.658
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	2.466
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	2.328

Fuente:

1. Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Encuesta Nacional de Salud. Año 2006.

2. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database.

Población que dispone de cobertura sanitaria pública, por grupo de edad. Cifras relativas (porcentaje)			
Grupo de Edad	Ambos sexos	Varones	Mujeres
Total	98,3	98,0	98,6
De 0 a 4 años	98,5	98,6	98,5
De 5 a 15 años	99,0	98,8	99,2
De 16 a 24 años	97,7	97,4	98,2
De 25 a 34 años	97,6	96,9	98,4
De 35 a 44 años	98,1	97,5	98,6
De 45 a 54 años	98,7	98,7	98,8
De 55 a 64 años	98,3	98,6	98,0
De 65 a 74 años	98,5	98,5	98,5
De 75 y más años	99,1	98,9	99,3

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo e INE. Encuesta Nacional de Salud. Año 2006.



11.4. Servicios Sociales

11.4.1 Marco institucional

En España, la Constitución de 1978 marcó el inicio de un nuevo modelo social en el marco de los Servicios Sociales y el Bienestar Social. Los Servicios Sociales quedaron descentralizados a través del proceso de transferencia de competencias de la Administración Central a las Administraciones Autonómicas. Actualmente, los Servicios Sociales son gestionados por las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales (Ayuntamientos). A nivel estatal, la coordinación de la política de mayores está encomendada al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, a través de la Secretaría General de Política Social y Consumo, de la que depende el Instituto de Mayores y de Servicios Sociales (IMSERSO).

La *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, LAPAD*, reconoce una serie de servicios y prestaciones para aquellas personas que se encuentran en una situación de dependencia, una parte muy importante de las cuales son adultos mayores. La adscripción de esos servicios y prestaciones, que constituyen un derecho subjetivo para las personas que han sido declaradas en situación de dependencia, se realiza mediante un **Programa Individual de Atención (PIA)**, que se elabora en función de la valoración obtenida por los Servicios Sociales, y donde se determinan las modalidades de atención más adecuadas a las necesidades de cada persona en situación de dependencia.

Las Comunidades Autónomas poseen las competencias de la planificación, ordenación, coordinación, dirección y gestión de los recursos integrados en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), creado por la LAPAD, junto a las Entidades Locales, que tienen un importante papel en la gestión de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia. La Administración General del Estado participa aportando financiación y desarrolla funciones de coordinación e impulso, en el seno del Consejo Territorial del SAAD.

Desde la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales se promueven otros recursos y servicios específicos para los adultos mayores, dirigidos a promover el envejecimiento activo y a atender las necesidades de los adultos mayores no cubiertos por la LAPAD, como por ejemplo, los abonos y descuentos para el transporte público de los adultos mayores y los viajes turísticos de ocio.

11.4.2 Principales recursos y programas sociales

El principal programa de atención social del que se benefician los adultos mayores es el **Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)**, puesto en marcha en virtud de la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD). Es un programa de ámbito nacional, impulsado por la Administración General del Estado, las Administraciones de las Comunidades Autónomas y las Administraciones Locales,

La **atención de los mayores dependientes** en el marco del SAAD, al igual que la de las demás personas en situación de dependencia, se presta mediante la Red de centros y recursos de servicios sociales. La cartera integral e integrada de servicios garantiza la continuidad de los cuidados y promueve la permanencia de la persona adulta mayor en su entorno, siempre que sea posible:

- Teleasistencia.
- Ayuda a Domicilio: Atención de las necesidades del hogar y cuidados personales.

- Centros diurnos y nocturnos para adultos mayores.
- Servicio de Atención Residencial (Residencias, Hogares, Apartamentos Tutelados, Otros sistemas alternativos de alojamiento).
- Atención Sociosanitaria a situaciones de dependencia y promoción de autonomía personal.

Aunque la LAPAD prioriza la prestación de servicios, contempla también la posibilidad de otorgar prestaciones económicas a las personas en situación de dependencia, bien para posibilitar que las personas contraten en la red privada los servicios que necesitan cuando no hay disponibilidad de prestación a través de la red pública de servicios sociales, bien para compensar la dedicación de cuidadores familiares. Las prestaciones económicas previstas en la LAPAD son las siguientes:

- Prestación económica vinculada al servicio.
- Prestación económica por cuidados en el medio familiar.
- Prestación económica de asistencia personal.

Con anterioridad a la puesta en marcha del SAAD, las Comunidades Autónomas y las Administraciones Locales habían desarrollado una amplia red de servicios sociales para mayores, cuyos recursos típicos son los clubes de mayores, los centros de día, los centros residenciales y los programas de teleasistencia, ayuda a domicilio y envejecimiento activo. A través de esta red se atienden las necesidades de las personas mayores, tanto si se encuentran en una situación de dependencia protegida por la LAPAD (en cuyo caso la financiación de los recursos se integra en el marco del SAAD) como si no.

El IMSERSO desarrolla una serie de programas dirigidos a las personas mayores, entre los que destacan los siguientes:

- **Programa de Vacaciones para Mayores**, en el que el IMSERSO, dentro de su política de envejecimiento activo, promueve un Programa Social de vacaciones destinadas a personas mayores, con el objetivo de facilitar la incorporación de este colectivo a las corrientes turísticas. En este programa se incluye el viaje de ida y vuelta, el alojamiento, póliza de seguros, servicios médicos y actividades de animación.
- **Programa de Termalismo Social**, que proporciona a los adultos mayores, que por prescripción facultativa precisen los tratamientos que se prestan en los balnearios y que reúnan determinados requisitos, el acceso a precios reducidos a estos establecimientos.
- **Programa “Cerca de Ti”**, que tiene como objetivo facilitar las mejores respuestas posibles al problema de la soledad de las personas mayores mediante diversas actuaciones. Por ello, dentro del Programa, son muy importantes aquellas actuaciones que pretenden incrementar el conocimiento de las situaciones de soledad, que faciliten una mejor intervención ante esas situaciones.
- **Portal Enclaverural** se constituye como un espacio público, gratuito, abierto y solidario que recoge intervenciones rurales en el ámbito del envejecimiento, la discapacidad y los servicios de proximidad, con el fin de darlos a conocer para que puedan hacerse visibles y ser replicados en otros enclaves rurales.



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

- **Centros de Referencia Estatal**, que son recursos de servicios sociales creados por el Estado para la promoción y desarrollo de entornos tecnológicos, programas y servicios de alta especialización en la atención a personas en situación o en riesgo de dependencia. Además de prestar servicios directos a los usuarios (asistencia personal, manutención y alojamiento, rehabilitación médico-funcional, psicosocial, apoyo familiar, reinserción social, readaptación al entorno comunitario, etc.), desarrollan una importante labor referencial (difusión de conocimientos, investigación, desarrollo e innovación de métodos y técnicas de intervención, formación de profesionales y asesoría técnica a entidades del sector). Los centros de referencia actualmente existentes son los siguientes.
 - Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral (CEADAC), ubicado en Madrid.

 - Centro de Referencia Estatal de Atención Sociosanitaria a Personas con Enfermedad de Alzheimer y Otras Demencias, ubicado en Salamanca.

 - Centro de Referencia Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas (CEAPAT), cuya sede principal está ubicada en Madrid, y que cuenta con delegaciones en Albacete, Lardero (La Rioja), Salamanca y San Fernando (Cádiz).

 - Centro de Referencia Estatal para la Atención a Personas con Grave Discapacidad y Dependencia, ubicado en San Andrés de Rabanedo (León).

 - Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedades Raras y sus Familias, ubicado en Burgos.

En fase de construcción o de redacción de proyecto se encuentran los siguientes Centros de Referencia Estatal:

- Centro de Referencia Estatal de Buenas Prácticas para Personas Mayores Dependientes de León.

- Centro de Referencia Estatal de Atención Sociosanitaria a Personas con Trastorno Mental Grave de Valencia.

- Centro de Día de Referencia Estatal para Personas Mayores en Situación de Dependencia de Soria.

- Centro de Referencia Estatal para personas con Discapacidades Neurológicas Stephen Hawking de Langreo (Asturias).

- Centro de Referencia Estatal de atención a personas con enfermedad de Parkinson de Cartagena (Murcia).

- Centro de Referencia Estatal de Atención al Daño Cerebral de Sevilla
- Centro de Referencia Estatal para la Promoción de la Vida Independiente de Olivenza (Badajoz)

Por otra parte, la Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA), organismo privado que engloba a entidades sin ánimo de lucro, promueve una serie de recursos y programas dirigidos a los adultos mayores:

- Programa “Desatar al Anciano y al Enfermo de Alzheimer”, encaminado a conseguir que las personas mayores y Enfermos de Alzheimer vivan libres de restricciones de cualquier tipo y, en cualquier lugar o momento.
- Proyecto “Madurez Vital” con el objetivo de promover el voluntariado activo entre las personas mayores a partir de unas pautas necesarias para llegar a ser personas activas.
- Programa de Alfabetización Digital, para facilitar a los mayores el acceso a las nuevas tecnologías y a las nuevas formas de comunicación e información.
- Ciclo de Conferencias de diferentes temáticas que fomenta la participación y la formación de los adultos mayores.
- Curso de Comunicación “Cómo hablar siempre con eficacia”, con el objetivo de preparar y motivar a los adultos mayores en la participación en el movimiento asociativo.

Además, son muchas las fundaciones y asociaciones que desarrollan actuaciones dirigidas a promover el envejecimiento activo y a atender las necesidades sociales de las personas mayores. Las empresas privadas también abordan este tipo de actuaciones dentro de sus programas de responsabilidad corporativa.

11.4.2.1 Red de recursos sociosanitarios y de apoyo social

La red de recursos para la atención de las necesidades de las personas mayores ha experimentado un fuerte desarrollo en los últimos años. Según el informe “Las Personas Mayores en España, 2008”, elaborado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), los principales servicios sociales disponibles para el grupo de personas mayores son los siguientes:

- Servicios públicos de **atención a domicilio**: ayuda a domicilio (SAD), teleasistencia y otros servicios de atención a domicilio.
- Servicios, públicos y privados, de **atención diurna**: hogares y clubes para personas mayores y centros de día para personas mayores dependientes.
- Servicios, públicos y privados, de **atención residencial**: centros residenciales, viviendas tuteladas, acogimiento familiar y apartamentos residenciales.



Los servicios públicos de atención domiciliaria atendieron en 2008 a un total de 753.995 personas mayores, el 9,4% de la población de 65 y más años. De este total, 358.078 usuarios corresponden al SAD y 395.917 fueron atendidos a través del servicio de teleasistencia domiciliaria.

Los servicios de atención diurna comprenden los Hogares y Clubes para personas mayores, con un total de 3.562.576 asociados, y los Centros de Día para personas mayores dependientes, con una oferta de 63.446 plazas, públicas y privadas, distribuidas entre 2.258 centros.

La oferta de servicios de atención residencial existente en 2008 se traduce en 339.079 plazas públicas y privadas, de la cuales el 97% (329.311) son plazas distribuidas entre 5.091 centros residenciales, y las restantes 9.768, son plazas disponibles en sistemas alternativos de alojamiento (viviendas tuteladas principalmente o acogimiento familiar y apartamentos residenciales). Del conjunto de plazas en centros residenciales, 199.304 (un 72,24% del total) son plazas para personas mayores dependientes. La dotación para estancias temporales en residencias se oferta en 724 centros que disponen de este servicio y tienen un total de 4.561 plazas. La cobertura de los servicios de atención residencial se sitúa en el 4,4% de la población de 65 y más años.

La financiación de los servicios sociales se realiza aplicando el principio de corresponsabilidad, de forma que existe una aportación de fondos públicos y una aportación del usuario (copago) diferente, según el tipo de servicio y competencia territorial donde se preste el servicio.

La oferta de servicios sociales dirigidos a personas mayores ha seguido una evolución creciente en respuesta a la mayor demanda de los mismos. Entre 2002 y 2008 el número de usuarios del SAD ha aumentado en 160.772 usuarios más; los usuarios atendidos por el servicio de teleasistencia se han multiplicado más de tres veces, con un incremento de 291.604 usuarios entre 2002 y 2008. En cuanto a las plazas en centros de día también se han triplicado, aumentando en 44.627 plazas, y se han creado casi 90.000 plazas nuevas en centros residenciales.





12

Guatemala

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



12.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población guatemalteca asciende a 14.376.054 habitantes. Al atender a la edad, destaca el porcentaje de la población menor de 15 años que se sitúa en el 41,5%. Por otro lado, la población de 65 años y más tan sólo representa el 4,4% del conjunto poblacional. Se prevé que para el año 2050 este porcentaje sea del 9,26%.

Guatemala. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	7.006.161	7.369.893	14.376.054
65 - 69	103.374	111.117	214.491
70 - 74	81.761	88.265	170.026
75 - 79	60.222	68.767	128.989
80 - 84	35.087	42.455	77.542
85 y más	18.516	25.796	44.312
Total 65 años y más	298.960	336.400	635.360
Proporción sobre la población total %	4,3%	4,6%	4,4%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Este aumento proporcional de los adultos mayores se entiende al observar el comportamiento inverso de las tasas de crecimiento de la población infantil y de la población mayor. Así, se calcula que mientras la población de 0 a 14 años crecerá durante el primer cuarto de siglo a un ritmo de 9,8 por mil, la tasa de crecimiento de los adultos mayores será, para este mismo período, de 32,6 por mil.

Guatemala. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida al nacer	67,9	75
Esperanza de vida a los 65 años	16,6	18,4
Esperanza de vida a los 80 años	7,38	8,5

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los siguientes indicadores muestran el envejecimiento incipiente de la población guatemalteca. Así, el índice de envejecimiento muestra que en el año 2010 se cuentan 22 adultos mayores por cada 100 niños. El índice de masculinidad se sitúa en 115 mujeres por cada 100 varones para este mismo año. Por otro lado, el índice de dependencia se sitúa en 8 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. Y la edad media de la población en 18,6 años.

Guatemala. Indicadores de envejecimiento. 2010	
Índices de envejecimiento	11
Índice de masculinidad	113
Índices de dependencia	8
Edad media de la población (2009)*	18,6

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

12.2. Sistema de Pensiones

12.2.1 Descripción

El 30 de Octubre de 1946, el Congreso de la República de Guatemala, emite el Decreto número 295, "LA LEY ORGANICA DEL INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL". Se crea así el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social "*Una Institución autónoma, de derecho público de personería jurídica propia y plena capacidad para adquirir derechos y contraer obligaciones, cuya finalidad es aplicar en beneficio del pueblo de Guatemala, un Régimen Nacional, Unitario y Obligatorio de Seguridad Social, de conformidad con el sistema de protección mínima*".

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social cumple dos funciones esenciales:

1. **Atención médica:** mecanismo de protección a la vida, que tiene como fin fundamental la prestación de los servicios médico-hospitalarios para conservar, prevenir o restablecer la salud de sus afiliados, por medio de una valoración profesional, que comprende desde el diagnóstico del paciente hasta la aplicación del tratamiento requerido para su reestablecimiento.
2. **Previsión social:** consiste en proteger a sus afiliados de aquellos riesgos que los privan de la capacidad de ganarse la vida, cualesquiera que sea el origen de tal incapacidad (maternidad, enfermedad, invalidez, vejez, entre otros); o, en amparar a determinados familiares, en caso de muerte de la persona que velaba por su subsistencia.

12.2.1.1 Prestaciones del sistema

Dentro de las diferentes prestaciones del sistema, se encuentran las prestaciones de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes a las que tendrían derecho todos los asalariados, incluyendo trabajadores agrícolas y algunos empleados públicos, y aquellos trabajadores independientes con afiliación voluntaria al Régimen del Seguro Social. Otros empleados públicos están afiliados a un Régimen especial.

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) es el seguro que garantiza la pensión a todos los afiliados al Sistema de Seguridad Social, cuando han cumplido con los requisitos y condiciones que la Ley de Seguridad Social y su Reglamento General establecen para el Retiro (vejez) o bien ante una invalidez parcial o total o en caso de muerte.

El programa IVS, se inició el 1 de marzo de 1977, por lo que es a partir de esa fecha que se determina el número de contribuciones que debe tener un afiliado para el beneficio de una pen-



sión. El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) le cancela a sus pensionados 12 mensualidades al año, además en el mes de diciembre se otorga un aguinaldo igual al 100% de sus pensiones y un bono navideño equivalente a 500,00 quetzales por caso. La única obligación que tiene el pensionado con el IGSS es presentar una vez al año, durante todo el mes de junio su Acta Anual de Supervivencia.

Desde septiembre de 2007, una pensión de suma fija con requisito de ingresos es pagadera a todas las personas de 65 años o más que cumplan con los requisitos. La pensión será administrada por el Ministerio de Trabajo y Previsión Social y será financiada por las cotizaciones de los empleados, empleadores y el Gobierno.

Pensión de vejez

Tienen derecho a esta prestación aquellos afiliados con 60 años de edad y al menos 180 meses de cotización. Si el asegurado no cumple con las condiciones de adquisición de derechos a la pensión, tampoco tendrá derecho a otras prestaciones.

La pensión es del 50% del promedio de los ingresos en los últimos 60 meses, más un aumento del 0,5% de la renumeración base por cada 6 meses de cotización que superen los 120 meses de cotización.

En Guatemala, no existen la **Pensión anticipada** ni la **Pensión diferida**.

Los **Suplementos por personas a cargo** suponen un 10% de la pensión para la esposa o compañera, el cónyuge inválido y para cada hijo menor de 18 años de edad o inválido, para la madre o padre que no sea pensionista por derecho propio en este programa y dependa económicamente del asegurado.

La pensión mínima, incluyendo suplementos, es de 340 quetzales mensuales y la máxima, incluyendo suplementos, es de 4.800 quetzales mensuales. La pensión máxima familiar puede alcanzar un 80% de los ingresos del asegurado, es decir hasta 6.000 quetzales. La pensión no es pagadera en el exterior.

La periodicidad de pagos de la pensión de vejez es de 12 pagos al año. Las pensiones se ajustan cada tres años en función de las evaluaciones actuariales.

Pensión de invalidez

Para acceder a este tipo de prestación, se requiere ser declarado inválido y tener acreditados 36 meses de cotización en los 6 años inmediatamente anteriores al primer día de invalidez, si es menor de 45 años de edad; o 60 meses de cotización en los 9 años inmediatamente anteriores al primer día de invalidez, si tiene entre 45 y 54 años de edad; o 120 meses de cotización en los 12 años inmediatamente anteriores al primer día de invalidez, si tiene 55 años de edad.

Se reconocen dos grados: Invalidez Total y Gran Invalidez. En la Invalidez Total se da una pérdida de al menos 2/3 de la capacidad de ingresos y en la Gran Invalidez, una pérdida total de la capacidad de obtener ingresos y se necesita la ayuda permanente de otra persona para efectuar los actos de la vida cotidiana.

La **Pensión de Invalidez Total** supone el 50% del ingreso promedio de los últimos 36 meses, más un aumento del 0,5% de la renumeración base por cada 6 meses de cotización que superen los 120 meses de cotización. Si el asegurado trabajó menos de 36 meses, percibirá una pensión equivalente a 50% del promedio de los ingresos del total de meses trabajados.

Los **Suplementos por personas a cargo** suponen un 10% de la pensión para la cónyuge o compañera, el cónyuge inválido y para cada hijo menor de 18 años o inválido, para la madre o padre inválido que dependa económicamente del asegurado. El **Suplemento por asistencia permanente** supone un 25% de la pensión de invalidez por una invalidez severa.

La pensión mínima, incluyendo suplementos, es de 340 quetzales mensuales y la máxima, incluyendo suplementos, es de 4.800 quetzales mensuales. La pensión no es pagadera en el exterior. La periodicidad de pagos es de 12 pagos al año. Las pensiones se ajustan cada tres años en función de las evaluaciones actuariales.

Pensiones de sobrevivientes

Se puede acceder a esta prestación cuando el difunto tenía acreditados por lo menos 36 meses de cotización durante los últimos 6 años, y si el difunto reunía las condiciones de cotización para adquirir la pensión de vejez, o era pensionista de vejez o invalidez al fallecer.

La pensión para el cónyuge es del 50% de la pensión de invalidez total o de vejez pagada o pagadera al asegurado. La pensión mínima es de 170 quetzales mensuales. La pensión cesa en caso de nuevo matrimonio y una asignación de matrimonio es pagadera.

La **Asignación de matrimonio** supone una suma fija equivalente a 12 meses de pensión.

La **Pensión de huérfanos** supone un 25% de la pensión del asegurado por cada huérfano menor de 18 años (sin límite de edad si es inválido), o el 50% por cada huérfano de padre y madre. La pensión mínima es de 85 quetzales mensuales o 170 quetzales mensuales para huérfanos de padre y madre.

La **Pensión de padres** supone un 25% de la pensión cada uno. La pensión mínima es de 85 quetzales mensuales.

La **Asignación de sepelio** supone hasta 10% de los ingresos básicos mensuales del fallecido es pagado a la persona que corrió los gastos.

La pensión máxima de sobrevivientes es del 100% de la pensión del fallecido. El monto de la suma de prestaciones mínimas de sobreviviente no puede ser mayor de 340 quetzales al mes.

La periodicidad de pago es de 12 pagos al año. Todas estas prestaciones se ajustan cada tres años en función de las evaluaciones actuariales.

12.2.1.2 Programa del Adulto Mayor

El programa de aporte económico a los adultos mayores consiste en un aporte económico mensual personal e intransferible por parte del Estado y cuyo monto será equivalente al 40% del salario mínimo establecido para los trabajadores del sector agrícola. El monto del aporte económico no estará sujeto a gravamen o deducción alguna, y se hará efectivo a través del Ministerio de Finanzas Públicas, quien situará el fondo al Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

12.2.2 Cobertura e intensidad de protección

De acuerdo con los datos del Ministerio de Trabajo, en el año 2008 el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) registraba 135.115 pensiones vigentes. De éstas, el 52% correspondían a pensiones por supervivencia. Las de vejez suponían el 39% y las de invalidez el 8%.



Guatemala. Número de pensiones vigentes del Programa de Invalidez, vejez y sobrevivencia, al 31 de diciembre de 2008

Categoría del Beneficiario	Número	Monto ⁽²⁾ Quetzales	Haber medio
Total	135.115	73.887.602	546,85
Invalidez ⁽¹⁾	11.461	8.068.776	704,02
Vejez ⁽¹⁾	53.306	47.286.651	887,08
Sobrevivientes	70.348	18.532.175	263,44
Esposas	25.652	9.012.288	351,33
Compañeras	13.566	3.752.096	276,58
Hijos	20.986	3.693.347	175,99
Padres	10.144	2.128.444	209,82

1. El monto de la Pensión incluye asignaciones familiares.

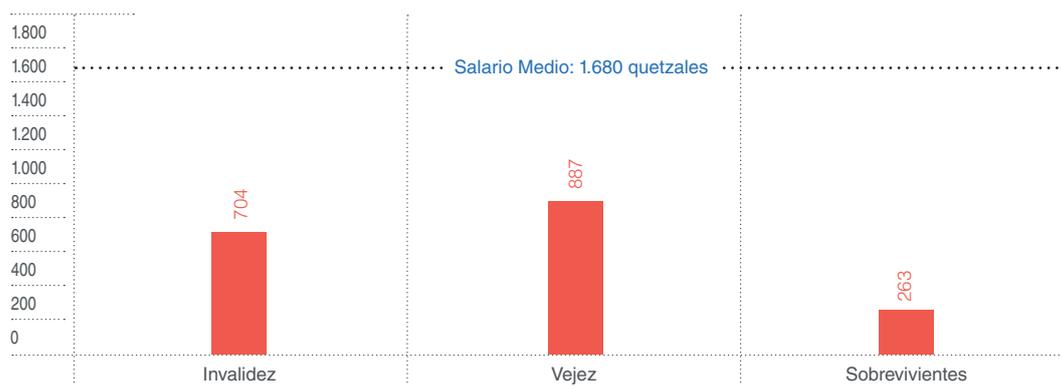
2. No incluye bono navideño.

Fuente: Boletín Pensiones, 2008. Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

En el 2008, el haber medio mensual de las pensiones del IGSS se situaba en los 546,85 Quetzales, lo cual representaba la tercera parte del salario mínimo vigente en el mismo año. Por tipo de pensión, la proporción del haber medio respecto al salario mínimo es la siguiente:

- Pensión de invalidez. Haber medio de 704,02 Quetzales (42% del salario mínimo).
- Pensión de vejez. Haber medio de 887,08 Quetzales (53% del salario mínimo).
- Pensión de supervivencia. Haber medio 263,44 Quetzales, (16% del salario mínimo).

Guatemala. Haber medio de las pensiones, por tipo, en relación con el Salario medio. 2008.



Fuente: Boletín Pensiones, 2008. Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

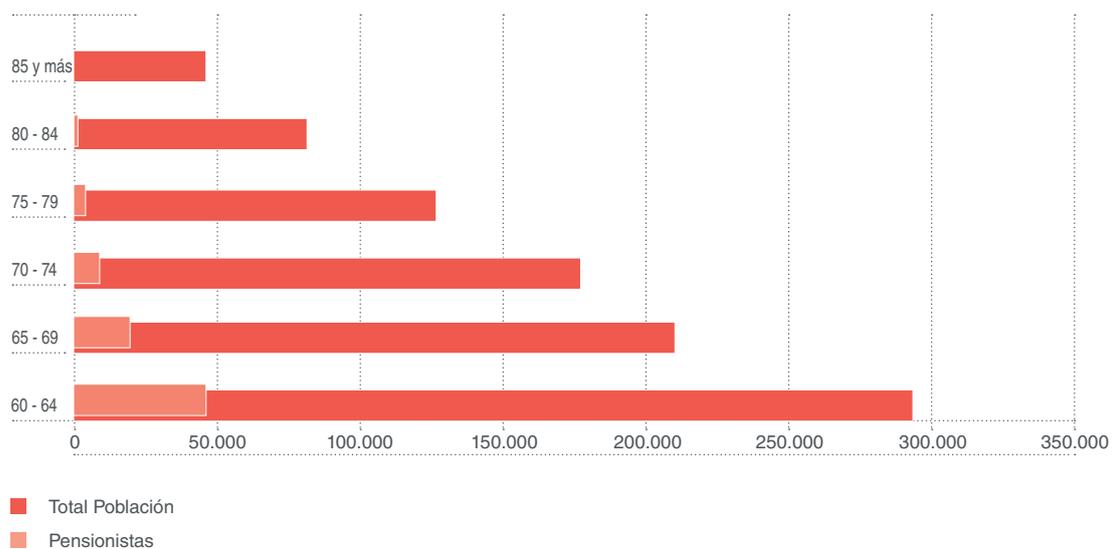
En total, 70.158 personas de 60 años y más reciben pensiones. Esto supone una cobertura de sólo el 7,6% de la población guatemalteca de 60 y más años.

Guatemala. Número de pensiones vigentes de la población de 60 años y más. Diciembre 2008

Grupo de edad	Total	Invalidez	Vejez	Sobrevivientes
Total	135.055	11.461	53.306	70.348
De 60 a 64 años	43.743	951	37.589	5.203
De 65 a 69 años	15.033	120	10.644	4.269
De 70 a 74 años	6.575	86	3.392	3.097
De 75 a 79 años	3.167	45	1.204	1.918
De 80 a 84 años	1.210	16	363	831
De 85 ó más	430	5	114	311
Total personas de 60 años y más	70.158	1.223	53.306	15.629
Resto	64.897	10.238	0	54.719

Fuente: Boletín Pensiones, 2008. Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Guatemala. Cobertura de las pensiones en población de 60 y más años, por grupo de edad. Diciembre de 2008.



Fuente: Boletín Pensiones, 2008. Ministerio de Trabajo y Previsión Social.

Programa del Adulto Mayor

De acuerdo con los datos del Ministerio de Trabajo, en el año 2008 el número de personas beneficiadas por el Programa del Adulto Mayor ascendía a 59.381. El 52% de los beneficiados son mujeres frente al 48% de los varones.

Guatemala. Personas Beneficiadas por Genero del Programa del Adulto Mayor del Ministerio de Trabajo y Previsión Social, Periodo 2008

Hombres	Mujeres	Total
28.330	31.051	59.381

Fuente: Programa del Adulto Mayor, Dirección General de Previsión Social, Año 2008. Ministerio de Trabajo y Previsión Social.



12.3. Sistema de Salud

La Constitución y el Código de Salud de la República de Guatemala estipulan que toda la población debe estar cubierta por el subsector público. Los principales proveedores son el Ministerio de Salud y los municipios (que cubren a la población pobre o de muy bajo ingreso, también a través de fondos sociales contra la pobreza y ONGs). Además, la sanidad militar que cubre a las fuerzas armadas y sus dependientes, y el Ministerio de Gobernación que cubre a sus empleados, la policía y sus respectivos dependientes

El **seguro social** (IGSS) cubre a los trabajadores formales, básicamente urbanos de ingreso medio (aunque no está implantado en todos los departamentos del país), a los jubilados y pensionados del IGSS, y a la esposa/compañera del asegurado y sus hijos menores de 5 años. Los trabajadores independientes, servidores domésticos, empleados en microempresas y trabajadores familiares no remunerados están excluidos legal y prácticamente de la cobertura.

El **subsector privado** incluye diversos tipos de proveedores que cubren a grupos diferenciados por ingreso:

- Proveedores sin ánimo de lucro, que proveen un paquete básico a la población pobre en zonas rurales e indígenas (a través de convenios con el ministerio).
- Proveedores con ánimo de lucro, como hospitales, clínicas y consultorios privados, así como seguros médicos o medicina prepaga, que atienden a la población de más alto ingreso.
- La medicina tradicional (curanderos, comadronas), especialmente en el área rural, que dan servicios a la población pobre.

Uno de los objetivos de la reforma del año 2004 fue extender la cobertura de los servicios de salud focalizándola en la población sin acceso a la misma.

12.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

- Programa de Atención Primaria.
- Programa de Atención Especializada (Enfermedades) basado en Consultas clínicas externas y en las especialidades de Cirugía, Traumatología y Ortopedia, Medicina Interna, Medicina Física, Gastroenterología, Hematología-Oncología, Neurología, Cardiología, Dermatología, Endocrinología, Reumatología, Odontología, etc.
- Programa de Atención Materno-Infantil, que incluye los siguientes servicios:
 - Encamamiento.
 - Consulta externa de Ginecología.
 - Consulta externa de Obstetricia.
 - Control prenatal.
 - Servicio de Labor y Parto.

- Quirófanos.
- Servicio de Neonatología.
- Servicios de diagnóstico: pruebas de ultrasonido obstétrico y de bienestar fetal, de rayos X y de laboratorio.
- **Programa de Accidentes**, que incluye los siguientes servicios:
 - Un Programa de reemplazos articulares de cadera y rodilla.
 - Servicio de pacientes quemados.
 - Servicio de Cirugía de Mano.
 - Servicio de Cirugía de Columna.
 - Servicio de Maxilo-Facial.
 - Servicio de Intensivo.
 - Servicio de Laboratorios.
 - Servicio de Rayos X y Ultrasonido.
- **Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles**

Desde el **Programa del Adulto de Mayor** de Guatemala se contemplan actividades destinadas a paliar las enfermedades crónicas vinculadas a la vejez, aspectos relacionados con la actividad física, hábitos alimenticios saludables, prevención del consumo de tabaco y alcohol y prevención del estrés. Por otra parte, se pueden destacar algunos servicios y programas de salud relacionados con el ámbito de los adultos mayores:

- Programa de Prevención de Diabetes.
- Programa de Prevención de la Hipertensión.



12.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Guatemala	
Cobertura (2004)⁽¹⁾	
Población cubierta %	89,60
Población sin cobertura %	10,40
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2007)	7
Número de médicos por 10.000 habitantes (1999)	9
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (1999)	41
Número de dentistas por 10.000 habitantes (1999)	2
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes	ND
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.8
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	12.3
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	71.3
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	28.7
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	1.3
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	54.3
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	92.5
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	4.4
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	84
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	45
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	292
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	157

Fuente:

1. OPS/OMS. *Perfil del Sistema de Salud de Guatemala. 2007.*

2. OMS. *The Global Health Observatory (GHO) Database.*

12.4. Servicios Sociales

12.4.1 Marco institucional

Las instituciones y asociaciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Guatemala son las siguientes:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Defensoría del Adulto Mayor.
- Consejo Nacional para la Protección a las Personas de la Tercera Edad. Este Consejo se encuentra adscrito a la Vicepresidencia de la República en forma ad honorem, y en él están representados:
 - La Vicepresidencia de la República.
 - El Viceministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
 - El Viceministerio de Trabajo y Previsión Social.
 - El Comité Nacional de Protección para la Vejez.
 - El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
 - Un representante de la Federación de Jubilados electo por su Asamblea General.
 - Un Representante de la Asamblea de Presidentes de los Colegios Profesionales.
 - El Comité de Asociación Agrícolas, Comerciales, Industriales y Financieras (CACIF).
 - La Procuraduría de los Derechos Humanos.



12.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Guatemala se detallan brevemente a continuación:

- **Atención Residencial** (Residencias, Albergues, Hogares y Asilos) para adultos mayores en situación de abandono.
- **Programas** (públicos o privados) de vivienda adaptada a las condiciones físicas de los senescentes.
- Oficina Municipal del Adulto Mayor de la Ciudad de Guatemala que brinda a los adultos mayores un grado de bienestar integral para una mejor calidad de vida.
- Programa de Turismo para Todos.
- Programas de recreación para adultos mayores.
- Rebaja en los cobros por consumos de servicios básicos.
- **Exoneración de la tasa municipal** para Adultos Mayores en la Ciudad de Guatemala.
- Programa de transporte gratuito para los adultos mayores.
- Programa de Capacitación de la profesión de cuidado del adulto mayor en Universidades.





13

Honduras

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



13.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población guatemalteca asciende a 7.621.106 habitantes. . Al considerar la distribución poblacional según la edad, destaca el porcentaje de la población menor de 15 años que se sitúa en el 36,8%. Por otro lado, la población de 65 años y más tan sólo representa el 4,3% del conjunto poblacional. Sin embargo, las previsiones apuntan que para el año 2050 el porcentaje de adultos mayores será del 12,51% mientras que la población infantil reducirá su porcentaje hasta alcanzar el 19,59%.

Honduras. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	3.809.862	3.811.244	7.621.106
65 - 69	52.945	55.097	108.042
70 - 74	41.340	44.304	85.644
75 - 79	30.267	34.552	64.819
80 - 84	17.676	22.778	40.454
85 y más	11.302	17.638	28.940
Total 65 años y más	153.530	174.369	327.899
Proporción sobre la población total %	4,0%	4,6%	4,3%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Este cambio en la estructura poblacional del país se explica, junto con la tendencia descendente de las tasas de mortalidad y fecundidad, por el aumento de la esperanza de vida. En el caso de Honduras esta variable ha pasado de los 54,1 años en el lustro 1970-1975 a los 73,1 años en el período 2010-2015. Al considerar esta variable según el sexo, se observa que la expectativa vital al nacer de las mujeres es en promedio 5 años más alta que la de los varones. Esta diferencia entre mujeres y varones se mantiene al considerar la esperanza de vida a los 65 años y a los 80 años, según se muestra en la siguiente tabla.

Honduras. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	70,7	75,6
Esperanza de vida a los 65 años	16,7	19,2
Esperanza de vida a los 80 años	7,7	9,0

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los indicadores de envejecimiento del 2010 para Honduras, presentan el perfil de un país todavía joven. Así, el índice de envejecimiento se sitúa en 12 adultos mayores por cada 100 niños. El índice de masculinidad se cifra en 188 mujeres por cada 100 varones para este mismo año. Por otro lado, el índice de dependencia se sitúa en 7 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. Y la edad media de la población en 18,6 años.

Honduras. Indicadores de envejecimiento. 2010	
Índices de envejecimiento	12
Índice de masculinidad	188
Índices de dependencia	7
Promedio de edad de la población (2009) *	20,6

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

13.2. Sistema de Pensiones

13.2.1 Descripción

En Honduras la administración del seguro social se encuentra a cargo del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Creado mediante el Decreto n° 140, del 22 de mayo de 1959, el Instituto surgió como una entidad autónoma, con personalidad jurídica y patrimonio propio, distinto e independiente de la hacienda nacional. Desde su creación le fue asignada la responsabilidad de orientar, dirigir, prestar y administrar los servicios de seguridad Social a la población trabajadora de Honduras, basándose para ello en el marco normativo creado a partir de la Constitución del país. El Estado, los patronos y los trabajadores están obligados a contribuir al financiamiento, mejoramiento y expansión de la Seguridad Social.

En el año 1971, se implementa la legislación del año 59 a través del Decreto N° 193 del 17 de diciembre de ese mismo año.

A partir del IHSS, se instaura el Seguro de carácter obligatorio para todos los empleadores y trabajadores de Honduras, sean de empresas nacionales o extranjeras. En primer lugar, se estableció la protección en el ámbito de las contingencias de enfermedad y maternidad, luego, en el ámbito de las pensiones de invalidez, vejez y muerte, y por último, en la protección de los trabajadores hondureños.

13.2.1.1 Prestaciones

Dentro de las diferentes prestaciones del sistema, se encuentran las prestaciones de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes a las que tendrían derecho los asalariados de empresas privadas y públicas en regiones específicas. El campo de aplicación se está extendiendo progresivamente a otras zonas geográficas.

El Personal doméstico, trabajadores ocasionales y ciertos trabajadores agrícolas quedan excluidos del Régimen de Seguro Social.

Dentro del proceso de modernización del IHSS, y ante la necesidad de crear una entidad especializada en el manejo de procesos relacionados con la prestación de servicios sociales y económicas, se instauró la Gerencia del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) con la misión de otorgar prestaciones económicas en los casos de jubilación, incapacidad física temporal o permanente, o muerte a los afiliados al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, que consiste en el otorgamiento de servicios y beneficios complementarios para mejorar la calidad de vida del adulto mayor y realizar la administración eficiente de las inversiones para garantizar la continuidad económica y financiera al Régimen.



Los ingresos mínimos mensuales considerados para realizar cotizaciones son de 144 lempiras y los ingresos máximos mensuales son de 4.800 lempiras.

Pensión de vejez

Tienen derecho a esta pensión aquellos afiliados con 65 años de edad (hombres) o 60 años (mujeres) con 180 meses de cotización. Asimismo, es necesario el cese del empleo.

La pensión es del 40% del salario base mensual, más un incremento del 1% de los ingresos por cada período de 12 meses de cotización que supere los 60 meses. El salario base mensual considerado para el cálculo de las prestaciones es igual a 1/36 o 1/60 de los ingresos del asegurado en los últimos 3 ó 5 años, el que sea mayor.

La pensión mínima es del 50% del salario base mensual y la máxima es del 80% del salario base mensual. Si el asegurado no tiene derecho a pensión, las cotizaciones son reembolsadas mediante la **prestación por vejez**.

La **Pensión diferida** supone un aumento del 3% del salario mensual base por cada año de cotización después de los 65 años de edad (hombre) o 60 años (mujeres).

Pensión de invalidez

La invalidez supone una pérdida de 2/3 de la capacidad de ganancia en la profesión habitual. Para acceder a esta pensión es necesario tener un total de 36 meses de cotización durante los últimos 6 años u 8 meses en los últimos 24 meses en caso de accidentes no profesionales (en el momento de entrar en vigor el reglamento de aplicación -1971-, los hombres de 45 años de edad y las mujeres de 40 años o mayores, debían haber cotizado durante 5 años o 60 meses).

La prestación es del 40% del salario base mensual, más un incremento del 1% de los ingresos por cada período de 12 meses de cotización que supere los 60 meses. El salario base mensual considerado para el cálculo de las prestaciones es igual a 1/36 o 1/60 de los ingresos del asegurado en los últimos 3 o 5 años, el que sea mayor.

La pensión máxima es del 80% del salario base mensual. Si el asegurado no tiene derecho a pensión, las cotizaciones son reembolsadas mediante la **prestación por invalidez**.

Si el asegurado tiene un grado de invalidez superior al 50%, puede optar al **Subsidio por asistencia permanente**.

Pensión de sobrevivientes

El fallecido debía tener 36 meses de cotización durante los últimos 6 años cuando el fallecimiento se produce por enfermedad común u 8 meses de cotización en los últimos 24 meses en caso de fallecimiento por accidente común.

Los derechohabientes son la viuda, el viudo o conviviente de 65 años de edad o más o es inválido y huérfanos menores de 14 años de edad (18 años si son estudiantes y sin límite si son discapacitados). En ausencia de ellos, la madre de cualquier edad y el padre mayor de 65 años de edad o con discapacidad.

La prestación es del 40% de la pensión del fallecido o de la que éste hubiera tenido derecho. La pensión máxima de sobrevivientes es del 100% de la pensión del asegurado, distribuida de la

siguiente forma: 40% para la viuda, el viudo o conviviente y el 60% para hijos menores de 14 años de edad. La pensión cesa en caso de nuevo matrimonio.

La **Pensión de huérfanos** supone un 20% de la pensión del asegurado por cada huérfano o el 40% por cada huérfano de padre y madre. Por **Padres a cargo**, un 20% de la pensión para aquellos que tengan derecho.

En la prestación de **Asignación por matrimonio** la viuda o el viudo recibe una suma fija equivalente a 12 meses de pensión.

El **Subsidio de sepelio** supone un 50% del salario base mensual. El subsidio mínimo es de 250 lempiras con una cotización en los últimos 6 meses o 100 lempiras si el fallecido no es miembro de la familia.

13.2.2 Cobertura e intensidad de protección

De acuerdo con los datos proporcionados por el Instituto Hondureño de Seguridad Social, el número de jubilados y pensionados en el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte en 2010 asciende a 21.184 personas. Al atender a la distribución del número de pensionados según la causa, destaca el porcentaje de pensionados por vejez que representan el 60% de los beneficiarios de este Régimen. Respecto a la población de 65 años y más en Honduras, la cual asciende a 153.530 personas, el número de pensionados por vejez en el Régimen de IVM sólo alcanzaría el 8,23% de este grupo de edad.

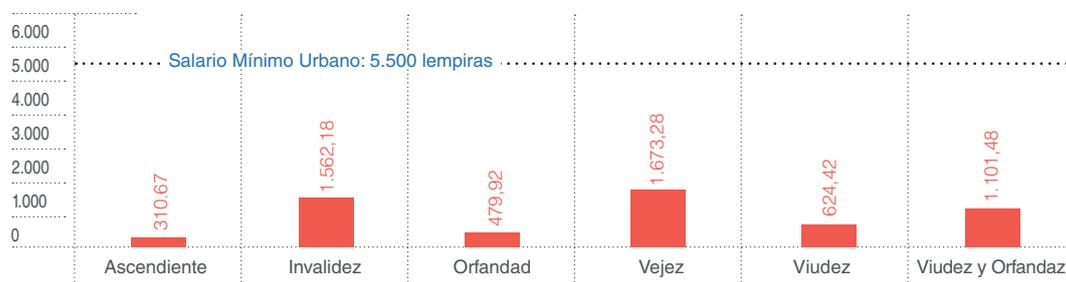
La pensión mínima por vejez en el año 2010 asciende a 735,39 lempiras; la máxima a 3.840 lempiras. El valor promedio se sitúa en 1.673,28 lempiras. En el año 2009, el salario mínimo era de 5.500 lempiras en ciudades y 4.055 lempiras en la zona rural. Al cierre de este informe no se había cerrado la negociación del salario mínimo para 2010.

Honduras. Jubilados y pensionados del Instituto Hondureño de Seguridad Social.
Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. 2010

Causa	Número de pensionados	Total Pagos en lempiras	Promedio	Mínima	Máxima
Ascendiente	397	123.336,49	310,67	300,00	768,00
Invalidez	2.072	3.236.835,04	1.562,18	1.500,00	3.840,00
Orfandad	398	191.010	479,92	366,38	3.840,00
Vejez	12.629	21.131.882,07	1.673,28	735,39	3.840,00
Viudez	5.151	3.216.388,54	624,42	600,00	1.536,00
Viudez y Orfandad	537	591.492,32	1.101,48	666,38	3.840,00

Fuente: Instituto Hondureño de Seguridad Social.

Honduras. Haber medio de las pensiones, por tipo, en relación con el Salario mínimo. 2010.



Fuente: Instituto Hondureño de Seguridad Social.

13.3. Sistema de Salud

El sistema de salud en Honduras está constituido básicamente por el sector público, compuesto por la Secretaría de Salud y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), y el sector no público o privado, con o sin fines de lucro.

El **subsector público** tiene la misión de proteger a la mayoría de la población más pobre y de bajo ingreso, no asegurada por los otros dos subsectores, pero no lo hace en la práctica. A la Secretaría de Salud (SS) le corresponde el rol rector y regulador del sector y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) se encarga de recaudar y administrar recursos fiscales y los provenientes de las cotizaciones obligatorias de trabajadores y empleadores. Están obligatoriamente cubiertos los asalariados formales en los subsectores privado y público, la cónyuge/compañera sólo en maternidad y puerperio (la reforma estipuló también la cobertura por enfermedad, pero pendiente de aprobación del reglamento), los hijos hasta los 11 años y los pensionados. Los trabajadores independientes, amas de casa y pequeños patronos pueden afiliarse de manera voluntaria pero poco efectiva. Están excluidos los servidores domésticos, trabajadores temporales, la mayoría de los trabajadores agrícolas y los familiares no remunerados, así como los hijos mayores de 11 años. Además, la cobertura del IHSS no alcanza a todos los departamentos del país.

El **subsector privado** asegura a una población muy pequeña de ingreso alto y mediano, parte de ella duplicando la del seguro social, y está conformado por instituciones con o sin fines de lucro.

El financiamiento de la salud proviene principalmente del gasto de bolsillo (54%), del tesoro nacional, de la cooperación internacional y en menor medida de las empresas.

13.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

Los programas y servicios generales de salud que se ofrecen desde el **Plan Nacional de Salud 2021**, fundamentalmente son:

- **Atención Primaria**, a través de los Centros de Salud. Centros de Salud Rural (CESAR) y los Centros de Salud con Médico y Odontólogo (CESAMO).
- **Atención Especializada**, a través de los diferentes Hospitales.

- **Programa de Atención Materno-Infantil**, desarrollado a través de las Clínicas Materno-Infantiles (CMI), e incluye el **Programa de Nutrición**.

- **Programa de Control de Enfermedades Transmisibles:**
 - Enfermedades prevenibles por vacunación, que cuenta con un programa específico (Programa Ampliado de Inmunizaciones -PAI-).

 - Enfermedades transmitidas por vectores: chagas, leishmaniasis, malaria y dengue, principalmente.

 - Tuberculosis.

 - Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH/SIDA.

- **Programa Nacional de Enfermedades Crónicas No Transmisibles**, que incluye la prevención de enfermedades crónicas degenerativas tales como las cardiovasculares, la diabetes y los tumores malignos, etc.

- **Programa de Salud Comunitaria**, que se lleva a cabo a través de las Unidades Comunitarias de Salud (UCOS).

- **Programa de Salud Mental**.

Desde el **Programa Nacional de Salud 2021** de Honduras se reconoce que la población de personas adultas mayores presenta una serie de necesidades y una mayor demanda de servicios. Por ello, una de las medidas del Programa es mejorar la atención al Adulto Mayor, con el objetivo de disminuir los factores de riesgo en los grupos específicos de mayor vulnerabilidad. El IHSS abrió el primer **Centro Integral del Adulto Mayor** en Tegucigalpa, donde se atiende las necesidades específicas de los mayores adultos de la ciudad.



13.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Honduras	
Cobertura (2004)⁽¹⁾	
Población cubierta %	30,1
Población sin cobertura %	69,9
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2002)	10
Número de médicos por 10.000 habitantes (2000)	5,7
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2000)	13,2
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2000)	2,1
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes (2000)	1,4
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	6,4
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	15,0
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	52,2
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	47,8
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	5,4
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	15,8
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	87,1
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	7,3
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	108
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	47
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	226
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	99

Fuente:

1. Organización Panamericana de la Salud. Nota de información sobre Honduras (Resumen), 2006.

2. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database.

13.4. Servicios Sociales

13.4.1 Marco institucional

Las instituciones y asociaciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Honduras son las siguientes:

- Gobierno de Honduras.
- Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS).
- Instituto Hondureño de Jubilaciones y Pensiones (INHJUPEM).
- Instituto de Previsión Magisterial (IMPREMA).
- Secretaría de Gobernación y Justicia.
- Asociación Nacional de Adultos Mayores de Honduras.
- Centro de Atención Integral al Adulto Mayor (CAIAM).

13.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Honduras se presentan brevemente a continuación:

- **Atención residencial a adultos mayores** a través de Residencias y Centros diurnos.
- **Atención domiciliaria** a adultos mayores en situación de dependencia.
- **Programa de Capacitación** en áreas como repostería, pastelería, arreglos florales, etc. mediante talleres, seminarios y conferencias para adultos mayores.
- **Programas Recreativos**, que cuentan con dos centros de recreación construidos en Tegucigalpa y San Pedro Sula, y donde se realizan actividades como teatro, conferencias, actividades turísticas, excursiones, actividades deportivas, juegos de mesa, celebración de fechas especiales, etc.
- **Creación de la Carrera de Hogar**, como actividad ocupacional para personas adultas con la coordinación de la Universidad Pedagógica. Se están gestionando otras coordinaciones con la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (UNAH), el Instituto de Formación Profesional (INFOP), y otras entidades.
- **Programa de Creación de Microempresas dirigido por personas mayores.**
- **Creación de una pequeña tienda** que sirve de sede para la venta de los productos elaborados por las personas adultas asociadas al INJUPEM.



- **Descuentos y tarifas especiales** en el pago de servicios públicos, privados y otros:
 - 50% en actividades de recreación (cines, teatros, actividades deportivas y espectáculos públicos).
 - 25% en pasajes aéreos y terrestres.
 - 30/20% en los precios regulares de hoteles, moteles y pensiones.
 - 25% en comidas en restaurantes.
 - 20% en la factura total por servicios de hospital y clínicas privadas, así como de medicamentos o material médico quirúrgico.
 - 25/30% en las consultas médicas generales o especializadas, en servicios radiológicos, y en intervenciones quirúrgicas en determinadas áreas (odontología, cardiología, oftalmología, etc.).
 - 25% en el uso de salas funerarias mortuorias, compra de cajas y depósitos en cementerios.
 - 20% en la contratación de servicios técnicos y profesionales (abogacía, ingeniería, etc.).
 - 30% en la compra de prótesis.
 - 25% en la factura de suministro de energía eléctrica y en los servicios telefónicos.
 - 15% en la factura de consumo de agua.





14
México

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



14.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población mexicana se cifra en 110.675.207 personas. De éstas, 7.282.300 se encuentran dentro del grupo de 65 años y más, lo que suponen en términos porcentuales el 6,5% del conjunto poblacional. Este porcentaje contrasta con el de la población infantil que para este mismo año es del 27,9%. Sin embargo, esta distancia porcentual irá disminuyendo de tal manera que, según las previsiones, hacia la mitad del presente siglo el porcentaje de la población infantil será del 16,74% y el de los adultos mayores alcanzará el 21,37%.

México. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	54.461.047	56.214.160	110.675.207
65 - 69	1.216.140	1.310.583	2.526.723
70 - 74	859.554	966.980	1.826.534
75 - 79	609.485	777.118	1.386.603
80 - 84	376.355	519.769	896.124
85 y más	247.720	398.596	646.316
Total 65 años y más	3.309.254	3.973.046	7.282.300
Proporción sobre la población total %	6,1%	7,1%	6,6%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Este incremento de la población mayor se explica por el comportamiento de ciertas variables tales como la fecundidad, la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida, entre otras. En el caso de mexicano durante el período 1970-1975 la esperanza de vida al nacer era de 62,6 años, para el presente quinquenio este valor ha ascendido hasta alcanzar los 77,2 años. Al considerar esta variable según el sexo, se observa que la expectativa vital al nacer de las mujeres es en promedio 5 años más alta que la de los varones. Por otro lado, al referirnos a la esperanza de vida a los 65 años, se encuentra que, para este mismo período, la expectativa vital adicional de los hombres y las mujeres es de 17,6 y 19,6 años respectivamente. Por lo que respecta al número de años que le restarían por vivir a una persona a los 80 años, se observa de nuevo una expectativa mayor en las mujeres que en los varones (en promedio, 2 años más).

México. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	74,9	79,7
Esperanza de vida a los 65 años	17,6	19,6
Esperanza de vida a los 80 años	8,1	9,3

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los siguientes indicadores muestran el envejecimiento de la población mexicana: el índice de envejecimiento señala que en el año 2010 se cuentan 24 adultos mayores por cada 100 niños. Por

otro lado, la mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para este mismo año se sitúa en 120 mujeres por cada 100 varones y con un promedio de edad de la población de 27,2 años.

México. Indicadores de envejecimiento.

2010

Índices de envejecimiento	24
Índice de masculinidad	120
Índices de dependencia	10
Promedio de edad de la población (2009)*	27,2

Fuente: CELADE. *Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.*

*Naciones Unidas, *World Population Ageing 2009.*

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

14.2. Sistema de Pensiones

14.2.1 Descripción

En julio de 1997 entró en vigor un nuevo Régimen de Seguro Obligatorio Privado (Cuentas Individuales), y el antiguo Régimen de Seguro Social comenzó a ser sustituido progresivamente. Actualmente no se pagan cotizaciones al Régimen de Seguro Social. Los Afiliados al Régimen de Seguro Social antes de 1997 pueden elegir entre la pensión del Seguro Social y la del Régimen de Cuentas Individuales.

14.2.1.1 Prestaciones

Régimen de Cuentas individuales

Pensión de vejez: Puede accederse a ella a los 65 años de edad, con 1.250 semanas de cotización. Con menos de 1.250 semanas de cotización, se paga una suma fija o el asegurado puede continuar contribuyendo. El importe de la pensión está basado en el monto del ahorro acumulado más intereses. El asegurado puede elegir entre una renta vitalicia o una prestación basada en la esperanza de vida.

Pensión anticipada: No se exige requisito de edad si el balance acumulado en la cuenta individual es suficiente para comprar una renta vitalicia que sea al menos 30% mayor del valor de la pensión mínima garantizada. El importe de la pensión está basado en el monto del ahorro acumulado más intereses. El asegurado puede elegir entre una renta vitalicia o una prestación basada en la esperanza de vida.

Los pensionistas con 65 años de edad y 1.250 semanas de cotización podrán beneficiarse de un complemento de pensión cuando el monto de la pensión (basado en el valor de las cotizaciones y el interés acumulado) sea inferior a la pensión mínima garantizada.

Las prestaciones de vejez son pagaderas en el extranjero si existe un convenio bilateral.

Pensión de invalidez: Para acceder a la pensión de invalidez es necesario tener acreditadas 150 semanas de cotización y el 75% de pérdida de capacidad de ingreso, o al menos 250 semanas de



cotización y entre el 50% y el 75% de pérdida de capacidad de ingreso. La pérdida de capacidad de ingreso es evaluada por el Instituto Mexicano de Seguridad Social. La prestación mensual es del 35% del promedio de los salarios de las últimas 500 semanas de cotización.

Los asegurados tiene derecho a un complemento cuando su pensión de invalidez (basada en el capital acumulado en la cuenta individual, más intereses) sea menor que la pensión mínima garantizada.

Pensión a los sobrevivientes: Se concede, en caso de fallecimiento de un pensionista o de un asegurado con al menos 150 semanas de cotización en el momento de fallecer, si el fallecimiento no se debe a un accidente de trabajo, a la viuda o el viudo o conviviente con hijos; la viuda o el viudo sin hijos casada con el fallecido por al menos 6 meses (sujeto a que el fallecido fuera menor de 55 años de edad al momento del matrimonio; si el fallecido era mayor de 55 años de edad al momento de matrimonio o si era pensionista, el matrimonio debe tener al menos 12 meses). Otros derechohabientes son el conviviente sin hijos que cohabitó con el fallecido por al menos 5 años, hijos hasta 16 años de edad (25 años si es estudiante) y padres en ausencia de otros derechohabientes. Todos los derechohabientes deben estar a cargo del fallecido.

El importe mensual de la pensión, pagadera a la viuda o al viudo inválido a cargo, es del 90% de la pensión acumulada del asegurado. La pensión cesa en caso de nuevo matrimonio o nuevo régimen de cohabitación. En el caso de huérfanos, el importe es el 20% de la pensión del asegurado por cada huérfano menor de 16 años de edad (25 años si es estudiante y sin límite si es inválido); o el 30% si es huérfano de padre y madre. La prestación final del huérfano (cuando alcanza la edad límite) es igual a 3 meses de la pensión del asegurado. En el caso de otros dependientes con derecho, el importe es el 20% de la pensión del asegurado por cada dependiente, si no hay cónyuge o huérfano con derecho.

Las prestaciones de sobrevivientes son pagaderas en el extranjero si existe un convenio bilateral.

Régimen de Seguro Social

Pensión de vejez: Para acceder a la pensión de vejez hay que tener cumplidos los 65 años de edad y acreditar 500 semanas de cotización. El importe mensual de la pensión es un porcentaje variable (inversamente proporcional a los ingresos) de los ingresos durante las últimas 250 semanas de cotización, más el 1,25% de los ingresos por año de cotización que supere las 500 semanas. Se incrementa la pensión en el 15% si el asegurado es declarado como necesitado de asistencia.

Pensión de invalidez: Para acceder a la pensión de invalidez tiene que acreditarse un 50% de reducción de la capacidad de ganancia habitual y 150 semanas de cotización. Se permite ejercer otra profesión. El Instituto Mexicano de Seguridad Social es el encargado de evaluar la pérdida de capacidad de ingreso. El importe mensual de la pensión se establece del mismo modo que en el Régimen de Cuentas Individuales.

Pensiones de sobrevivientes: Se concede en los mismos términos que en el Régimen de Cuentas Individuales.

En ambos regímenes se contemplan suplementos de la pensión por personas a cargo: 15% de la pensión para la cónyuge, el 10% de la pensión para cada hijo menor de 16 años (25 años si es estudiante y sin límite si es inválido). A falta de cónyuge o de hijo, el 10% para el padre o la madre a cargo. Se paga, asimismo, un Aguinaldo de Navidad, consistente en una mensualidad de la pensión, sin suplementos.

Las prestaciones son ajustadas anualmente en febrero de acuerdo a los cambios en el índice de precios.

14.2.1.2 Programa de atención a los adultos mayores en zonas rurales.

El gobierno mexicano lanzó en 2007 el Programa de Atención a los Adultos Mayores de 70 años y más en Zonas Rurales cuyo objetivo es apoyar a dicho colectivo, con el propósito de mejorar su ingreso y, con ello, sus condiciones de vida.

El Programa tiene cobertura nacional y atiende a los adultos mayores que habitan en localidades del ámbito rural (de acuerdo al Catálogo Único Homologado de Claves de Entidades Federativas, Municipios y Localidades publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, INEGI) y en localidades de hasta 30 mil habitantes. En caso de disponibilidad presupuestaria, el Programa aumenta gradualmente su cobertura en términos del tamaño de la localidad.

La prestación es de MXN 500 mensuales pagadera de forma bimestral. En los casos en que las condiciones de aislamiento o accesibilidad de las localidades dificulten o hagan muy costoso el pago bimestral, se podrá espaciar la entrega de las mismas a un período cuatrimestral.

El Programa comenzó a regir a partir de enero de 2007 y es financiado mediante rentas generales. La Secretaría de Desarrollo Social se encuentra a cargo de la administración del Programa.

14.2.1.3 Entidades gestoras

En México existen diversos Institutos de Seguridad Social. Entre los más relevantes se encuentran el Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

Cada Instituto contempla ramos de aseguramiento distintos, que protegen al trabajador y sus beneficiarios contra diferentes situaciones.

IMSS

- Riesgos de trabajo
- Enfermedades y maternidad
- Invalidez y vida
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez
- Guarderías y prestaciones sociales

ISSSTE

- Salud
- Riesgos del trabajo
- Retiro, cesantía en edad avanzada y vejez
- Invalidez y vida



Junto con estos Institutos, México cuenta dentro del sector público con regímenes especiales que protegen a otros grupos como los militares, los trabajadores de PEMEX y a funcionarios públicos de algunos estados del país.

14.2.2 Cobertura e intensidad de protección

14.2.2.1 Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS)

De acuerdo con los datos ofrecidos por la Memoria Estadística del 2008, el Instituto Mexicano de la Seguridad Social otorgó 2.391.297 pensiones durante el año 2008. Estas pensiones comprenden las pensiones por riesgo de trabajo (incapacidad permanente, viudez, orfandad y ascendientes), invalidez y vida (invalidez, viudez, orfandad y ascendientes) y las pensiones que cubren el retiro (cesantía en edad avanzada y vejez).

México. Pensiones pagadas por el Instituto Mexicano de la Seguridad Social. 2008

	Riesgos de Trabajo	Invalidez y Vida	Retiro, cesantía y vejez	Total
Total	306.710	889.119	1.195.468	2.391.297
Incapacidad permanente	257.183	–	–	257.183
Invalidez	–	271.386	–	271.386
Cesantía en edad avanzada	–	–	914.010	914.010
Vejez	–	–	281.458	281.458
Sobrevivientes	49.527	617.733	–	667.260
Viudez	31.794	530.863	–	562.657
Orfandad	9.066	65.982	–	75.048
Ascendientes	8.667	20.888	–	29.555

Fuente: IMSS. Memoria Estadística 2008.

Entre el año 2000 y 2008, el número de pensiones de retiro, cesantía y vejez pagadas por el IMSS ha pasado de 703.888 a 1.195.468, con un incremento del 70%.

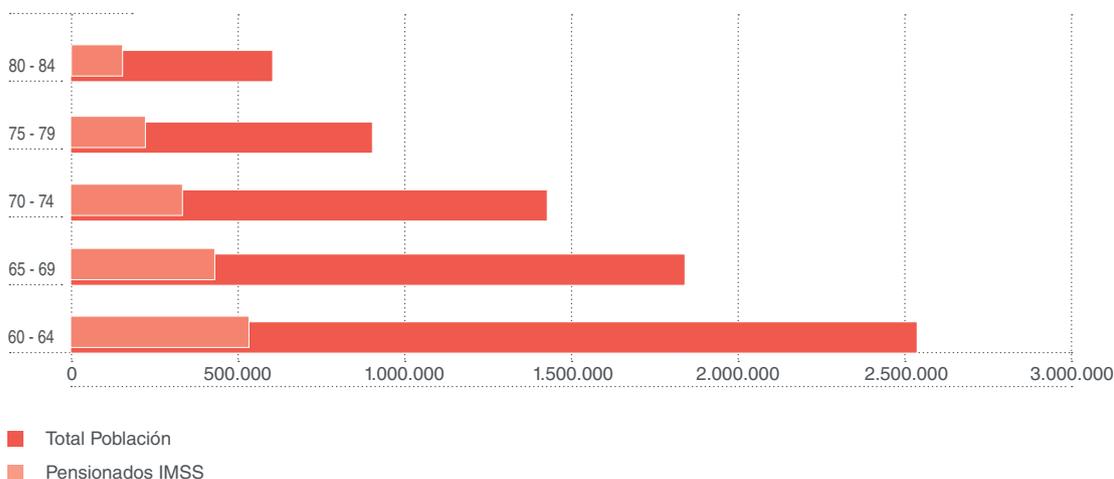
Los pensionados del IMSS a 31 de diciembre de 2008 con 65 y más años de edad eran 1.633.921, lo que supone el 22,4% de la población mexicana de 65 y más años.

México. Pensionados vigentes del Instituto Mexicano de la Seguridad Social, por edad. Diciembre 2008

	Número de pensionados
Total	2.799.792
65 - 69	526.526
70 - 74	448.316
75 - 79	320.361
80 - 84	193.988
85 y más	144.730
Total 65 y más	1.633.921
Resto	1.165.871

Fuente: IMSS. Informe Financiero y Actuarial a 31 de diciembre de 2008.

México. Cobertura de las pensiones del IM55 en población de 65 y más años, por grupo de edad. Diciembre de 2008.



Fuente: IMSS. Informe Financiero y Actuarial a 31 de diciembre de 2008.

14.2.2.2 Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

De acuerdo a los datos proporcionados por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), las pensiones otorgadas por el Instituto en marzo de 2010 ascienden a 745.115 mil. De éstas, el grueso se concentraba entre las pensiones por jubilación (58,9%), las de retiro (19,7%) y las de causas de muerte (15,9%).

Respecto al perfil de los pensionistas para esta misma fecha, se observa que la edad promedio de los mismos se encuentra en torno a los 63 años y que hay una presencia ligeramente mayor de las mujeres, que representan el 55,1% de los pensionistas del Instituto mientras el porcentaje de varones asciende a 44,9%. Por otro lado, la cuantía mínima se sitúa en 1.723,80 pesos y la máxima en los 17.238 pesos. El valor promedio del salario mínimo en 2010 fue de 55,77 pesos al día.

México. Número y porcentaje de pensiones por tipo de beneficio otorgadas por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Marzo 2010

Tipo de prestación	Número de pensiones	Porcentaje
Jubilación	439.064	58,9%
Retiro	146.420	19,7%
Cesantía	5.971	0,8%
Invalidez	15.603	2,1%
Causa de muerte	118.502	15,9%
Riesgos	19.555	2,6%
Total	745.115	100,0%

Fuente: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE. <http://www.issste.gob.mx/www/prestaciones/pensiones/>



Al considerar la edad de los pensionistas del Instituto, se observa que para marzo de 2010 los pensionados de 65 años y más se sitúan en 321.944 mil personas lo que supone el 4% de la de la población mexicana de 65 y más años y el 43,6% de los pensionistas del ISSSTE.

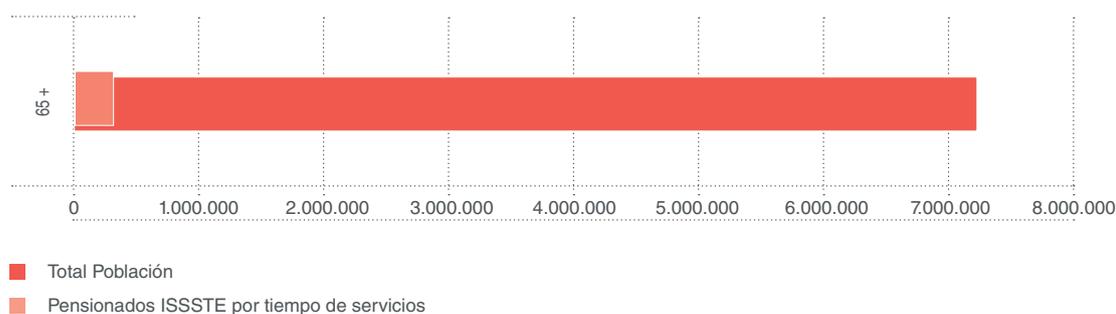
México. Pensionistas de 65 años y más (sólo tiempo de servicios).

ISSSTE, marzo 2010

Grupo de edad	Número de pensionistas	Porcentaje
65 y más	321.944	43,55%
Resto	417.242	56,45%
Total	739.186	100,00%

Fuente: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE.
<http://www.issste.gob.mx/www/prestaciones/pensiones/>

México. Cobertura de las pensiones del ISSSTE en población de 65 y más años (sólo pensiones por tiempo de servicios). Marzo de 2010.



Fuente: Elaboración propia a partir de las estimaciones de población de CELADE para 2010 y de datos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE.

14.2.2.3 Programa de atención a los adultos mayores en zonas rurales

Según el *Cuarto Informe Trimestral 2009* de la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), al cierre del bimestre noviembre-diciembre 2009 el Padrón Activo de Beneficiarios del Programa de atención a los adultos mayores se componía de más de 2 millones de adultos mayores (personas de 70 años y más) en 76.299 localidades de hasta 30 mil habitantes.

México. Padrón Activo de Beneficiarios. Programa de atención a los adultos mayores en zonas rurales.

Bimestre: Noviembre-Diciembre 2009

Hombres	Mujeres	Sin sexo definido	Total
989.611	1.047.574	13.441	2.050.626

Fuente: Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL)

14.3. Sistema de Salud

La Constitución, la Ley General de Salud y las leyes de Seguridad Social garantizan el derecho a la salud a toda la población mexicana. El sistema de salud puede clasificarse en dos subsistemas: el de asegurados y el de no asegurados. Dentro de los primeros existen dos modalidades, la **seguridad social** y los **servicios médicos privados**. Por otra parte, los ciudadanos **no asegurados** gozan de los servicios de salud, gratuitos o subsidiados.

Al segmento no asegurado (la población pobre y de menor ingreso) se le puede otorgar atención médica de acuerdo con los recursos humanos y/o materiales disponibles por las instituciones de asistencia social del **subsector público**. Entre las instituciones que proporcionan los servicios de salud gratuitos o subsidiado se incluyen la Secretaría de Salud (SS), el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) y los institutos dependientes de la Secretaría de Salud.

Ha habido múltiples programas de salud públicos focalizados en los sectores de menor ingreso. El más reciente es el Seguro Popular de Salud (SPS), establecido por una reforma a la *Ley General de Salud de 2003*. Adscrito a la Secretaría de Salud del Gobierno Federal en cooperación con los estados, el SPS se focaliza hacia la población pobre, a la cual otorga un paquete de prestaciones gratuito.

Los servicios médicos proporcionados por la Seguridad Social los encabeza el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), responsable de brindar servicios a la población ocupada en el sector privado y a sus familiares. Los empleados de gobierno, a su vez, son atendidos por el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Con respecto al **sector privado**, en el que de manera voluntaria las personas o sus empleadores acuerdan la prestación de servicios de salud debe agregarse que en los últimos años ha tenido un crecimiento importante.

Hay cinco seguros sociales que legalmente cubren a diversos segmentos de la población en el sector formal, la mayoría de ingreso medio. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubre obligatoriamente en su régimen general a los trabajadores asalariados del sector privado (también a los del sector público no afiliados a otros seguros sociales), los miembros de las cooperativas de producción, así como a los pensionados y los familiares dependientes de ambos (cónyuge/concubino, hijos menores de edad y padres). A través del tiempo, el IMSS ha incorporado a diversos grupos de trabajadores que tenían o tienen regímenes especiales, como azucareros, henequeneros, temporales urbanos, etc. También ofrece cobertura voluntaria a los trabajadores por cuenta propia, servidores domésticos, pequeños empresarios y granjeros, familiares no remunerados, etc.

Hay grupos que se han unido voluntariamente mediante convenios del IMSS con sus asociaciones (vendedores de lotería, músicos callejeros, taxistas propietarios de sus vehículos...). Los funcionarios públicos federales, así como los pensionados y familiares dependientes de ambos, están cubiertos obligatoriamente por un seguro social distinto (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE). Los militares en activo o pensionados y sus familiares dependientes están cubiertos por la Secretaría de Defensa mientras que los marinos lo están por la Secretaría de la Marina. Los trabajadores petroleros, pensionados y familiares dependientes están cubiertos por la empresa estatal del sector (PEMEX).

El grupo de alto ingreso tiene planes de seguro o paga servicios directamente. Los pobres también recurren al subsector privado cuando no tienen acceso a los servicios públicos o a ONGs, entidades religiosas y la medicina tradicional que es importante.



14.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

Las distintas administraciones de salud (Secretaría de Salud, ISSSTE, Secretaría de Desarrollo Social, Sistema Nacional de Desarrollo Integral para la Familia, INAPAM y otras) implementan acciones dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población adulta por medio de la adopción de los programas nacionales de atención al adulto mayor.

El *Programa Nacional de Atención al Envejecimiento*, elaborado por la Secretaría de Salud, en conjunto con el Seguro Social, el ISSSTE y otras instituciones, tiene el objetivo de contribuir a la prevención y control de las enfermedades de mayor prevalencia en la población mayor de 60 años, así como al desarrollo de estrategias para su prevención oportuna:

- **Promoción de la salud y comunicación Social:** Jornadas de la Semana Nacional de Salud del Adulto Mayor.
- **Detección y diagnóstico oportuno de enfermedades crónico degenerativas.**
- **Tratamiento y control de enfermedades:** Plan individualizado de salud basado en la Cartilla Nacional del Adulto Mayor.
- **Modelo integrado de atención a la salud.**

Desde este programa, los servicios y programas que se desarrollan en el *primer nivel de atención* con los mayores son:

- **Medicina preventiva:** Vacuna antineumococo y contra influenza, exámenes visuales, detección oportuna de diabetes, hipertensión arterial y cáncer de próstata.
- **Consulta de medicina general:** Anemia, infecciones de vías respiratorias altas, infecciones e infestaciones parasitarias, Diabetes mellitus tipo 2, Hipertensión arterial, osteoartritis, etc.
- **Consulta de especialidad:** Asma y EPOC en adultos, Tuberculosis, Enfermedad ácido-péptica, Distiroidismo, Insuficiencia cardíaca, Osteoporosis, Artritis reumatoide, Depresión, Enfermedad de Parkinson, fracturas (cadera), etc.
- **Odontología:** Enfermedad periodontal y caries dental.

Los *programas del Seguro Popular* más específicos relacionados con el ámbito de la salud de los adultos mayores son los siguientes:

- Programa de Suplementación de la vitamina D y el calcio.
- Programa de prevención de la Osteoporosis.
- Medicina preventiva, relacionada principalmente con la detección del cáncer de próstata y el cuidado de prótesis móviles.
- Programa de prevención de la Depresión.

Desde la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) se desarrollan programas relacionados con la alimentación de mayores en zonas rurales o pequeñas localidades como el **Programa de Apoyo Alimentario**.

Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), dentro del proceso de mejora de atención médica, ha diseñado e implantado la estrategia de *Programas Integrados de Salud (PREVENIMSS)*, que hace referencia a las acciones de carácter preventivo, para mejorar la salud de sus derechohabientes. Uno de sus programas está enfocado al adulto mayor de 60 años y más en donde se atienden procesos de la salud, nutrición, prevención, detección y control de enfermedades.

Desde el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) se desarrollan los *Programas de Atención Gerontológica*, que cuentan con diferentes áreas. En el área de salud destacan los *Centros de Atención Integral*, donde se ofrecen servicios de consulta externa de primer nivel en medicina general y especialidades (nutrición, otorrinolaringología, oftalmología, optometría, odontología, cardiología, clínicas de diabetes, hipertensión arterial y memoria, psicología, dermatología, gastroenterología, ginecología, ortopedia, estudios de laboratorio clínico, laboratorio de prótesis dental y pruebas de electrocardiograma, ultrasonido, audiología y rayos X).

Desde el INAPAM, se desarrollan también el Programa de Servicios Psicológicos y el Programa de Cultura Física.

Las instituciones dedicadas a la atención de la seguridad social, las organizaciones de la sociedad civil así como grupos de voluntarios que operan programas de ayudas técnicas y ortopédicas dirigidos a la atención de los Adultos Mayores.

En México, hay Instituciones de Educación Superior, públicas y privadas, que imparten programas de formación e investigación en geriatría y gerontología. Desde el INAPAM se llevan a cabo programas de formación y apoyo para los cuidadores formales e informales de adultos mayores.

14.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en México	
Cobertura (2009)⁽¹⁾	
Población cubierta %	83
Población sin cobertura %	17
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2006)	16
Número de médicos por 10.000 habitantes (2004)	28.9
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2004)	39.8
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2004)	14.2
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes (2004)	7.6
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	6.6
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	11.8
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	55.8
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	44.2
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.0
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	60.2
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	93.9
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	6.1
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	344
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	233
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	778
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	527

1. Fuente: ING, CNPSS, Secretaría de Salud.

2. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database



14.4. Servicios Sociales

14.4.1 Marco Institucional

En el año 2002 se publicó en México la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, a partir de la cual se crea el *Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM)*, sustituyendo al Instituto Nacional de la Senectud (Insen) creado por Decreto Presidencial el 22 de agosto de 1979. El INAPAM se confirma como el órgano rector de las políticas públicas de atención hacia las personas de 60 años de edad y más, con un enfoque de desarrollo humano integral en cada una de sus actuaciones. Desde el Instituto, se desarrollan actuaciones en el ámbito del empleo, la ocupación, las retribuciones, asistencia social y sociocultural, etc.

El Órgano de Gobierno del Instituto está conformado por los titulares de las siguientes dependencias:

- Secretaría de Desarrollo Social.
- Secretaría de Gobernación.
- Secretaría de Hacienda y Crédito Público.
- Secretaría de Educación Pública.
- Secretaría de Salud.
- Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF), Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- Cinco representantes de la sociedad civil.

Con el fin de asegurar la participación efectiva de la sociedad civil en el INAPAM, se creó el *Consejo Ciudadano de los Adultos Mayores*, que tiene por objeto conocer el seguimiento de los programas realizados desde el Instituto, opinar sobre los mismos, así como recabar propuestas de la ciudadanía con relación a las personas adultas mayores y presentarlas ante el Consejo Directivo del INAPAM.

Además del INAPAM, existe otro órgano encargado de velar por los derechos de las personas adultas mayores, que es el *Consejo Nacional Para Prevenir la Discriminación (CONAPRED)*, creado por la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación en el año 2003. Este organismo se erige como la institución rectora en la promoción de políticas y medidas tendientes a contribuir al desarrollo cultural y social y avanzar en la inclusión social de las personas adultas mayores.

El *Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF)*, es el organismo público encargado de instrumentar, aplicar y dar dimensión a las políticas públicas en el ámbito de la asistencia social. En cuanto al grupo de la tercera edad, su objetivo es lograr la dignidad e integración social del adulto mayor.

La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) es otro organismo dependiente del gobierno federal a través del cual se formulan y coordinan las políticas sociales solidarias orientadas hacia el bien común, y se ejecutan en forma corresponsable con la sociedad.

El *Instituto Nacional de Desarrollo Social (INDESOL)* es un órgano desconcentrado de la Secretaría de Desarrollo Social, que tiene el objetivo de generar condiciones para reducir la pobreza, vulnerabilidad o marginación. Dentro de los proyectos realizados por esta entidad se encuentran los que se dirigen a atender a la población adulta mayor.

Otras instituciones y asociaciones llevan a cabo acciones en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en México son las siguientes:

- *Consejo Nacional de Población (CONAPO)*, que contribuye con la política nacional en relación con los adultos mayores mediante el diseño, producción y difusión de campañas de comunicación. En ellas se fomentará una mayor conciencia de los derechos de los adultos mayores y se promoverá la erradicación del maltrato, el abuso y la violencia hacia ese segmento de la población.
- *Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF)*, que divulgó el Manual de Derechos Humanos y No Discriminación del Adulto Mayor en coordinación con la Fundación para el Bienestar del Adulto Mayor, el cual está dirigido a formar a voluntarios educadores que orienten a los adultos para luchar contra la discriminación y maltrato.

14.4.2 Principales recursos y programas sociales

En el **Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012** se establecen las acciones públicas dirigidas a los adultos mayores en México. Se prioriza la atención en aquellos adultos mayores que habitan en comunidades e alta marginación o que viven en condiciones de pobreza.

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en México se presentan a continuación:

- **Modelo de Atención Gerontológico del INAPAM**, cuyo objetivo es establecer una política pública de vejez que considera fundamentalmente aquellos factores que elevan la calidad de vida de las personas adultas mayores bajo un enfoque de derechos y con perspectiva de envejecimiento. El Modelo de atención cuenta con una serie de acciones divididas en cuatro Ejes Estratégicos que marcan sus líneas de acción:
 - I. Eje Transmisión de valores: Campaña de revalorización; Abuelas y Abuelos Cuenta cuentos; Abuelos en busca de amigos; Programa Nacional de Derechos Humanos.
 - II. Eje Empleo y Apoyo a la Economía: Capacitación para el Trabajo y Ocupación del Tiempo Libre; Centros de Capacitación en Informática; Promoción del Empleo; Tarjeta de Afiliación; Fondo Tercera Llamada.
 - III. Eje Salud, Investigación y Formación del Recurso Humano en Gerontología: Educación para la Salud; Enseñanza; Servicios Médicos Especializados; INAPAM va a tu barrio; Certificación en Competencias Laborales.
 - IV. Eje Desarrollo Social y Comunitario: Asesoría Jurídica; Actividades Socioculturales; Turismo y Recreación; Servicios Educativos; Servicios Psicológicos; Desarrollo Comunitario; Cultura Física.

Todas las acciones de los ejes del modelo aquí descritos se desarrollan en diferentes espacios del propio INAPAM, articulándose de tal manera que abarcan de manera integral las necesidades y demandas básicas de la población adulta mayor. Estos espacios son:



- **Clubes de la Tercera Edad**, que son espacios comunitarios donde se reúnen e interactúan personas de 60 años y más, en los que se ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano, de corte educativo, cultural, deportivo y social. Dentro de los clubes, los adultos mayores pueden recibir actividades deportivas, culturales, sociales y los servicios del Programa “*El INAPAM va a tu barrio*”.
- **Centros Culturales**, donde se ofrecen diversas alternativas de formación y desarrollo humano a las personas de 60 años y más, con talleres relacionados con los siguientes ámbitos: humanidades, psicología, lenguas extranjeras, iniciación artística, talleres de artesanías y artes plásticas, labores artesanales, educación para la salud, cultura física, educación para adultos, etc.
- **Centros de Atención Integral** donde se brindan servicios multidisciplinarios, buscando mantener y mejorar la salud a través de programas sanitarios preventivos. Entre los servicios llevados a cabo en estos centros también destacan servicios de asesoría jurídica, trabajo social, bolsa de empleo para personas mayores, etc.
- **Atención residencial mediante Albergues y Residencias Diurnas**, que proporcionan asistencia integral a los Adultos mayores que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos que les permitan cubrir sus necesidades básicas y de independencia. Los adultos mayores reciben alojamiento permanente o temporal, alimentación, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social.
- **Atención domiciliaria** que incluye cuidados domiciliarios, teleasistencia y servicios de transporte especializado.
- **Centro de Documentación**, con el propósito de apoyar la labor de estudio e investigación, el INAPAM formó un Centro de Documentación que cuenta con material documental, bibliográfico y audiovisual en gerontología, geriatría y temas afines.
- **Programa de Atención a Adultos mayores en Zonas Rurales** cuya entidad responsable es la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). Su objetivo es contribuir a que los adultos mayores de 60 años o más que viven en zonas rurales, logren superar las condiciones de pobreza alimentaria en que se encuentran y accedan a mejores condiciones de vida.
- **Programa de Atención a adultos mayores de 70 años y más** cuya entidad responsable es la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). El objetivo es mejorar las condiciones de vida de los Adultos mayores de 70 años y más que habitan en localidades de hasta 2.500 habitantes.
- **Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social** cuya entidad responsable es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (SNDIF). Se desarrollan acciones específicas para proporcionar atención gerontológica a personas adultas mayores sujetas de asistencia social que se encuentran en situaciones de desamparo, incapacidad, marginación o maltrato, ofreciendo servicios integrales multi e interdisciplinarios para satisfacer las necesidades de los usuarios en los diferentes programas, así como a sus familiares.
 - Centros Gerontológicos y Casas Hogar.
 - Atención a la Comunidad.
 - Rehabilitación e Integración Social.

- Formación y Capacitación de Recursos Humanos.
- Sensibilización y Difusión.

Para atender de forma integral a la población vulnerable el programa cuenta con 2 Centros Nacionales Modelo de Atención, Capacitación e Investigación Gerontológica en el Distrito Federal y 2 Casas Hogar para Ancianos “Olga Tamayo” y “Los Tamayo” ubicadas una en Cuernavaca (Morelos) y otra en Oaxaca (Oaxaca). Se proporcionan los 365 días del año, servicios como albergue, atención médica, psicológica, odontológica, actividades culturales, deportivas, recreativas, terapia ocupacional y de rehabilitación, atención social, jurídica y de nutrición, entre otros, a personas mayores de 60 años en estado de desamparo o desventaja social. Los servicios que se otorgan en los Centros Nacionales y Casas Hogar para ancianos:

- Alojamiento.
 - Alimentación.
 - Vestido.
 - Actividades Socioculturales, Recreativas y Deportivas.
 - Atención Médica.
 - Atención Psicogerontológica.
 - Asistencia Jurídica.
 - Atención Psiquiátrica.
 - Atención de Día.
- **Programa “Vive Tu Ciudad” (del Gobierno del Distrito Federal)**, para que las organizaciones e instituciones que atienden a personas mayores puedan efectuar recorridos a espacios turísticos y culturales de México D.F.
 - **Programa “Vivir en familia para una vida mejor” (del INAPAM)**, cuyo objetivo es fomentar una cultura de la vejez a través de la solidaridad y convivencia intergeneracional. Se organizan encuentros intergeneracionales recreativos, deportivos y culturales que facilitan el contacto entre generaciones y la desmitificación de la imagen de la vejez ante la sociedad en general.
 - **Programa Nacional de Derechos Humanos (del INAPAM)**, que se encarga de las acciones a favor de los derechos humanos de las personas de edad. Por un lado, se promueven estos derechos, y por otro, se reconoce la capacidad de esta población para aprovechar su experiencia como promotores no sólo de sus propios derechos sino de los derechos de los jóvenes. A través de este programa, se fomenta la convivencia intergeneracional.
 - **Campañas encaminadas a promover el envejecimiento activo y saludable (del INAPAM)**, así como una imagen positiva de la vejez a través de los medios de comunicación, con las que se sensibiliza a la población en general sobre la atención que requieren los adultos mayores en todos los ámbitos de la sociedad.



- **Programas de formación y apoyo para los cuidadores formales e informales de adultos mayores.** Desde el INAPAM y el SNDIF se realizan acciones formativas con el objetivo que adquieran las capacidades y los conocimientos básicos que les permitan mantener al adulto mayor en las mejores condiciones funcionales posibles, y con calidad de vida.
- **Programa de Asesoría Jurídica (del INAPAM),** que proporciona apoyo gratuito, orientación jurídica, gestoría administrativa y representación legal ante los tribunales a las personas mayores de sesenta años.
- **Programa de Microcréditos (del INAPAM),** con el objetivo de apoyar iniciativas emprendedoras de los adultos mayores. En este programa se incluyen cursos y talleres sobre los Programas de Créditos y Microcréditos, a fin de integrar a grupos solidarios de personas adultas mayores y fomentar entre estos grupos dichas iniciativas emprendedoras.
- **Programas de Capacitación para el empleo (del INAPAM)** de los adultos mayores basados en la experiencia de los adultos mayores, generando las oportunidades que les permitan desarrollarse en actividades productivas de relevancia para su comunidad. Se ofrecen estímulos fiscales a las empresas que den empleo a adultos mayores que desean continuar su vida de manera productiva.
- Descuentos en los impuestos y en el consumo de servicios (energía eléctrica, teléfono y agua potable).

14.4.2.1 Red de recursos sociosanitarios y de apoyo social

Los organismos como el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), la Secretaría de Salud (SS), y Petróleos Mexicanos (PEMEX) cuentan con **Hospitales con servicios de Geriatría**, es decir salas o áreas especializadas para la atención de los adultos mayores.

El sector privado también proporciona estos servicios en algunos de sus hospitales (Hospital ABC, el Hospital de la Beneficencia Española y Hospitales Ángeles).

Desde el Modelo de Atención Gerontológico del INAPAM se lleva a cabo la Atención residencial mediante **Albergues y Residencias Diurnas**, que proporcionan asistencia integral a los Adultos mayores que no cuentan con apoyo familiar o recursos económicos que les permitan cubrir sus necesidades básicas y de independencia. En los Albergues reciben alojamiento permanente, alimentación balanceada, supervisión geriátrica, terapia ocupacional y servicios de trabajo social. En el año 2008, funcionaban cuatro de estas unidades en el Distrito Federal y tres en los estados de Guanajuato, Oaxaca y Zacatecas.

En este mismo año, el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) tiene en funcionamiento 6 Residencias Diurnas en el Distrito Federal y una en el Estado de Zacatecas, en donde los Adultos mayores reciben unos servicios similares a los de los Albergues.

Como ya se apuntó, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), cuenta con el Programa de Atención Integral a Personas Adultas Mayores Sujetas de Asistencia Social, con el que promueve la protección y la atención integral de las personas adultas mayores sujetas de asistencia social que se encuentran en desamparo, incapacidad, marginación o sujetas de maltrato. Esta entidad cuenta con **Centros de Día** en sus instalaciones, para la atención diurna de los adultos mayores. Por otro lado, el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

cuenta con dos Centros **Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica** “Arturo Mundet” y “Vicente García Torres” ubicados en el Distrito Federal; y dos **Casas Hogar** para Ancianos “Olga Tamayo y “Los Tamayo”, una ubicada en Cuernavaca, Morelos y la otra en Oaxaca, Oaxaca, en las que brinda atención integral con acciones como alojamiento, alimentación, vestido, actividades socioculturales, recreativas y deportivas, atención médica, atención psicogerontológica, psiquiátrica, jurídica, etc.

En los estados de la República Mexicana existen **Casas Hogar** establecidos por el Gobierno, **Asociaciones No Gubernamentales** y **privados**, pero actualmente continúa sin contarse con un censo.

Con respecto a los **centros especializados en la atención de personas mayores con diferentes tipos de demencia** no se tiene información registrada. Existen áreas de atención para adultos mayores con problemas de demencia en los hospitales psiquiátricos y en particular en las casa hogar privadas.

Desde el Modelo de Atención Gerontológico del INAPAM, se lleva a cabo la **Atención domiciliaria** de los adultos mayores, que incluye cuidados domiciliarios, **teleasistencia** y servicios de transporte especializado.

Los servicios de Teleasistencia son implantadas también en México a través de varias empresas como Grupo EULEN, SERHOGARSYSTEM (de MAPFRE Asistencia) o TeleCare.

Desde el Gobierno del Distrito federal, el INAPAM, el ISSSTE y el IMSS se forma a los voluntarios a través de diferentes programas.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) ha estado realizando trabajos con el fin de integrar un directorio de las organizaciones de la sociedad civil que atienden a la población adulta mayor En México. Este directorio se puede encontrar a través del siguiente enlace:

http://www.organizacionessociales.segob.gob.mx/es/Organizaciones_Sociales/Directorio_de_OSC





15 Nicaragua

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



15.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos ofrecidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 el número de residentes en Nicaragua asciende a 5.822.395 personas. Al atender a la edad, destaca el porcentaje de la población menor de 15 años que se sitúa en el 34,5%. Por otro lado, la población de 65 años y más representa el 4,6% del conjunto poblacional. Las proyecciones apuntan que este perfil joven se invertirá y la población mayor verá incrementar su volumen y peso. Así, se prevé que durante el período 2025-2050 la población de 0 a 14 años presentará tasas anuales negativas de crecimiento (-4,1 por cada 1.000 habitantes) mientras que la tasa de crecimiento anual de la población mayor crecerá a un ritmo del 41, 1 por cada mil habitantes.

Nicaragua. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	2.881.250	2.941.145	5.822.395
65 - 69	43.726	47.077	90.803
70 - 74	33.414	36.536	69.950
75 - 79	22.994	26.665	49.659
80 - 84	13.962	18.138	32.100
85 y más	9.210	14.649	23.859
Total 65 años y más	123.306	143.065	266.371
Proporción sobre la población total %	4,3%	4,9%	4,6%

CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

Este cambio en la estructura en la edad de la población se explica al observar el comportamiento de variables como la natalidad, la mortalidad y la esperanza de vida, entre otras. En el caso de Nicaragua la esperanza de vida ha aumentado de manera notoria. Así, esta variable ha pasado de los 55,2 en el quinquenio 1970-1975 a los 74,5 en el período 2010-2015. Esta expectativa vital es, en promedio, mayor en las mujeres al nacer, a los 65 y a los 80 años.

Nicaragua. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	71,5	77,7
Esperanza de vida a los 65 años	17,2	19,5
Esperanza de vida a los 80 años	8,4	9,8

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los indicadores de envejecimiento en Nicaragua muestran un perfil poblacional todavía joven. Así, el índice de envejecimiento muestra que en el año 2010 se cuentan 13 adultos mayores por cada 100 niños. Para este mismo año, el índice de masculinidad se sitúa en las 116 mujeres por cada 100 varones; el de dependencia es de 8 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. Y la edad media de la población es de 21,6 años.

Nicaragua. Indicadores de envejecimiento. 2010	
Índices de envejecimiento	13
Índice de masculinidad	116
Índices de dependencia	8
Promedio de la edad de la población (2009)*	21,6

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

15.2. Sistema de Pensiones

15.2.1 Descripción

A partir del *Decreto Legislativo núm. 161, de 22 de diciembre de 1955* se establece el Seguro Social Obligatorio como parte del Sistema de Seguridad Social con carácter de servicio público, creándose el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) para regular la prestación económica por enfermedad. Esta entidad fue creada en 1956 durante la presidencia del General Somoza, con el propósito de establecer mecanismos para proteger a los trabajadores nicaragüenses de las contingencias provenientes de la vida y del trabajo. Desde el inicio, se crean dos “ramas” del seguro: las prestaciones por Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y las prestaciones por Salud y Maternidad (Régimen Integral).

Actualmente el INSS presta **servicios de asistencia social** dirigidos principalmente a los jubilados y **servicios de salud** a través del pago a instituciones proveedoras de servicios de salud públicos y privados. En unos años, el INSS habrá aumentado sustancialmente el número de trabajadores protegidos por el Seguro Social contra los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales, quienes recibirán prestaciones económicas dignas de acuerdo a las capacidades financieras de la institución y cobertura total de servicios de salud en un subsistema dirigido por el Ministerio de Salud. Además, el INSS habrá diseñado e iniciado la implementación de un sistema complementario de financiación de las pensiones que permitirá la sostenibilidad del Seguro Social en el mediano y largo plazo.

Dentro de las diferentes prestaciones del sistema, se encuentran las prestaciones de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes a las que tienen derecho todas las personas que perciben remuneración por trabajo o servicios prestados, trabajadores independientes con afiliación voluntaria, trabajadores anteriormente cubiertos, el clero, empleadores, y miembros de la familia que trabajan en empresas familiares y que no perciben remuneración.

Quedan excluidos del Régimen del Seguro Social el personal doméstico, los miembros de las fuerzas armadas, y los trabajadores agrícolas temporales. Por otra parte, los mineros, las personas que prestaron servicio a la patria, víctimas de guerra e indigentes entran a formar parte del Régimen no contributivo.

El Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) es el seguro que garantiza la pensión a todos los afiliados al Sistema de Seguridad Social, cuando han cumplido con los requisitos y condiciones que la Ley de Seguridad Social y su Reglamento General establecen para el Retiro (vejez) o bien ante una invalidez parcial o total o en caso de muerte.



15.2.1.1 Prestaciones

Pensión de vejez

Las prestaciones de Vejez tienen por objeto cubrir las necesidades básicas del asegurado y de las personas a su cargo, cuando su aptitud de trabajo se encuentra disminuida por la vejez. Tendrá Derecho a una Pensión de Vejez aquel asegurado que ha cumplido 60 años de edad y acredite 750 semanas cotizadas.

Los maestros y maestras de educación de cualquier nivel al cumplir 55 años de edad, podrán acceder a esta prestación siempre que acrediten haber cumplido con las cotizaciones exigidas (1.500 semanas cotizadas), así como los trabajadores que acrediten haber cotizado 30 años de servicio (hombres) o 15 años de servicio (mujeres), en labores mineras, al cumplir 55 años de edad.

El asegurado que se incorpora en el Seguro social habiendo cumplido 45 años de edad deberá haber cotizado la mitad del tiempo comprendido entre la fecha de su incorporación y la fecha del cumplimiento de la edad correspondiente o de la última semana cotizada con posterioridad, con un mínimo absoluto de 250 cotizaciones semanales. Por otra parte, al asegurado que ha prestado sus servicios por 15 o más años en forma continua en labores que signifiquen un desgaste físico o mental a juicio de su médico tratante, ratificado por la Comisión de Invalidez, podrá rebajársele la edad para el disfrute de la Pensión de Vejez hasta los 55 años.

Las Prestaciones del Seguro de Vejez son:

- Pensión mensual vitalicia.
- Asignaciones familiares.
- Ayuda asistencial al anciano que necesite de la asistencia constante de otra persona.

Los ingresos promedios del asegurado son iguales al promedio de las últimas 250 semanas de cotización (o las 250 semanas antes de las últimas 250 semanas si los ingresos eran mayores) multiplicado por $4 \frac{1}{13}$. La pensión mínima mensual es de 1.032,70 córdobas. La pensión máxima es del 80% de los ingresos si éstos son superiores a 2 veces el del salario mínimo o 100% en caso de ser inferiores.

El Suplemento por personas a cargo supone un 15% de la pensión por la cónyuge o conviviente, el 10% por cada hijo menor de 15 años de edad (21 años si es estudiante y sin límite si es discapacitado), el 10% por padre y madre no asegurados mayores de 60 años o inválidos.

Los pensionistas pueden continuar trabajando pero deben cotizar. Las prestaciones de vejez son pagaderas mensualmente, con un pago adicional en navidad, y son pagaderas en el extranjero. Estas prestaciones se ajustan periódicamente en función de las variaciones en los salarios, dependiendo de la situación económica del país.

Pensión de invalidez

Las prestaciones de invalidez tienen por objeto cubrir a las necesidades básicas del incapacitado y de las personas a su cargo, promover la readaptación profesional del incapacitado y procurar su reingreso a la actividad económica.

Tendrían derecho a recibir esta pensión aquellos asegurados que presentan el 67% de pérdida de capacidad de ingresos (invalidez total) o entre el 50% y el 67% (incapacidad parcial), además de 150 semanas cotizadas dentro de los últimos 6 años que anteceden a la fecha de la incapacidad.

Las Prestaciones del Seguro de Invalidez son:

- Pensión de Invalidez total o parcial.
- Asignaciones Familiares.
- Servicio de readaptación profesional.
- Servicio de colocación en actividades remuneradas de los inválidos, en coordinación con las dependencias correspondientes del Ministerio del Trabajo.
- El suministro, mantenimiento y renovación de aparatos de prótesis y de ortopedia que fueren necesarios.

La pensión de invalidez se convierte en pensión de vejez a los 60 años de edad. Cuando el asegurado no tiene derecho a esta última pensión, se aumenta la cuantía de la prestación de invalidez parcial para que alcance el importe de la prestación de invalidez total a los 60 años de edad, siempre y cuando, el beneficiario cese toda actividad profesional sujeta a seguro.

Las prestaciones de invalidez son pagaderas mensualmente, con un pago adicional en navidad, y son pagaderas en el extranjero. Estas prestaciones se ajustan periódicamente en función de las variaciones en los salarios, dependiendo de la situación económica del país.

Pensión de Incapacidad por Riesgos Laborales

Las prestaciones por Riesgos profesionales tienen el propósito de proteger integralmente al trabajador ante las contingencias derivadas de su actividad laboral y la reparación del daño económico que pudieran causarle a él y sus familiares.

Las Prestaciones del Seguro de Incapacidad son:

- Pensión por incapacidad permanente, total o parcial.
- Indemnización por incapacidad permanente parcial o de menor cuantía.

Asignaciones Familiares

Sobre la cuantía de pensión recibirán asignaciones familiares equivalente al 15% por la esposa o esposo inválido y un 10% por cada hijo menor de 15 años o ascendientes a su cargo mayores de 60 años. La pensión con sus asignaciones no podrá exceder del 100% del salario base respectivo, ni de la cantidad que se señale como sueldo máximo mensual en la Administración Pública.

Las asignaciones de los hijos se mantienen hasta los 21 años no cotizantes que se encuentren estudiando con aprovechamiento. Si el estudiante pierde un curso se le suspenderá la pensión hasta tanto apruebe el curso siguiente.



Al pensionado de vejez, invalidez e incapacidad permanente total, cuando por su estado físico requiera ineludiblemente que lo asista otra persona de manera permanente, según el dictamen de la Comisión de Invalidez, se le otorgará una ayuda asistencial equivalente al 20% de la pensión base, que en ningún caso podrá ser inferior al 50% del salario mínimo vigente para los trabajadores en general.

Pensiones de Sobrevivientes (Pensión de Viudez, Orfandad y Ascendencia)

Se trata de un pago mensual que reciben los dependientes económicos del asegurado o pensionado fallecido y tienen por objeto ayudar a solventar las necesidades básicas. Como principal requisito de acceso a esta prestación se requiere que el fallecido tuviera 150 semanas de cotización en los últimos 6 años. Los derechohabientes de estas prestaciones son la viuda o viudo discapacitado y los huérfanos. La pensión es del 50% de la pensión del fallecido, pagadera a la viuda de 45 años o inválida; pagadera también al viudo inválido a cargo. Pagadera a la viuda menor de 45 años por 2 años o durante el tiempo que tenga a su cargo hijos que perciben pensiones de huérfanos. Las prestaciones de sobrevivientes no son pagaderas en el extranjero.

Las Prestaciones del Seguro de Viudez, Orfandad y Ascendencia son:

- **Viudez:** La viuda de un asegurado fallecido tendrá derecho a percibir una pensión equivalente al 50% de la que percibía el causante o de la que éste percibiría por invalidez total si hubiere cumplido con el requisito de cotizaciones para tener derecho a ella, sin incluir asignaciones familiares.
- **Orfandad:** Tendrá derecho a una pensión de orfandad cada uno de los hijos menores de 15 años o inválidos de cualquier edad cuando mueran el padre o la madre asegurados, equivalente al 25% de la pensión que percibía por invalidez total si hubiere cumplido el requisito de cotizaciones para tener derecho a ella, sin incluir las asignaciones familiares. A los hijos se les mantendrá hasta los 21 años no cotizantes que se encuentren estudiando con aprovechamiento. Si el estudiante pierde un curso se le suspenderá la pensión hasta tanto apruebe el curso siguiente.
- **Ascendientes y otros dependientes:** A falta de viuda y huérfanos, tendrá derecho a una pensión equivalente a la de orfandad, los ascendientes y otros dependientes mayores de 60 años de edad o inválidos de cualquier edad que demuestren haber dependido económicamente del asegurado al momento de su fallecimiento. Aún cuando existan viuda o huérfanos, tendrá derecho a la pensión los otros beneficiarios siempre que no se menoscabe el derecho de aquellos. Si sólo existe la madre y/o abuela del asegurado con derecho a recibir pensión se le otorgará ésta en la proporción equivalente a la de viudez.
- **Subsidio de sepelio:** El fallecido tenía 4 semanas de cotización en las 26 semanas anteriores al fallecimiento. La prestación consiste en el costo del sepelio, o una suma igual a la mitad del salario mensual.

Todas estas prestaciones de Sobrevivientes se ajustan periódicamente en función de las variaciones en los salarios, dependiendo de la situación económica del país.

15.2.1.2 Pensiones no contributivas

Las Pensiones a víctimas de guerra son pagaderas a las personas que nunca contribuyeron al seguro social pero que desempeñaron tareas en el país. Pensiones especiales son pagaderas a otros grupos, incluyendo indigentes, mineros y empleados públicos.

15.2.2 Cobertura e intensidad de protección

De acuerdo con los datos ofrecidos por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, en 2008 se otorgaron un total de 112.026 pensiones, de las que 78.963 correspondieron al Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte, 7.419 al Seguro de Riesgos Profesionales, 22.076 fueron pensiones a víctimas de guerra y 3.568 fueron pensiones especiales.

Nicaragua. Número, monto anual y promedio mensual pagado por pensiones en curso de pago, según Seguros y tipo de pensión. 2008

Tipos de pensión	Número de pensiones	Monto anual (Córdobas)	*Promedio mensual (Córdobas)
Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte			
Invalidez parcial	2.400	63.703.848,30	2.211,94
Invalidez total	8.791	335.620.174,98	3.181,48
Viudez	13.723	198.868.821,35	1.207,64
Orfandad	5.784	48.586.153,93	700,01
Vejez	47.620	1.805.962.981,72	3.160,37
Ascendencia	645	8.261.347,16	1.067,36
Total	78.963	2.461.003.327,44	2.597,21
Seguro de Riesgos Profesionales			
Incapacidad parcial	3.937	65.443.646,74	1.385,23
Incapacidad total	1.675	52.656.705,33	2.619,74
Viudez	770	10.288.065,92	1.113,43
Orfandad	830	5.950.363,03	597,43
Ascendencia	207	2.465.832,96	992,69
Total	7.419	136.804.613,98	1.536,65
Pensionadas a víctimas de guerra			
Invalidez Parcial	5.547	76.683.520,63	1.152,03
Invalidez Total	2.886	73.035.393,38	2.108,90
Viudez	920	11.446.943,35	1.036,86
Orfandad	730	8.567.549,53	978,03
Ascendencia	11.993	171.466.782,22	1.191,44
Total	22.076	341.200.189,11	1.287,98
Pensiones especiales			
Invalidez, vejez y muerte	3.372	22.167.604,73	547,84
Mineros (Decreto 331)	2.316	19.638.632,80	706,63
Pensiones de gracia	668	963.802,83	120,23
Jubilados	217	479.887,28	184,29
Servidores a la patria	147	716.015,44	405,90
Ejército	21	363.123,88	1.440,97
Circenses	3	6.142,50	170,63
Total	3.568	23.592.271,80	551,02
Todos los regímenes			
Total	112.026	2.962.600.402,33	2.203,80

El promedio mensual se ha obtenido dividiendo por 12 el promedio anual por pensión.

Fuente: Anuario Estadístico 2008. INSS, Abril 2009.



El importe medio de las pensiones varía según el Seguro y el tipo de prestación. Así, mientras el importe medio de las pensiones por vejez y por invalidez total del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (el que mayores prestaciones otorga) superaba los 3.000 córdobas, el de las pensiones de viudez, en ese mismo seguro, era de poco más de 1.200 córdobas, y el de las pensiones de orfandad de 700 córdobas. Para valorar estas cantidades hay que tener en cuenta que el salario mínimo promedio a finales de 2008 era de 2.244 Córdobas.

Nicaragua. Importe medio de las pensiones, por tipo, en relación con el Salario Mínimo. 2008.



Fuente: Anuario Estadístico 2008. INSS, Abril 2009.

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social ofrece en su Anuario Estadístico el desglose por sexo de los perceptores de las pensiones del Seguro de Vejez, Invalidez y Muerte y del Seguro de Riesgos Profesionales, pero no de las pensiones a víctimas de guerra y de las pensiones especiales. Para las pensiones en las que se dispone de desglose por sexo, el 53% fueron otorgadas a hombres, y el 47% restante a mujeres.

Nicaragua. Número de pensiones en curso de pago por sexo de los perceptores, según tipo de pensión. 2008

Tipos de pensión	Hombres	Mujeres	Total
Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte			
Invalidez parcial	1.347	1.053	2.400
Invalidez total	4.391	4.400	8.791
Viudez	114	13.609	13.723
Orfandad	2.816	2.968	5.784
Vejez	31.992	15.628	47.620
Ascendencia	58	587	645
Total	40.718	38.245	78.963
Seguro de Riesgos Profesionales			
Incapacidad parcial	3.110	827	3.937
Incapacidad total	1.518	157	1.675
Viudez	2	768	770
Orfandad	424	406	830
Ascendencia	13	194	207
Total	5.067	2.352	7.419
Suma			
Total	45.785	40.597	86.382

Fuente: Anuario Estadístico 2008. INSS, Abril 2009

Para las pensiones del Seguro de Vejez, Invalidez y Muerte y del Seguro de Riesgos Profesionales también se dispone del desglose por sexo y edad. De acuerdo con ese desglose, que se ofrece en la tabla siguiente, se observa que, dentro de los perceptores de 60 y más años, las mujeres son mayoría (54,1%).

Nicaragua. Número de pensiones ordinarias del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y del Seguro de Riesgos Profesionales en curso de pago, por sexo y edad de los perceptores. **Nicaragua, 2008**

	Hombres	Mujeres	Total
Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte			
Total	40.718	38.235	78.953
60 - 64	6.783	8.015	14.798
65 - 69	6.339	8.131	14.470
70 - 74	5.765	7.015	12.780
75 - 79	4.240	5.337	9.577
80 y más	5.040	5.600	10.640
Total 60 y más	28.167	34.098	62.265
Resto	12.551	4.137	16.688
Seguro de Riesgos Profesionales			
Total	5.067	2.352	7.419
60 - 64	551	241	792
65 - 69	389	139	528
70 - 74	247	148	395
75 - 79	150	125	275
80 y más	57	67	124
Total 60 y más	1.394	720	2.114
Resto	3.673	1.632	5.305
Suma			
Total	45.785	40.587	86.372
60 - 64	7.334	8.256	15.590
65 - 69	6.728	8.270	14.998
70 - 74	6.012	7.163	13.175
75 - 79	4.390	5.462	9.852
80 y más	5.097	5.667	10.764
Total 60 y más	29.561	34.818	64.379
Resto	16.224	5.769	21.993

Fuente: Anuario Estadístico 2008. INSS, Abril 2009.

Para las pensiones a víctimas de guerra y pensiones especiales no se dispone, como ya se ha indicado, de desglose por sexo, aunque sí por edad. En total 12.672 pensiones a víctimas de guerra y 3.286 pensiones especiales fueron recibidas por personas de 60 o más años.



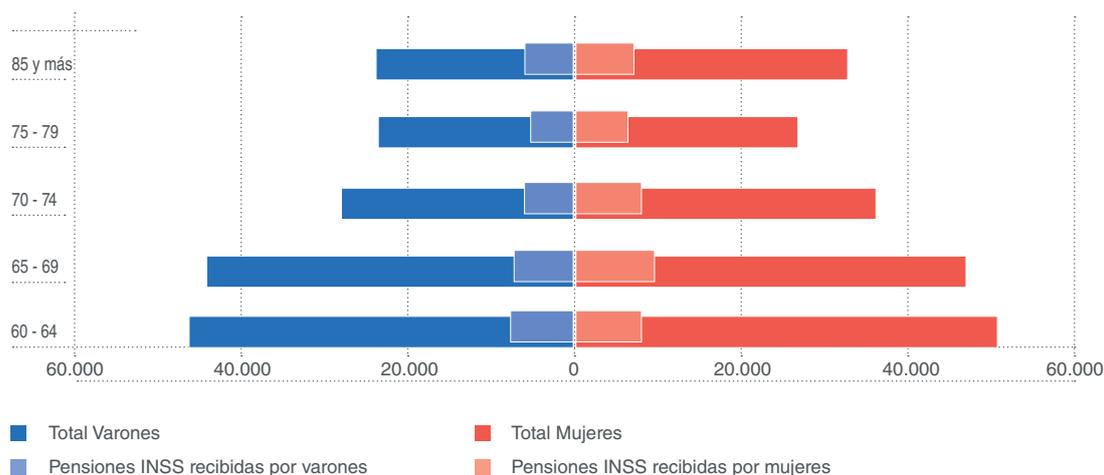
Nicaragua. Número de pensiones a víctimas de guerra y de pensiones especiales en curso de pago, por edad. Nicaragua, 2008

	Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte	Seguro de Riesgos profesionales	Pensiones a víctimas de guerra	Pensiones especiales	Total
Total	78.953	7.419	22.076	3.568	112.016
60 - 64	14.798	792	2.244	201	18.035
65 - 69	14.470	528	2.857	267	18.122
70 - 74	12.780	395	3.135	418	16.728
75 - 79	9.577	275	2.155	531	12.538
80 y más	10.640	124	2.281	1.869	14.914
Total 60 y más	62.265	2.114	12.672	3.286	80.337
Resto	16.688	5.305	9.404	282	31.679

Fuente: Anuario Estadístico 2008. INSS, Abril 2009.

El número total de pensiones pagadas a personas de 60 y más años asciende a 80.337, lo que supone una cobertura del 22%.

Nicaragua. Cobertura prestacional de las pensiones pagadas por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social en población de 60 y más años, por sexo y grupo de edad. 2008.



Fuente: Anuario Estadístico 2008. INSS, Abril 2009.

15.3. Sistema de Salud

La constitución, el código sanitario y otras disposiciones legales otorgan el derecho de la población nicaragüense a la cobertura de salud. El Sector Salud actual está conformado por un subsector público y un subsector privado.

Dentro del **subsector público**, el Ministerio de Salud (MINSA) es el principal oferente de servicios de salud y la institución rectora de la salud. La principal entidad aseguradora en el país es el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS), el que a través de 49 Empresas Médicas Previsionales (ahora denominadas Clínicas Médicas Previsionales -CMP-) compra prestaciones médicas para asegurados y derecho habientes.

El subsector público cubre a la población no asegurada, pero carece de registro y, en realidad, deja un tercio sin protección, el grupo más pobre de la población. El seguro social del

Instituto Nicaragüense de la Seguridad Social (INSS) cubre a los asalariados formales en los sectores público y privado (incluyendo los trabajadores del campo permanentes), la esposa/compañera del asegurado pero sólo durante el embarazo, parto y puerperio, y los hijos menores de 6 años de edad.

Se establecen límites a las prestaciones. No están cubiertos los pensionados, salvo los del régimen contributivo por vejez y con un paquete básico que comenzó en 2002.

Se ofrece cobertura voluntaria a los trabajadores independientes, asegurados cesantes y pequeños empleadores, pero con escasos resultados. La nueva ley de seguridad social hace obligatoria la cobertura de los independientes, servidores domésticos, agrícolas y transportistas. El INSS excluye en la práctica de la cobertura de salud a los trabajadores independientes, servidores domésticos, empleados de microempresas, familiares no remunerados y la enorme mayoría de los pensionados, a más de la cónyuge/compañera fuera de maternidad, el cónyuge masculino de la asegurada y los niños mayores de 6 años.

Las fuerzas armadas y el ministerio de gobernación tienen sus propios servicios para miembros y familiares dependientes, así como pensionados.

No hay información sobre los cubiertos por **seguros privados y medicina prepaga**. Todos los asegurados en el INSS reciben la atención de empresas medicas previsionales (EMP) la mayoría de las cuales son privadas. Gran parte de la población complementa los servicios del MINSA con servicios privados y del sector ONG.

15.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

En Nicaragua, existen tres niveles de atención sanitaria:

- **Atención Primaria en Salud** (Modelo de Salud Familiar y Comunitario).
- **Atención Especializada** mediante servicios ambulatorios, de internamiento y de rehabilitación.
- **Tercer nivel de Atención** basado en Servicios especializados en áreas importantes como: Cardiología, Oncología, Nefrología, Radioterapia, etc.

Los Servicios de Salud se clasifican de acuerdo a los ámbitos definidos en el Reglamento de la *Ley General de Salud* (2003), en tres grupos:

Servicios públicos en salud: Grupo de beneficios y acciones de salud pública, vigilancia, fomento y educación dirigidas a promover hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud en la persona, familia y comunidad.

- Educación higiénica.
- Educación en salud.
- Inmunizaciones.
- Promoción a la salud.
- Prevención y control de las principales enfermedades transmisibles y Tropicales.



- Vigilancia y control de agua, alimentos, desechos sólidos y líquidos, medicamentos y otros productos relacionados con la salud, sustancias tóxicas y peligrosas.
- Vigilancia, investigación y control epidemiológico, epizootico y Entomológico.

Servicios de protección y prevención en salud: Son acciones encaminadas a prevenir el daño y mantener el bienestar de la población.

- Atención prenatal, parto, y puerperio.
- Atención inmediata del recién nacido.
- Cuidados de la nutrición.
- Detección temprana del cáncer de cérvix y mama.
- Planificación familiar.
- Promoción de la salud bucal.
- Vigilancia y promoción del crecimiento y desarrollo.

Servicios para la atención oportuna del daño: Son acciones dirigidas a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas.

- Atención a personas con discapacidad.
- Enfermedades prevalentes de la infancia.
- Emergencias médicas y seguimiento.
- Morbilidad ambulatoria.
- Pacientes con enfermedades crónicas.
- Problemas del recién nacido.
- Rehabilitación con base en la comunidad.
- Trastornos psiquiátricos.

En Nicaragua, el **Plan Nacional de Salud del Adulto Mayor** del año 2002 contemplaba cobertura a 77 tipos de enfermedades, 37 tipos de exámenes de apoyo diagnóstico, 121 tipos de medicamentos y 3 tipos de procedimientos quirúrgicos que incluyen cirugía de próstata, cirugías oftalmológicas de cataratas y glaucoma. En el año 2005, se amplía la cobertura de la canasta de prestaciones al incluir la atención por Cáncer de Útero y mama.

El único requisito para recibir esta atención médica es ser pensionado por vejez y presentar el carnet correspondiente en la clínica medica prestadora de servicios de salud.

15.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Nicaragua	
Cobertura (2008)⁽¹⁾	
Población cubierta %	79,7
Población sin cobertura %	20,3
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2006)	10
Número de médicos por 10.000 habitantes (2003)	3,7
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2003)	10,7
Número de dentistas por 10.000 habitantes	< 0,5
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes	ND
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	9,6
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	17,0
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	51,8
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	48,2
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	7,7
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	23,9
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	98,1
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	1,4
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	113
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	44
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	235
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	92

Fuente:

1. Organización Panamericana de la Salud (2008). "Perfil de Sistemas de Salud en Nicaragua: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma".

2. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database

15.4. Servicios Sociales

15.4.1 Marco Institucional

Las instituciones y asociaciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Nicaragua son las siguientes:

- Ministerio de Familia, Adolescencia y Niñez.
- Consejo Nacional del Adulto Mayor (CNAM).
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. Desde este instituto se promueve el Programa Educativo, Laboral, de Salud y Cultural del Adulto Mayor (PELSCAM).

15.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Nicaragua se presentan brevemente a continuación:



- **Atención directa, asistencial y ayuda domiciliar** a aquellos adultos mayores que se encuentren en situación de dependencia.
- **Atención residencial** a través de residencias, Hogares de Ancianos, Comedores, etc.
- **Programa Educativo, Laboral, de Salud y Cultural del Adulto Mayor** del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) que se operativiza a través de la creación de las *Casas Xilonem* a nivel nacional. Este programa presenta una serie de componentes:
 - **Componente Educativo:** promueve la formación educativa sobre aspectos bio-psico-sociales del proceso de envejecimiento, potenciando una cultura del envejecimiento digno, activo, saludable y exitoso.
 - **Componente Laboral:** como un medio para el mejoramiento de los ingresos económicos y por consiguiente de la calidad de vida del Adulto Mayor, a través de la participación en proyectos productivos con fondos semilla revolvente, que les permita insertarse productivamente en el mercado laboral.
 - **Componente Salud:** Monitorea y supervisa los establecimientos de salud que atienden al Adulto Mayor, así como el sondeo de opinión para monitorear la calidad de atención recibida por el Adulto Mayor en los establecimientos de salud.
 - **Componente Cultural:** Estimula la realización de actividades recreativas y culturales con el Adulto Mayor para brindarles la oportunidad de transmitir sus experiencias y tradiciones para rescatar la identidad, autoestima, la experiencia y la capacidad de las personas adultas mayores.
- **Casas Xilomen**, con el objetivo de la integración social de sus miembros a través de la participación en diferentes eventos culturales a nivel nacional y en la organización además en proyectos educativos, productivos, de ocio, etc.
- **Casas Club del Adulto Mayor**, donde se realizan actividades sociales, culturales, artísticas, de ocio, etc.
- **Programa Amor** para la restitución de los derechos de los adultos mayores a través de las siguientes actuaciones:
 - Espacios de crecimiento espiritual con las Iglesias de la comunidad.
 - Celebración de efemérides. Ej. Día Internacional del Adulto mayor, Día Internacional de la Mujer, Día de la Madre y del Padre, etc.
 - Encuentros de intercambio de experiencia entre los Clubes, de esta manera se fortalece la motivación.
 - Paseos de recreación.
 - Ferias para ventas de producto.
 - Asistencia a espectáculos.
 - Cursos Básicos de Informática para adultos mayores.



16 Panamá

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



16.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos ofrecidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 el 6,7% de la población panameña se encuentra en el grupo de edad de 65 años y más mientras que la población menor de 15 años representa el 29% de la población total. Aunque la población adulta mayor representa un porcentaje pequeño de la población total se observa una tendencia de crecimiento. Así, las proyecciones apuntan que para el 2050 el porcentaje de adultos mayores será del 17,46%.

Panamá. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	1.768.454	1.739.928	3.508.382
65 - 69	41.472	42.642	84.114
70 - 74	29.559	31.179	60.738
75 - 79	20.647	22.718	43.365
80 - 84	12.402	14.744	27.146
85 y más	8.115	10.740	18.855
Total 65 años y más	112.195	122.023	234.218
Proporción sobre la población total %	6,3%	7,0%	6,7%

CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

Este aumento relativo de la población de 65 años y más se explica, junto con otros factores, por el aumento en la esperanza de vida al nacer que ha pasado de los 66,5 años en el quinquenio 1970-1975 a los 76,3 en el período 2010-2015. Al diferenciar por sexo, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es en promedio 5 años más alta que la de los varones. Según se puede observar en la siguiente tabla, esta diferencia entre mujeres y varones se mantiene al considerar la esperanza de vida a los 65 años y a los 80 años.

Panamá. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	73,7	79,1
Esperanza de vida a los 65 años	17,1	19,3
Esperanza de vida a los 80 años	7,7	8,6

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los siguientes indicadores muestran el envejecimiento incipiente de la población panameña. El índice de envejecimiento para el año 2010 se sitúa en 23 adultos mayores por cada 100 niños. Para este mismo año, el índice de masculinidad se sitúa en las 109 mujeres por cada 100 varones; el de dependencia es de 10 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. Y la edad media de la población es de 27 años.

Panamá. Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	23
Índice de masculinidad	109
Índices de dependencia	10
Edad media de la población (2009) *	27,0

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

16.2. Sistema de Pensiones

16.2.1 Descripción

La Caja de Seguro Social (CSS) fue fundada por medio de la *Ley 23 del 21 de marzo de 1941*. Sin embargo, antes del inicio de la ley, la población trabajadora panameña disfrutaba de diversos beneficios (pensiones para empleados públicos, prestaciones médicas, etc.), aunque éstos no descansaban sobre una base contributiva y dependían de la disponibilidad de fondos del Estado.

Esta legislación no cubría una serie de aspectos relevantes que debían permitir organizar dicho régimen de prestaciones. Debido a este motivo, se sucedieron diversas leyes y reformas hasta 1954, año en el que se aprobó el *Decreto Ley 14 de 1954*, mediante el cual se hizo una revisión integral al Régimen de Seguridad Social en Panamá.

En la década de los 60, son notables algunos avances de gran significación, tales como la inauguración del Hospital General, la extensión de la cobertura del Programa de Enfermedad a los miembros de la familia del asegurado, la concesión de pensiones de sobrevivientes, el pago de subsidio por incapacidad temporal, la creación de las asignaciones familiares y la mejora del subsidio de maternidad a catorce (14) semanas.

Durante el año 1970, el Régimen de Seguridad Social marca una de sus más relevantes conquistas, al centralizar la cobertura obligatoria de los Riesgos Profesionales y llevar a cabo la integración de los servicios de salud. Durante los años siguientes, el sistema no operó bajo una equitativa distribución en relación a la carga financiera entre el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social, correspondiendo a la Caja efectuar el mayor aporte. Entre los años 1975 y 1979, se crea el Fondo Complementario de Prestaciones Sociales para los servidores públicos y se mejora el régimen de vejez e invalidez, aumentando las pensiones vigentes y mejorando el cálculo de las prestaciones por conceder.

A comienzos de los 80, se incorpora al Seguro Social obligatorio, algunos sectores de trabajadores de la antigua Zona canalera, quienes residían en su mayor parte en las provincias de Colón y Panamá. Sin embargo, a finales de la década se produce el descalabro financiero del Programa Colectivo de Vivienda, con las consiguientes implicaciones administrativas, económicas y morales para la Caja de Seguro Social.

En la década de los 90, se inicia la reconstrucción nacional, sin recursos económicos, producto de la profunda y prolongada crisis que confrontó la economía del país. Las prestaciones que integra-



ban el Programa de Invalidez, Vejez y Muerte, se vieron afectadas en los últimos años con un déficit actuarial por las siguientes razones:

- Baja en los ingresos por cuotas, a consecuencia de la contracción en la actividad económica y el desempleo en el país.
- Aumento en el número de pensiones, principalmente de vejez anticipada.
- Eliminación de la 2ª Partida del décimo tercer mes, como fuente de financiamiento del programa.

Por tales motivos, se consideró urgente la revisión del sistema con el propósito de frenar los gastos y aumentar los ingresos, sin dismantelar conquistas sociales. En 1991, se aprueban las *reformas a la Ley Orgánica de la CSS*, determinando un incremento de dos años en la edad de jubilación de los asegurados, a partir de 1995 (57 años para las mujeres y 62 años los hombres) y se mantuvo en 180 los meses de cotizaciones para tener derecho a la jubilación, al igual que el 60% del sueldo base mensual para el monto de las jubilaciones. Entre las reformas a la Ley se incluye que a partir de la fecha se tomará como salario base mensual, para el cómputo de las pensiones, el promedio de los salarios correspondientes a los siete mejores años de cotizaciones acreditadas.

En 2004, la Administración se centró en unos ejes básicos para preservar el carácter solidario del sistema, fortaleciendo las prestaciones sociales para que se pueda recibir atenciones médicas independientemente de cuánto se cotice y siendo oportuno en las prestaciones económicas:

- Prestaciones sociales y médicas.
- Prestaciones económicas.
- Ingresos y finanzas.
- Proyectos de inversión.
- Desarrollo organizacional.

16.2.1.1 Prestaciones

La Caja del Seguro Social administra el régimen de prestaciones. El régimen de cuentas individuales fue introducido en enero 2008 para complementar el régimen de seguro social. El régimen de cuentas individuales cubre todas personas que entran al mercado de trabajo a partir de 2008 y los trabajadores independientes que eran menores de 35 años el 1 de enero 2007. Las personas que fueron empleadas por primera vez entre 2006 y 2007 y todos otros trabajadores independientes pueden optar de afiliarse al régimen. Los asegurados que ya tenían 35 años el primero de enero 2006, tenían la opción de afiliarse hasta el 31 de diciembre 2007.

Dentro de las diferentes prestaciones del sistema, nos centraremos en las prestaciones de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes a las que tendrían derecho los asalariados del sector público y privado, trabajadores ocasionales, estacionales y domésticos. Aquellos trabajadores independientes pueden afiliarse al seguro social de forma voluntaria.

Pensión de vejez

Desde 2008, la edad de retiro ha sido reducida a 60 años (hombres) o 55 años (mujeres).

La pensión mínima es de 175 balboas mensuales. La pensión máxima es de 1.000-1.500 balboas mensuales para asegurados con 25 años de cobertura e ingresos promedios de 1.500 balboas durante un periodo de 15 años. La pensión de vejez es pagadera en el extranjero.

A partir del 1 de enero de 2008 se instauró la **Pensión por Vejez Proporcional** cuyo monto es igual al sesenta por ciento (60%) del salario base mensual. Este tipo de pensión no tendrá límites.

A partir del año 2008, se incluye en el sistema de prestaciones la **Pensión por vejez para los trabajadores estacionales agrícolas y de la construcción**, para aquellos empleados del sector agrícola o de la construcción de menor calificación profesional y estabilidad laboral, cuyo historial de contribuciones a la CSS muestre reiteradas bajas como consecuencia de la naturaleza de la actividad que realizan. Deben contar con la edad de referencia (desde 57 años las mujeres y desde 62 años los hombres), y con cuotas entre 120 y menos de 180 aportadas. El salario base será el promedio de los 7 mejores años hasta el 31 de diciembre de 2009. El salario promedio de los 10 mejores años a partir de 1 de enero 2010.

A partir del 1 de enero de 2008 se instaura la **Pensión Anticipada** y la **Pensión por vejez proporcional anticipada** para aquellas personas con una edad mayor o igual a 55 años y menor de 57 años para las mujeres, y mayor o igual a 60 años y menor de 62 para los hombres. Se establece como necesario un mínimo de 216 cuotas desde el 1º de enero 2008 al 31 de diciembre del 2012 y un mínimo de 240 cuotas a partir del 1º de enero del 2013.

Por otra parte, también es posible una **pensión diferida** sin límite de edad. La **asignación familiar de vejez** se da cuando el asegurado no reúne los requisitos de cotización a la edad normal de retiro y consiste en una prestación cada 6 meses de cotización. En ningún caso, el total pagado en concepto de asignación familiar por vejez podrá exceder la suma de 100 balboas.

Los **Suplementos por personas a cargo** (a la edad de jubilación normal) consisten en 20 balboas mensuales para la cónyuge, y 10 balboas mensuales por hijo menor de 18 años (sin límite de edad si es inválido) hasta un máximo de 100 balboas. La pensión más los suplementos por personas a cargo no puede exceder del 100% del promedio de los ingresos utilizados como base del cálculo para la pensión.

Estas prestaciones por vejez anteriormente descritas se ajustan en base ad hoc dependiendo de la situación económica del país.

Pensión de invalidez

Para aquellas personas que presentan una pérdida de 2/3 de la capacidad de ganancia con 36 meses de cotización incluidos 18 meses durante los últimos 3 años, o un total de 180 meses de cotización. La pensión es pagadera por 2 años (puede ser extendida) y el grado de invalidez puede ser revisado en cualquier momento a solicitud de asegurado o la caja. La Comisión de Calificación Médica evalúa el grado de invalidez.

La pensión mínima de invalidez es de 175 balboas mensuales y un máximo de 1.000-1.500 balboas mensuales. La pensión de invalidez es pagadera en el extranjero. La pensión de invalidez no se convierte en una de vejez a la edad normal de retiro.



El **Subsidio de invalidez (asignación de invalidez)** consiste en un mes de pensión por cada 6 meses de cotización para aquellas personas que reúnen los requisitos de pensión pero cuentan con al menos 12 meses de cotización, 6 de los cuales en el año anterior a la invalidez.

Los **Suplementos por personas a cargo** (a la edad de jubilación normal) consisten en 20 balboas mensuales para la cónyuge, y 10 balboas mensuales por hijo menor de 18 años (sin límite de edad si es inválido) hasta un máximo de 100 balboas.

Estas prestaciones por invalidez se ajustan en base ad hoc dependiendo de la situación económica del país.

Pensión de sobrevivientes

Una Pensión de Sobreviviente se originará con el fallecimiento por causas no profesionales, de un asegurado o pensionado por vejez o invalidez, siempre y cuando se cumplan una serie de requisitos. Esta prestación se recibe cuando al fallecer el difunto reunía las condiciones de cotización para obtener la pensión de invalidez, o era pensionista.

La pensión mínima mensual es de 87,50 balboas para una viuda, 35 balboas para medios huérfanos, 52,50 balboas para los padres en ausencia de la viuda, 35 balboas para hermanos en ausencia de la viuda, huérfanos y padres. Esta prestación se paga a otras viudas durante 5 años solamente, y es una pensión pagadera en el extranjero. La pensión máxima total de sobrevivientes es del 100% de la pensión del fallecido, hasta 1.500 balboas.

La **Pensión de huérfanos** supone el 20% de la pensión del asegurado por cada huérfano menor de 14 años (18 años si es estudiante y sin límite si es inválido), o el 50% si es huérfano de padre y madre.

Para la Pensión por **Otras personas a cargo** (en ausencia de las antes mencionadas de madre o padre anciano o inválido), se trata del 30% de la pensión del asegurado, hermanos y hermanas con derecho, el 20% hasta los 14 años de edad.

Estas prestaciones se ajustan en base ad hoc dependiendo de la situación económica del país.

Asimismo, se puede recibir un **Subsidio de sepelio**, que consta de una suma fija de 300 balboas. La Caja de Seguro Social reconocerá un auxilio de funeral para ayudar a los gastos que origina la muerte de un asegurado, activo o pensionado, siempre y cuando la muerte no sea producto de un Riesgo Profesional, de acuerdo al Artículo 187 de la Ley 51 de 27 de diciembre del 2005. La suma establecida en la actualidad es de 300 balboas y se pagará a quien compruebe haber efectuado el gasto.

El requisito para tener derecho a este subsidio es que el causante tenga 6 ó más cuotas mensuales en los 12 meses anteriores al fallecimiento.

16.2.1.2 Programa “100 a los 70”

Recientemente el Gobierno ha puesto en marcha el programa “100 a los 70”, un programa especial de transferencia económica a los adultos mayores (hombres y mujeres) que consiste en la entrega de 100 balboas mensuales a las personas adultas mayores a partir de los 70 años de edad sin jubilación ni pensiones para mejorar sus condiciones de vida. El programa es gestionado por el Ministerio de Desarrollo Social.

16.2.2 Cobertura e intensidad de protección

De acuerdo con la Caja de Seguro Social de Panamá, el número de pensiones vigentes al 31 de diciembre de 2009 ascendió a 208.367. Al considerar este número de pensiones según el tipo de prestación, destaca el porcentaje del 84% que representaban las pensiones por Invalidez, Vejez y Muerte; las pensiones por Fondos Complementarios alcanzaron el 13% y las de Riesgos profesionales el 3%. Para esta misma fecha, el número de jubilados y pensionados registrados era de 186.623 personas. Esta diferencia entre pensiones y pensionados se debe a que algunas personas contaban con dos o más prestaciones.

Panamá. Número de pensiones Vigentes por Programa y Tipo de Prestación. Caja de Seguro Social. 31 de diciembre de 2009

Tipo de Prestación	Número
Invalidez, vejez y muerte (I.V.M.)	175.906
Vejez	101.851
Vejez anticipada	19.267
Vejez proporcional anticipada	438
Vejez proporcional	1.067
Vejez retiro anticipado	3.856
Vejez proporcional - trabajadores estacionales	23
Invalidez	19.796
Sobrevivientes	29.608
Riesgos profesionales	6.178
Absolutas permanentes	430
Parcial permanentes	3.645
Sobrevivientes	2.103
Fondo complementario	26.283
Jubilaciones por antigüedad de servicios	18.400
Jubilaciones por incapacidad física	482
Prestaciones complementarias por vejez	2.602
Prestaciones complementarias por vejez anticipada	1.556
Prestaciones complementarias por invalidez	3.243
Jubilados y pensionados	186.623

Nota: En el total de jubilados y Pensionados se considera a una sola persona en los casos que reciba una pensión complementaria y en el caso que tenga una jubilación especial con reembolso.

Fuente: Caja de Seguro Social. Dirección Ejecutiva Nacional de Prestaciones Económicas. Dirección Nacional de Planificación. Departamento Actuarial.

Según esta misma fuente, el número de pensionados de 65 años y más al 31 de diciembre de 2009 ascendió a 110.415 personas. El 88% de estas pensiones correspondían a beneficiarios del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. El 10% correspondían a los beneficiarios de Fondos complementarios y un 3% a Riesgos Profesionales.



Panamá. Número total de pensionados de 65 años y más. Según tipo de prestación. Caja de Seguro Social. 31 de diciembre de 2009

Tipo de Prestación	Hombres	Mujeres	Total
Invalidez, Vejez y Muerte (I.V.M.)	53.294	44.367	97.660
Riesgos Profesionales	822	757	1.579
Fondo Complementario	4.049	7.127	11.176
Total	58.165	52.251	110.415

Fuente: Caja de Seguro Social. Dirección Ejecutiva Nacional de Prestaciones Económicas. Dirección Nacional de Planificación. Departamento Actuarial.

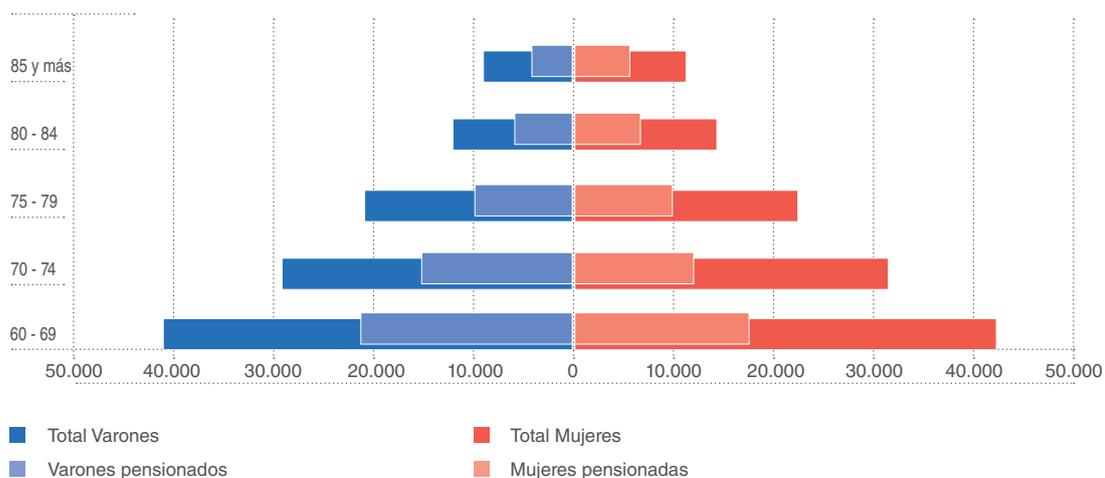
Al atender al sexo de los pensionados de 65 años y más, se observa una mayor proporción de los hombres frente a las mujeres. 53 y 47% respectivamente. Respecto a la población de 65 años y más en Panamá, la cual asciende a 234.218 personas, el número de pensionados supone el 47,14% de este grupo de edad.

Panamá. Número total de pensionados de 65 años y más. Según tipo de prestación. Caja de Seguro Social. 31 de diciembre de 2009

	Hombres	Mujeres	Total
65-69	21.837	16.764	38.602
70-74	15.359	12.735	28.094
75-79	10.152	9.670	19.822
80-84	6.193	6.707	12.900
85-89	3.154	4.037	7.190
90 años y más	1.469	2.338	3.807
Total	58.165	52.251	110.415

Fuente: Caja de Seguro Social. Dirección Ejecutiva Nacional de Prestaciones Económicas. Dirección Nacional de Planificación. Departamento Actuarial.

Panamá. Cobertura prestacional de las pensiones pagadas por la Caja de Seguro Social en población de 65 y más años, por sexo y grupo de edad. 2009.



Fuente: Caja de Seguro Social. Dirección Ejecutiva Nacional de Prestaciones Económicas. Dirección Nacional de Planificación. Departamento Actuarial.

El monto promedio de las pensiones depende del tipo de prestación. El monto promedio más alto correspondía a las pensiones por vejez que al 31 de diciembre de 2009 ascendían a 467 balboas en el caso de las pensiones originales y los 488 balboas para aquellas que incluyen aumentos otorgados a través del tiempo. Las pensiones con monto promedio más bajo son las de sobrevivencia.

Panamá. Monto promedio de las pensiones del Riesgo de IVM, Riesgos Profesionales y Fondo Complementario. Caja de Seguro Social. 31 de diciembre de 2009

TIPO DE PRESTACIÓN	MONTO PROMEDIO MENSUAL EN BALBOAS	
	Sin incluir aumentos ⁽¹⁾	Incluye aumento ⁽²⁾
Invalidez, vejez y muerte (I.V.M.)	385	410
Vejez	467	488
Vejez Anticipada	376	427
Vejez Proporcional Anticipada	216	224
Vejez Proporcional	218	223
Vejez Retiro Anticipado	504	510
Vejez Proporcional - Trabajadores Estacionales	73	73
Invalidez	320	354
Sobrevivientes	148	163
Viudas y Viudos	183	199
Huérfanos	67	76
Huérfanos Inválidos	77	93
Madres y Padres	87	105
Riesgos profesionales	131	161
Absolutas Permanentes	266	320
Parcial Permanentes	141	171
Sobrevivientes	85	111
Viudas	109	148
Huérfanos	51	61
Huérfanos Inválidos	49	80
Madres	94	114
Padres	41	50
Fondo complementario	218	-
Jubilaciones por Antigüedad de Servicios	192	-
Prestaciones Complementarias por Vejez	114	-
Prestaciones Complementarias por Vejez Anticipada	191	-
Prestaciones Complementarias por Invalidez	121	-

Nota: (1) El monto promedio se refiere a la pensión original.

(2) El monto promedio se refiere a la pensión original más los aumentos otorgados a través del tiempo.

El Balboa es la moneda nacional de Panamá, equivale al Dólar estadounidense.

Fuente: Caja de Seguro Social.

No existe un único salario mínimo en Panamá, sino una larga lista de salarios mínimos que dependen de la actividad económica, la región urbana o rural en la que se desempeñe la actividad y la el número de horas trabajadas a la semana. Así, el salario mínimo en la agricultura fue establecido en diciembre de 2009 en torno a los 220-260 balboas mientras que en los servicios comunales sociales y personales mantenía valores en torno a los 376-416 balboas.



Panamá. Importe medio de las pensiones de Vejez, Invalidez y Muerte pagadas por la Caja de Seguro Social, por tipo, en relación con el Salario Mínimo. 2008.



Fuente: Caja de Seguro Social.

El programa “100 a los 70” ha registrado 90.000 beneficiarios en septiembre de 2010.

16.3. Sistema de Salud

La Salud Pública en Panamá está administrado principalmente por dos entidades: el Ministerio de Salud (MINSA) y la Caja de Seguro Social (CSS). Antes de la reforma del año 2005, el sistema de salud tenía una articulación funcional entre los sectores de seguro social y el público, y no había otros programas públicos separados. La reforma del sistema sanitario mantuvo esta situación e intentó una mejor articulación entre los dos sectores sobre la base de mecanismos de referencia y contrarreferencia, así como de compensación de costos entre ambos.

Actualmente, no hay una gran separación de funciones entre ambos organismos (MINSA y CSS). No obstante, se encuentran diferencias en las formas de financiamiento. Los hospitales y los centros de atención primaria que son administrados por el MINSA reciben fondos de partidas presupuestarias del Gobierno Nacional. Los recursos y servicios que son administrados por la CSS se apoyan en dinero que los trabajadores asalariados pagan en cuotas.

La provisión de servicios del sector privado se realiza a través de la contratación y/o compra directa de los servicios sanitarios directamente a las empresas prestadoras.

16.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

Entre los planes y programas generales de salud que se ofrecen desde el Ministerio de Salud, destacan:

- Programa de prevención del VIH/SIDA.
- Programa Nacional de Salud Mental.
- Programa Nacional de Salud Ambiental.
- Programa de Salud Rural.
- Programa de Protección Social.

- Programa de Nutrición.
- Programa de Salud Reproductiva.
- Programa de Niñez y Adolescencia.
- Programa de Salud Bucal.
- Programa de Control de la Tuberculosis.
- Programa de Salud Ocupacional.
- Proyecto del Sistema Nacional de Donación de Sangre.
- Programa de Salud del Adulto.

En cuanto a la atención de las personas mayores, el MINSA cuenta con el **Hogar de Larga Estancia** y el **Programa de Salud del Adulto**, en el que se realizan actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación de las personas adultas mayores considerando los factores biopsicosociales y del ambiente. Desde la Universidad de Panamá y el Hospital Psiquiátrico Nacional se están desarrollando **Programas de formación en Gerontología** para profesionales del sector sanitario.

En Panamá, la Dirección Nacional de Adultos Mayores se incluye dentro de la estructura del Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. Desde este organismo se llevan a cabo una serie de programas y acciones relacionadas con la salud de los adultos:

- **Programa de atención integral del adulto mayor** a través del cual se trata de dar respuesta o brindar solución a situaciones de riesgo social que afecta la integridad física y mental del adulto mayor.
- **Programa de personas adultas mayores saludables**, que tiene como objetivo primordial promover estilos de vida saludables en beneficio de la población adulta mayor residente en hogares o centros de atención y en grupos de personas mayores organizados a nivel comunitario.
- **Centros de asistencia, habilitación y rehabilitación para ancianos** (Centros de Atención Diurna, Hogares o Albergues para personas mayores).
- **Programa de Capacitación y Actualización**, en el cual se desarrollan acciones de formación en materia de vejez y envejecimiento dirigido a residentes y personal que trabaja en las instituciones de protección familiar.
- **Programa de Educación y Sensibilización**, que tiene como objetivo lograr un cambio de la apreciación de la sociedad sobre la vejez y el envejecimiento, que se traduzca en un mejor trato y valoración de las personas adultas mayores, junto con la promoción de derechos.

La Caja del Seguro Social ejecuta distintos programas dirigidos a las personas mayores a fin de preservar su dignidad, subsistencia y salud con el fin que los mismos favorezcan un envejecimiento activo y saludable, priorizando las acciones de promoción, protección, prevención, recuperación y rehabilitación de las personas adultas mayores, y reducir la prevalencia de enfermedades crónicas, degenerativas y discapacitantes, al igual que la incidencia de enfermedades prevenibles:



- Programa de Sistema de Atención Domiciliaria Integral (SADI), que brinda servicios médicos, de enfermería, fisioterapia, farmacia, etc. a aquellas personas adultas en situación de dependencia.
- Programa de Promoción, Prevención y Atención de la Tercera Edad, que incluye controles de salud bianual, vacunación contra el tétano y el neumococo, control y seguimiento de enfermedades crónicas degenerativas e infecciosas, charlas mensuales sobre temas de promoción de la salud y estilos de vida saludables, etc.

16.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Panamá	
Cobertura⁽¹⁾	
Población cubierta %	67
Población sin cobertura %	33
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2005)	22
Número de médicos por 10.000 habitantes (2000)	15
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2000)	27.7
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2000)	7.6
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes (2000)	8.6
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7.3
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	11.5
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	31.2
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	68.8
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.2
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	47.7
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	80.6
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	19.2
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	507
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	262
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	738
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	380

1 Organización Panamericana de la Salud. Nota informativa sobre Panamá. 2007.

2.OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database.

16.4. Servicios Sociales

16.4.1 Marco institucional

Las instituciones y asociaciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Panamá son las siguientes:

- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), al que está adscrito el Consejo Nacional del Adulto Mayor.
- Caja del Seguro Social.

16.4.2 Principales recursos y programas sociales

En Panamá no existen recursos sociales específicos dirigidos a adultos mayores, con la salvedad del **Programa Especial de Transferencia Económica a los Adultos Mayores** (hombres y mujeres), más conocido como “100 a los 70”, que consiste en la entrega de 100 balboas a las personas adultas mayores a partir de los 70 años de edad sin jubilación ni pensiones, y fue creado por el Gobierno Nacional que ejecuta el Ministerio de Desarrollo Social para mejorar las condiciones de vida, y la Atención residencial a través de los Hogares de Ancianos, Asilos y Residencias privadas.



Por otra parte, existen una serie de recursos y programas que incluyen a los adultos mayores como colectivo de atención, entre otros colectivos sociales:

- **Programa “Muévete por Panamá,”** que tiene un componente específico dirigido a las personas adultas mayores basado en el *programa de lentes*, que gestiona la adquisición de anteojos en los mayores que presentan dificultades visuales.
- **Proyecto de Alfabetización “Muévete por Panamá”** para facilitar el aprendizaje de la lecto-escritura en personas iletradas, principalmente en las zonas indígenas, rurales y marginales urbanas quienes en su mayoría no pudieron asistir en su momento a la escuela por falta de recursos económicos y ausencia de infraestructura., entre ellas los adultos mayores.
- **Programa “Redes Territoriales,”** que fomenta el desarrollo del capital social en las comunidades a nivel nacional para detectar y potenciar las organizaciones comunitarias existentes y sus recursos, articular la inversión social a nivel local y promover la planificación de proyectos colectivos de forma participativa, incluyendo a los adultos mayores.
- **Programa “Red de Oportunidades,”** que emprende acciones permanentes en personas que viven en condiciones de pobreza extrema, entre ellas los adultos mayores.
- **Centro de Orientación y Atención Integral** que brinda respuestas eficientes a los problemas sociales que enfrentan los grupos de atención prioritaria. El Centro atenderá los casos de hombres, mujeres, niños, niñas, jóvenes, personas con discapacidad y adultos mayores que presenten algún tipo de problema social que atente contra su integridad y su calidad de vida.





17 Paraguay

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



17.1. Perfil demográfico

Según los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población paraguaya asciende a 6.459.617 habitantes. Al considerar la edad, destaca el porcentaje de la población menor de 15 años que se sitúa en el 33,5%. Por otro lado, el porcentaje de personas mayores (65 años y más) es de 5,2%. Se prevé que esta diferencia porcentual entre la población mayor e infantil decrecerá y que para mitad del siglo la población de 0 a 14 años estará sólo 7 puntos por encima de los mayores que para este período representarán el 13,02 % del conjunto poblacional.

Paraguay. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	3.259.806	3.199.811	6.459.617
65 - 69	59.255	59.985	119.240
70 - 74	43.326	46.289	89.615
75 - 79	27.122	31.444	58.566
80 - 84	17.637	22.888	40.525
85 y más	10.498	15.384	25.882
Total 65 años y más	157.838	175.990	333.828
Proporción sobre la población total %	4,8%	5,5%	5,2%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

El aumento en el volumen y peso de los adultos mayores en la población se explica al observar el comportamiento específico de variables como la fecundidad, mortalidad, migración y la esperanza de vida, entre otros. Respecto a Paraguay, destaca, entre otras cifras, el aumento en la esperanza de vida. Así, para el quinquenio 1970-1975 la esperanza de vida al nacer se encontraba en los de 65,9 años para pasar a los 72,8 años en el período 2010-2015. Al considerar el sexo, se observa que las mujeres presentan una mayor expectativa vital que los varones tanto al nacer como a los 65 y a los 80 años.

Paraguay. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida al nacer	70,7	74,9
Esperanza de vida a los 65 años	16,4	18,3
Esperanza de vida a los 80 años	7,5	8,3

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los indicadores de envejecimiento en Paraguay muestran un perfil poblacional todavía joven. Así, el índice de envejecimiento muestra que en el año 2010 se cuentan 15 adultos mayores por cada 100 niños. Para este mismo año, el índice de masculinidad se sitúa en las 112 mujeres por cada 100 varones; el de dependencia es de 8 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. Y la edad media de la población es de 22,7 años.

Panamá. Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	15
Índice de masculinidad	112
Índices de dependencia	8
Edad media de la población (2009)*	22,7

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

17.2. Sistema de Pensiones

17.2.1 Descripción

El sistema de pensiones y jubilaciones en este país está integrado por ocho regímenes o y seis entidades privadas no reguladas. Entre el Instituto de Previsión Social (IPS), que cuenta con casi el 50 por ciento de las personas afiliadas en situación de activos, y la Caja Fiscal, que tiene más del 50 por ciento de personas afiliadas en situación de pasivos, estos dos entes del sector regulado reúnen al 94 % de la población total que está en algún régimen de jubilación y pensión. Los seis regímenes restantes del sector regulado tienen bajo protección 9 por ciento de la población de beneficiarios, mientras que el sector no regulado afilia a sólo el 4 por ciento restante. A fines de la década pasada, considerando la población bajo amparo de los regímenes no contributivos de la Caja Fiscal, se tenía un total de aproximadamente 400 mil personas afiliadas.

El régimen de afiliaciones permite tres categorías:

El régimen regular, que abarca a todos los trabajadores en situación de dependencia y sus familias a cargo, cubre riesgos de accidente, enfermedad, maternidad y vejez.

El régimen especial de salud incorpora a las trabajadoras del servicio doméstico, que trabajan en Asunción y Departamento Central y al magisterio público y privado en todo el país. Para este último grupo los beneficios se limitan a la cobertura por enfermedad y maternidad.

La tercera categoría está integrada por los veteranos de la guerra del Chaco y sus beneficiarios. En este caso las jubilaciones pueden ser ordinarias, de invalidez por enfermedad común y de invalidez por accidentes de trabajo o enfermedad profesional.

17.2.1.1 Marco legal

El marco legal principal que regula la seguridad social define y crea los organismos encargados de la prestación de los servicios del sistema regulado de jubilaciones y pensiones. Principales leyes y decretos sobre la seguridad social Decreto Ley 1807/43 que crea el Instituto de Previsión Social.

Ley de Jubilaciones y Pensiones para empleados públicos de 1902 y reemplazada por la Ley N° 23485/2003 Sistema de Jubilaciones y Pensiones del Sector Público, administrada por la Dirección de Jubilaciones y Pensiones del Ministerio de Hacienda (Caja Fiscal). Ley N° 71/68; Ley N° 1042/83; Ley N° 300/87 que crea la Caja de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Adminis-



tración Nacional de Electricidad (ANDE). Ley N° 641/24; Decreto-Ley N° 1550/40 que crea la Caja de Jubilaciones y Pensiones de Empleados y Obreros Ferroviarios.

17.2.1.2 Régimen de seguro social

El régimen del seguro social que incluye Vejez, Invalidez y sobrevivientes está regulado por la Ley 98 del 31 de Diciembre sobre el régimen unificado de pensiones. Su aplicación es para los asalariados, incluyendo empleados de entidades estatales descentralizadas y de empresas mixtas, y aprendices.

Los requisitos para acceder a las prestaciones son las siguientes:

Pensión de vejez: Los requisitos son tener 60 años de edad (hombres y mujeres) con 25 años de cotización. Un asegurado mayor a 60 años de edad puede solicitar una pensión. (Si el asegurado era mayor de 60 años de edad en febrero de 1999, se requieren 15 años de cotización. La pensión mensual es del 100% del promedio de los ingresos.

Pensión anticipada: 55 años de edad (hombres y mujeres) con 30 años de cotización. La pensión es del 80% del promedio de los ingresos más el 4% por cada año después de los 55 y hasta los 59 años de edad. El promedio de los ingresos se calcula considerando los ingresos de últimos 36 meses pero excluyendo el último mes antes de la jubilación. La pensión mínima mensual es de 300.000 guaraníes. La pensión máxima mensual es de 300 veces el salario mínimo diario. (El salario mínimo mensual es de 1.219.750 guaraníes.) y es necesario el cese de actividad remunerada.

Pensiones de invalidez: Pérdida de 2/3 de la capacidad de ingresos con 150 semanas de cotización si el asegurado es menor de 55 años de edad; 150 a 250 semanas si es menor de 60 años y entre 250 y 400 semanas si es menor de 65 años. Una comisión médica y tres médicos evalúan el grado de incapacidad. El grado de incapacidad es revisado cada 5 años.: La pensión mensual es del 50% del promedio de los ingresos durante los últimos 36 meses, más el 1,5% del promedio de los ingresos por cada 50 semanas de cotización que superan las 150 semanas, hasta un máximo del 100%. La pensión mínima mensual es de 300.000 guaraníes. La pensión máxima mensual es de 300 veces el salario mínimo diario. (El salario mínimo mensual es de 1.219.750 guaraníes.)

Prestación de sobrevivientes: Al fallecer, el difunto era pensionista, o tenía 750 semanas de cotización. Los derechohabientes son la viuda o el viudo o conviviente en cohabitación con el fallecido por al menos 5 años (2 años si tenían hijos), hijos menores de 18 años de edad (sin límite si es discapacitado) y padres a cargo si no hay otros derechohabientes. La pensión es del 60% de la pensión pagada o pagadera al fallecido. La prestación se divide en partes iguales entre el viudo, la viuda o conviviente mayor de 40 años de edad y los hijos menores de 18 años de edad. El viudo, la viuda o conviviente menor de 40 años de edad recibe una prestación equivalente a 3 veces la pensión anual del fallecido. En caso de nuevo matrimonio o régimen de convivencia la pensión cesa y se paga una suma fija equivalente a 2 veces la pensión anual del fallecido.

Otros derechohabientes (en ausencia de los previamente mencionados): Los padres del fallecido.

Subsidio de sobrevivientes: El fallecido tenía menos de 750 semanas de cotización. Una suma fija equivalente a un salario mínimo mensual por cada año de cotización.

Subsidio de sepelio: Pagadera a la persona que corrió con los gastos del funeral. Una suma fija equivalente al 75% del salario mínimo diario. (El salario mínimo mensual es de 1.219.795 guaraníes.)

17.2.1.3 Pensión alimentaria (no contributiva)

El Poder Ejecutivo, a través del decreto N° 4542/2010, ha reglamentado la Ley 3728/2009, que establece el derecho a la pensión alimentaria para las personas adultas mayores en situación de pobreza.

La selección y el pago de la pensión alimentaria para adultos mayores de 65 años o más en situación de pobreza se aplicará gradualmente desde agosto de 2010, y alcanzará a 5.000 beneficiarios en 2010 y a 20.000 beneficiarios adicionales por año a partir del 2011, de acuerdo a la disponibilidad de recursos.

La pensión que deberá recibir cada adulto mayor se pagará de manera mensual y será igual a la cuarta parte del salario mínimo vigente. En caso de que el salario mínimo sufriera modificaciones, las mismas serán introducidas al siguiente ejercicio fiscal.

Este subsidio, que será intransferible, no reembolsable ni acumulable, podrá ser otorgado a más de un miembro de una misma familia, siempre que cumplan con los requisitos establecidos.

Para obtener el beneficio previsto en la Ley N° 3728/2009, el adulto mayor deberá tener 65 años de edad cumplidos, ser de nacionalidad paraguaya natural, fijar domicilio en el territorio paraguayo, contar con la aplicación de la Ficha Hogar, elaborada por la Dirección General de Encuesta, Estadísticas y Censos (DGEEC), de cuyo resultado automáticamente surja el índice de Calidad de Vida (ICV) que lo califique en situación de pobreza y lo habilite a ser beneficiario del subsidio.

El Fondo de Pensión Alimentaria para los Adultos Mayores estará financiado por recursos asignados en el Presupuesto General de la Nación

17.2.2 Cobertura e intensidad de protección

Aunque no se difunden estadísticas sobre el número de perceptores de pensiones ni sobre el monto de las mismas, existe un amplio consenso en considerar que la cobertura de los sistemas de jubilaciones y pensiones en Paraguay es reducida. A nivel nacional, se estima que el 14% de las personas de 60 y más años de edad es beneficiaria de la seguridad social. En las áreas urbanas, el 20% de los adultos mayores gozan de ese beneficio, frente a menos del 7% de los adultos mayores en las áreas rurales.



17.3. Sistema de Salud

En el **subsector público** el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) es la entidad rectora, orientadora y diseñadora de las políticas sanitarias, así como reguladora las acciones públicas y privadas, administra el sistema público junto con los gobernadores de los 17 departamentos, que están a cargo de los Consejos Regionales de Salud y coordinan con los municipios que tienen consejos locales. También la Universidad Nacional tiene instalaciones propias. Hay programas públicos de sanidad de las fuerzas armadas y de sanidad policial. La reforma creó un Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro de Salud y con representación de todas las entidades del sistema, el cual tiene a su cargo la concertación y coordinación interinstitucional de los planes, programas y proyectos de interés nacional, a través de la Superintendencia Nacional de Salud la cual también supervisa las instituciones de aseguramiento público y privado.

El **seguro social** (Instituto de Previsión Social, IPS) maneja el programa de enfermedad-maternidad con sus propias instalaciones para trabajadores asalariados privados y de entes descentralizados y empresas públicas o mixtas. Dentro del IPS, hay regímenes especiales para el servicio doméstico de la capital, el magisterio público y privado, una entidad descentralizada (Administración Nacional de Electricidad, ANDE), y un régimen no contributivo para veteranos de la guerra del Chaco. Los funcionarios públicos tienen un seguro médico con subsidio fiscal y hay otros programas en las entidades autárquicas y dos empresas estatales descentralizadas.

El **subsector privado** se divide en dos tipos de entidades prestadores, un tipo de entidades sin fines de lucro compuesto de fundaciones, asociaciones, ONGs, iglesias, la Cruz Roja y dos mutuales. El sector privado con fines de lucro se subdivide en empresas de medicina prepaga (concentradas en la capital y el departamento central), establecimientos privados cuya mayoría tiene el prepago como actividad secundaria, que pueden ser cerrados (con servicios propios), abiertos (el afiliado tiene libre elección para escoger los servicios) o mixtos, y una extensa medicina tradicional o popular.

17.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

Los planes y programas generales de salud que se ofrecen desde el Ministerio de Salud, son:

- **Atención Primaria**, a través de Centros de Salud, Hospitales de distrito y Hospitales de atención básica complementaria.
- **Atención Médica Especializada**, a través de Hospitales especializados.
- **Atención ante situaciones de emergencias**, a través de los Centros de Asistencia a Emergencias.
- **Programas de Fortalecimiento de las prestaciones de salud**: salud bucodental, salud mental, nefrología, toxicología, transfusión sanguínea, anatomía patológica y registro de tumores, programa de prevención del cáncer en la mujer, salud sexual, reproductiva y de la mujer, programa de prevención de la fibrosis quística, etc.
- **Programas de Vigilancia de salud**: prevención de enfermedades cardiovasculares, programa de lucha contra el SIDA, programa de prevención de la diabetes, tabaquismo, programa de enfermedades inmunoprevenibles, programa de prevención de la tuberculosis y la lepra, etc.

La Dirección de Adultos Mayores y Discapacidad cuenta con recursos específicos para Adultos Mayores:

- **Programa de Promoción de la Salud** del Adulto Mayor, cuyo objetivo es promover la salud y prevenir enfermedades. En el marco de este programa se lleva a cabo un proyecto sobre Envejecimiento Saludable y un ciclo de Charlas sobre Autocuidado de la Salud.
- **Programa Nacional sobre Envejecimiento Saludable**, iniciado en mayo de 2000 y con ámbito de actuación nacional, que tiene por objetivo promover el envejecimiento saludable de los adultos mayores y
- **Centros de atención para ancianos** (Centros de Atención Diurna y Residencias para personas mayores).
- Construcción del primer **Hospital Geriátrico** como espacio de atención especializada de mediano nivel de complejidad que permita la prevención, el tratamiento y la rehabilitación integral del adulto mayor y
- **Programas de formación continua** a estudiantes y profesionales sobre Gerontología o cursos relacionados con el envejecimiento.
- Actualmente, se están elaborando **fascículos de autocuidado** que serán publicados mensualmente, en un medio de prensa escrita. La publicación tendrá relación con una serie de charlas que se harán a nivel nacional en coincidencia temática con la publicación.

El IPS cuenta con unos recursos y servicios específicos para los adultos mayores:

- **Atención médica, quirúrgica y dental**, con una cobertura amplia (provisión de medicamentos, prótesis, consultas médicas, realización de estudios auxiliares de diagnóstico) a todos los adultos mayores aportantes del Seguro Social y a los familiares de estos (esposa/o, hijos menores y mayores incapacitados, padres). El requisito de acceso es el de pertenecer a la Caja Previsional a través del aporte o encontrarse en goce de jubilación otorgada por el IPS.
- **Plan Ciudadano de Oro** con acciones de promoción y prevención (Programa Asuriesgo), atención médica (Programa Medicasa) y rehabilitación.
- **Ayudas técnicas y ortopedia** para los aportantes de la Caja Previsional, dentro del régimen general con un mínimo de 3 años de aportes o a quienes se encuentran en goce de una jubilación concedida por el Instituto.
- Creación del **Parque Salud** donde se va a desarrollar el Programa de salud basado en la actividad física y en charlas de capacitación con orientaciones médicas y actividades de recreación.
- **Cursos de sensibilización y prevención** sobre diversas enfermedades que aparecen con mayor frecuencia en la vejez, en los que principalmente orienta sobre las medidas de prevención de las mismas.

Fuera de los beneficios del IPS no hay programas o planes públicos establecidos para los adultos mayores a excepción de los que llevan a cabo algunas instituciones estatales (Dirección de Beneficencia Nacional, DIBEN; Secretaría Ejecutiva de Acción Social de la Presidencia de la República e Instituto Nacional de Protección a las Personas Excepcionales, INPRO) que proveen caso por caso ayudas técnicas y ortopedia, teniendo como base las personas con carencias económicas.



17.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Paraguay	
Cobertura (2005)⁽¹⁾	
Población cubierta %	21,7
Población sin cobertura %	78,3
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2007)	13
Número de médicos por 10.000 habitantes (2002)	11.1
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2002)	17.9
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2002)	5.5
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes (2002)	3.3
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7.6
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	13.2
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	61.7
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	38.3
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.8
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	35.3
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	87.7
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	11.3
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	119
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	45
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	312
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	117

Fuente:

1. DGEEC. Encuesta Permanente de Hogares 2005.

2. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database

17.4. Servicios Sociales

17.4.1 Marco institucional

Las instituciones y asociaciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Paraguay son las siguientes:

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- Secretaría de Acción Social.
- Instituto de Bienestar Social.
- Dirección General de Adultos Mayores (DAM).
- Casa del Adulto Mayor en el Paraguay (ACAMP).
- Consejos Territoriales de Adultos Mayores.
- Asociación de Jubilados Municipales.

17.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Paraguay se presentan brevemente a continuación:

- Programa de “Aporte a Lisiados y Veteranos de la Guerra del Chaco” que se origina principalmente en los reiterados reclamos realizados por los excombatientes de la Guerra del Chaco, y cuenta con los siguientes componentes:
 - Aumento de sus pensiones mensuales, que actualmente están recibiendo del Ministerio de Hacienda.
 - Atención directa, asistencial y ayuda domiciliar a aquellos adultos mayores que se encuentren en situación de dependencia, para asegurar un entorno y unas condiciones de habitabilidad dignas.
 - Provisión de sillas de ruedas y colchones de agua para los beneficiarios del programa.
- Programa ÑOPYTYVÔ (Ñopytyvô es un vocablo guaraní que denota ayuda mutua), con el objetivo de mejorar las condiciones de vida de las personas en extrema pobreza, en forma inmediata y estructural, entre ellas los adultos mayores a través de la entrega de unos bonos solidarios.
- Programa TEKOHÁ. Garantiza a las familias en situación de vulnerabilidad el acceso a la vivienda digna y la promoción de comunidades sustentables. Se prioriza a aquellos grupos familiares que cuenten con miembro/s en situación de dependencia con discapacidades, enfermedades crónicas y adultos mayores.



- **Programa TEKOPORÁ** (Tekoporá es un vocablo guaraní que denota vivir bien), que garantiza el acceso a salud, educación y seguridad alimentaria de los niños, mujeres embarazadas, adultos mayores, comunidades indígenas y personas portadoras de discapacidad.
- **Programa “Rompiendo barreras que impiden a los adultos mayores salir de la oscuridad”** para lograr un cambio cultural que signifique un mejor trato y valoración de los adultos mayores.
- **Cursos de preparación para la Jubilación** dirigidos a los adultos mayores.
- **Club de Adultos Mayores.** Promueve el desarrollo armónico y la cultura del respeto a los adultos mayores en un ambiente de armonía, desarrollo físico, emocional y social.
- **Atención domiciliaria y residencial** (de estancia permanente y de día) a través de Hogares de Ancianos, la Casa del Adulto Mayor, etc., con el objetivo de brindar mejor calidad de vida a los adultos mayores.
- **Centro Comunitario de Adultos Mayores** para mejorar la calidad de vida del Adulto Mayor a través de la atención integral y acciones destinadas a promover la participación e integración al desarrollo de la comunidad.
- **Programa de Promoción e Integración Social de adultos mayores** para facilitar el acceso a buenos servicios, la integración a la familia y a la comunidad y la mejora de sus condiciones y calidad de vida.
- **Programa “Apoyo a la calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad indígena de Pykasu”**, con el objetivo de revalorizar a los adultos mayores de la población de Pykasu a través del aporte de sus conocimientos tradicionales a la comunidad.
- **Huerta ecológica didáctica comunitaria de adultos mayores de Ybytymi–Paraguarí** para incentivar el desarrollo autosustentable de una Huerta Ecológica Didáctica Comunitaria de Adultos Mayores de Ybytymi-Paraguarí a través de la Asociación de Adultos Mayores “Ara Mbyte Kaku’a Aty Hagua” (AMKA).
- **Programas Intergeneracionales** que cuentan con las siguientes actuaciones:
 - “Renovando la vida. Mi abuelo, mi árbol y yo” y “Sembrando el bosque de la Solidaridad”.
 - Encuentros Intergeneracionales.
 - Día Internacional del Adulto Mayor.
 - Participación en la defensoría del Pueblo.
 - Fomento de la Lectura mediante la Biblioteca Intergeneracional y otros proyectos.





18
Perú

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



18.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población peruana asciende a 29.495.252 personas. De éstas, 1.762.045 se encuentran dentro del grupo de 65 años y más, lo que suponen en términos porcentuales el 6% del conjunto poblacional. Este porcentaje contrasta con el de la población infantil que para este mismo año es del 29,9%. Según las previsiones esta distancia porcentual ira disminuyendo de tal manera que en el año 2050 el porcentaje de la población infantil será del 16,74% y el de los adultos mayores alcanzará el 21,37%.

Perú. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	14.781.280	14.713.972	29.495.252
65 - 69	298.359	325.203	623.562
70 - 74	224.044	256.829	480.873
75 - 79	150.817	185.608	336.425
80 - 84	81.939	110.845	192.784
85 y más	50.159	78.242	128.401
Total 65 años y más	805.318	956.727	1.762.045
Proporción sobre la población total %	5,4%	6,5%	6,0%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Este incremento de la población mayor se explica por el comportamiento de ciertas variables tales como la fecundidad, la mortalidad y el aumento en la esperanza de vida, entre otras. En el caso del Perú durante el período 1970-1975 la esperanza de vida al nacer era de 55,5 años, para el presente quinquenio este valor ha ascendido hasta alcanzar los 74,1 años. Al considerar esta variable según el sexo, se observa que la expectativa vital al nacer de las mujeres es en promedio 5 años más alta que la de los varones. Por otro lado, al referirnos a la esperanza de vida a los 65 años, la expectativa vital adicional de los hombres y las mujeres es de 15,4 y 17,8 años respectivamente. Por lo que respecta al número de años que le restarían por vivir a una persona a los 80 años, se observa de nuevo una expectativa mayor en las mujeres que en los varones.

Perú. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	71,5	76,8
Esperanza de vida a los 65 años	15,4	17,8
Esperanza de vida a los 80 años	7,1	8,2

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los siguientes indicadores muestran el envejecimiento de la población peruana: el índice de envejecimiento señala que en el año 2010 se cuentan 20 adultos mayores por cada 100 niños. Por otro lado, la mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para este mismo año se sitúa en 119 mujeres por cada 100 varones y con una edad media de la población de 25,3 años.

Perú. Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	20
Índice de masculinidad	119
Índices de dependencia	9
Edad media de la población (2009)*	25,3

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

18.2. Sistema de Pensiones

18.2.1 Descripción

El sistema previsional peruano está constituido por tres regímenes principales: el del Decreto Ley No. 19990 (denominado Sistema Nacional de Pensiones - SNP), el del Decreto Ley No. 20530 (denominado Cédula Viva) y el Sistema Privado de Pensiones (SPP). Los dos primeros son administrados por el Estado y forman parte del Sistema Público de Pensiones; mientras que el tercero es administrado por entidades privadas denominadas Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones (AFP).

El Sistema Nacional de Pensiones (D.L. n° 19990) está a cargo del Estado y atiende a más de 1,9 millones de trabajadores afiliados (obligatorios y facultativos) que provienen tanto del sector privado como público. Actualmente cuenta con cerca de 470 mil pensionistas. El aporte no es a una cuenta individual, sino a un fondo colectivo (sistema de reparto) y tiene como característica principal el otorgamiento de prestaciones fijas —sobre contribuciones no definidas— en valor suficiente para que la aportación colectiva de los trabajadores financie las pensiones. El Estado fija una pensión tope (mínima y máxima) y una contribución definida (aporte mínimo). En la actualidad, este sistema es administrado por la Oficina de Normalización Previsional (ONP).

En el Sistema Nacional de Pensiones la jubilación ordinaria (Régimen General) requiere tener 65 años de edad y una aportación de 20 años como mínimo. La tasa de aporte es el 13% de la remuneración asegurable del trabajador. Existe la posibilidad de jubilación adelantada desde la edad de 55 años (hombres) o de 50 años (mujeres), con una aportación mínima de 30 años (hombres) o de 25 años (mujeres), excepto en el caso de trabajadores despedidos por reducción de personal o cese colectivo, que podrán optar a la jubilación adelantada con 20 años de aportes. En el caso de jubilación adelantada, la pensión se calcula tomando como base la pensión que hubiera recibido el trabajador bajo el Régimen General, reducida en un 4% por cada año de adelanto respecto de la edad de jubilación establecida en dicho régimen. También existe un régimen espacial al que pueden acogerse los nacidos antes del 1° de julio de 1931 (hombres), o del 1° de julio de 1936 (mujeres) que hayan estado inscritos en las Cajas de Pensiones de la Caja Nacional del Seguro Social o del Seguro Social del empleado antes de la promulgación del Decreto Ley No. 19990. El monto de la prestación equivale en este caso al 50% de la remuneración de referencia por los primeros 5 años completos de aportación.



El **Régimen de Cédula Viva (D.L. nº 20503)** es un sistema cerrado a nuevas inscripciones. Tiene su origen en leyes antiguas que concedían pensiones vitalicias a cargo del Tesoro Público a un grupo muy reducido de funcionarios del Estado, como recompensa por los servicios prestados. El Decreto Ley No. 20530, promulgado el 26 de febrero de 1974, fue expedido para ordenar y restringir este sistema, en el que quedaron comprendidos únicamente los servidores públicos que se encontraban trabajando dentro de la carrera administrativa hasta el 11 de julio de 1962. Se estima que, a esa fecha, los pensionistas y afiliados activos comprendidos en este régimen no eran más de treinta mil. Sin embargo, el régimen no se extinguió y, por el contrario, fue creciendo debido tanto a las leyes posteriores que ampliaron el número de personas comprendidas y beneficios otorgados. La característica principal de este régimen es que el cálculo de la pensión permite ajustar las pensiones con relación a las remuneraciones del personal activo. Actualmente, la responsabilidad para la calificación, reconocimiento y pago de la pensión de este régimen recae en las entidades de origen del trabajador.

El **Sistema Privado de Pensiones** fue creado en 1992 e integra a más de 4 millones de trabajadores afiliados. En la actualidad unas 95 mil personas gozan de sus beneficios (son pensionistas). Es un régimen de capitalización individual, donde los aportes que realiza el trabajador se registran en su cuenta personal denominada Cuenta Individual de Capitalización (CIC), la misma que se incrementa mes a mes con los nuevos aportes y la rentabilidad generada por las inversiones del fondo acumulado y que es manejada por una AFP. En una coyuntura de inminente quiebra de los sistemas de pensiones administrados por el Estado, con la creación del SPP se buscó establecer un modelo previsional autofinanciado que asegure el bienestar de los trabajadores y sus familias, cuando éstos alcanzaran la edad de jubilación o en la eventualidad de un siniestro como la invalidez o el fallecimiento. En el SPP, la incorporación de un trabajador es voluntaria, es decir que cada afiliado elige libremente la Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) que maneje sus aportes. Para ello, se suscribe el Contrato de Afiliación, el mismo que entra en vigencia con el otorgamiento del Código Único de Identificación del SPP (CUSPP). A través de dicho contrato, el afiliado encarga a la AFP la administración de su Fondo de Pensiones y obtiene el derecho de recibir las prestaciones comprendidas en este sistema.

En el Sistema Privado de Pensiones la jubilación se produce a los 65 años de edad, y la tasa de aporte es el 8% de la remuneración asegurable.

Existen además otros regímenes especiales de jubilación como la Caja Militar- Policial (D.L. Nº 19846), la Caja del Pescador y otros que protegen a sus correspondientes agremiados.

18.2.2 Cobertura e intensidad de protección

El Sistema Nacional de Pensiones ha pagado, en agosto de 2010, un total de 466.900 beneficios, de los cuales 320.102 corresponden a pensiones de jubilación y vejez, 17.095 a pensiones de invalidez, 119.025 a pensiones de viudez, 9.595 a pensiones de orfandad y 1.093 a pensiones de ascendencia. No se dispone de desagregación por grupo de edad de los pensionistas.

El importe mensual medio de estos beneficios es de 560,42 nuevos soles, una cifra ligeramente inferior al salario mínimo, fijado en 600 nuevos soles desde el 1 de enero de 2010. El importe medio es más alto en las pensiones de jubilación u vejez (652,41 nuevos soles) que en el resto de los tipos de pensión.

Perú. Sistema Nacional de Pensiones. Planilla de pensiones.
Agosto 2010

	Planilla General	Planilla Adicional Ley 27803 (*)	Total
Número de pensiones			
Jubilación y vejez	318.024	2.078	320.102
Invalidez	17.093	2	17.095
Viudez	118.952	73	119.025
Orfandad	9.573	12	9.585
Ascendencia	1.092	1	1.093
Total	464.734	2.166	466.900
Importe promedio mensualizado (nuevos soles)			
Jubilación y vejez	651,41	805,57	652,41
Invalidez	531,23	484,17	531,22
Viudez	343,27	432,89	343,32
Orfandad	266,57	277,40	266,58
Ascendencia	294,28	315,00	294,30
Total	559,35	789,56	560,42

(*) La Ley 27803 concede beneficios a los trabajadores afectados por ceses colectivos efectuados en las empresas del Estado sujetas a procesos de promoción de la inversión privada y en las entidades del Sector Público y Gobiernos Locales.
Fuente: Oficina de Normalización Previsional. Estadísticas. Agosto 2010.

El Sistema Privado de Pensiones contaba, en el mes de septiembre de 2010, con 95.639 pensionistas, de los que 53.491 tenían 60 o más años de edad. El importe promedio de las pensiones de jubilación legal en este sistema se situaba en 955 nuevos soles.

Perú. Sistema Privado de Pensiones. Número de pensionistas e importe medio de las pensiones de referencia. **Septiembre 2010**

Edad	Jubilación	Invalidez	Sobrevivencia	Total
Número de pensiones				
< 60	8.990	4.672	28.486	42.148
61 - 65	10.734			
66 - 70	15.532			
71 - 75	8.943	1.602	13.140	53.491
> 75	3.540			
Total	47.739	6.274	41.626	95.639
De 60 y más años	38.749	1.602	13.140	53.491
Importe promedio (nuevos soles)				
Importe promedio de la pensión de referencia (*)	955	1.223	596	

(*) Se han considerado pensiones de referencia la jubilación legal, la invalidez con cobertura y la pensión a cónyuges sobrevivientes.

Fuente: Oficina Superintendencia de Banca, Seguros y AFP.



18.3. Sistema de Salud

La Constitución del Perú establece que todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada de velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. Dispone asimismo que el Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud. Reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida. El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento. Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley. El Estado combate y sanciona el tráfico ilícito de drogas y regula el uso de los tóxicos sociales.

La Ley 26.842 de 15 de julio de 1997, General de Salud. Trata sobre derechos, obligaciones y responsabilidades relativas a la salud de los individuos. Derechos, restricciones y responsabilidades en relación con la salud de terceros. Práctica de la medicina y de actividades técnicas auxiliares en el campo de la salud. Establecimientos de salud, servicios médicos, productos farmacéuticos, medicinas naturales, cosméticos. Control de enfermedades transmisibles, alimentos y bebidas. Instrumentos médicos, productos sanitarios y de higiene personal y doméstica. Protección del medio ambiente, fin de la vida, información sobre salud y publicidad. Autoridad de salud. Violaciones y sanciones.

Ley 27.056 de 30 de enero de 1999, del Seguro Social de Salud. Crea, sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social, el Seguro Social de salud, con el fin de dar cobertura de salud a los asegurados y sus derechohabientes. Regula los Planes de salud especiales para quienes no están asegurados y seguros especiales dentro del régimen libre de contratación. Funciones y prestaciones.

Ley 27.656 de 27 de enero de 2002, Fondo Intangible Solidario De Salud (FISSAL). Crea el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) con el fin de suministrar atención de salud a la población que no tiene acceso a los servicios de salud.

Ley 27.812 de 13 de agosto de 2002 del Seguro Integral de Salud. Identifica las fuentes de financiación del Seguro Integral de Salud y modifica el artículo 3 de la Ley 27.656 sobre recursos financieros del FISSAL.

Ley 27.813 de 12 de agosto de 2002 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS). Tiene por objeto coordinar los procedimientos de aplicación de la política general de salud para lograr que la atención integral de salud y la seguridad social universal en salud alcancen a todos los peruanos.

Decreto Supremo No. 004-2003 del Reglamento de la Ley No. 27813. Identifica el Consejo Nacional de Salud como órgano de concertación y coordinación nacional del SNCDS.

Ley 29344 de 26 de agosto de 2009, Marco de Aseguramiento Universal en Salud, garantiza el derecho pleno a la seguridad social en salud para toda la población, de afiliación obligatoria. Contempla como instituciones prestadoras de servicios de salud los públicos, privados o mixtos. Homogeniza todas las instituciones o subsectores vinculados con la cobertura de salud, como Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (AFA). Crea la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud con el fin de supervisar a las AFA y se establecen regímenes de financiamiento y planes de aseguramiento a cargo de éstas. Establece un régimen contributivo y otro subsidiado para poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) consiste en la lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios. Establece un conjunto garantizado de prestaciones de cobertura de servicios de salud para toda la población. Regula el control del cumplimiento público y privado de los planes de aseguramiento mediante la definición de Estándares de Prestación de Servicios y Vigilancia de la Liquidez y Solvencia Financiera de las Aseguradoras.

Son beneficiarios del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en su condición de afiliados a los siguientes regímenes:

- Régimen contributivo: personas que se vinculan a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud a través de un pago o cotización, sea por cuenta propia o de su empleador.
- Régimen subsidiado: personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio de un financiamiento público total. Dicho régimen está orientado principalmente a las poblaciones más vulnerables y de menores recursos económicos y se otorga a través del Seguro Integral de Salud.
- Régimen semicontributivo: personas que están afiliadas a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, por medio del financiamiento público parcial y aportes de los asegurados y empleadores.

El régimen incluye al cónyuge, hijos menores de edad o incapacitados permanentemente para el trabajo.

18.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud establece un listado mínimo de 140 condiciones que son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud:

- I Población Sana (5 prestaciones).
- II Condiciones Obstétricas y Ginecológicas (33 prestaciones).
- III Condiciones pediátricas (23 prestaciones).
- IV Condiciones neoplásicas (7 prestaciones).
- V Condiciones transmisibles (31 prestaciones).
- VI Condiciones no transmisibles (41 prestaciones).

Programas de Adultos Mayores

La Ley 28.683 de las Personas Adultas Mayores (2006), establece la atención preferente a las Personas Adultas Mayores y otros sectores de la sociedad para facilitar el uso o acceso adecuado de los servicios y establecimientos de uso público de carácter privado o estatal.

El Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010 constituye un instrumento para la gestión de acciones orientadas al bienestar de las personas adultas mayores en cuatro áreas:

- Envejecimiento saludable (Promoción de la salud, Asistencia Médica, Nutrición y Uso del Tiempo Libre).
- Empleo, previsión y seguridad social.
- Participación e integración social.
- Educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez.

18.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Perú	
Cobertura⁽¹⁾	
Población cubierta %	35
Población sin cobertura %	65
Adultos mayores con cobertura de salud	ND
Adultos mayores sin cobertura de salud	ND
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2007)	12
Número de médicos por 10.000 habitantes (1999)	12.0
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (1999)	7.0
Número de dentistas por 10.000 habitantes (1999)	1.0
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes (1999)	ND
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	4.4
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	13.8
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	41.7
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	58.3
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	1.5
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	39.7
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	77.5
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	19.0
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	184
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	87
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	316
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	149

Fuentes:

1. Población asegurada por el SIS. OPS: Indicadores de recursos, acceso y cobertura, Perú, 2008
1. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database

18.4. Servicios Sociales

18.4.1 Marco institucional

Las instituciones y asociaciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Perú son las siguientes:

- Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES).
- Dirección General de la Familia y de la Comunidad.
- Dirección General de Personas Adultas Mayores.
- Dirección General de Políticas de Desarrollo Social.
- Centro del Adulto Mayor (CAM).
- Instituto de Gerontología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

18.4.2 Principales recursos y programas sociales

Desde el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social se lleva a cabo la ejecución del **Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF)** encargado de la conducción de los Programas Sociales, dirigidos a promover la protección y desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores que se encuentran en situación de riesgo o abandono, propiciando la generación y mejoramiento de las condiciones que aseguren su desarrollo integral. Entre los servicios propuestos que guardan relación con los adultos mayores están los siguientes:

- Unidad Gerencial para el Desarrollo de la Población en riesgo. Entre los que se encuentran los adultos mayores.
- **Centros de Atención Residencial**, que brindan atención integral especializada.
- **Centros de Desarrollo Integral de la Familia, de Recreación Familiar y Centros Comunales** donde se desarrollan una serie de actividades relacionadas con el ámbito sociocultural y del ocio.
- **Programas de Participación de la comunidad** mediante actuaciones de voluntariado y/o padrazgo.

Los principales recursos sociales específicos dirigidos a los adultos mayores en Perú se presentan en el **Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010**. El Plan Nacional consta de 4 políticas y 42 medidas:

- Envejecimiento Saludable (20 medidas).
- Empleo, Previsión y Seguridad Social (6 medidas).

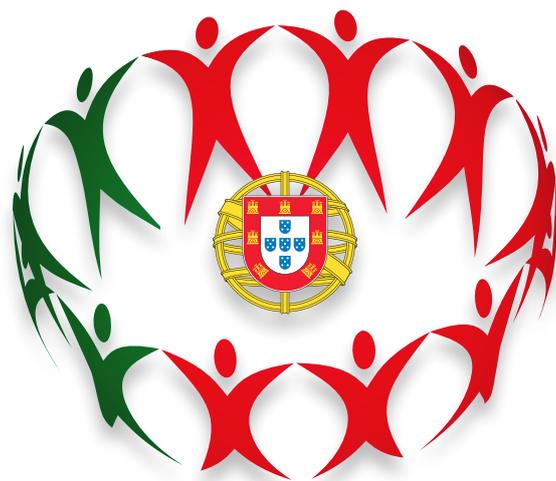


- Participación e Integración Social (9 medidas).
- Educación, Conciencia y Cultura sobre el Envejecimiento y la Vejez (7 medidas).

De entre los programas específicos incluidos en el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2006-2010, podemos desatacar algunos de ellos:

- Programas de promoción del Buen Trato y Defensa de los Derechos de las personas adultas mayores.
- **Centros Residenciales** para los mayores, que establece un modelo de atención con unas condiciones y parámetros a cumplir.
- **Creación de los CIAMs (Centros Integrales de Atención a la Persona Adulta Mayor)** como espacios para el desarrollo del mayor mediante actividades recreativas, educativas, de socialización, etc.
- **Programas de promoción de una imagen positiva de la Vejez y el Envejecimiento** con actividades de microemprendimiento como la organización de dos tradicionales Ferias Expoventa de productos elaborados por Personas Adultas Mayores, seminarios, charlas sobre el tema, etc.





19

Portugal

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana

19.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat), en el año 2009 el 17,6% de la población portuguesa se encontraba dentro del grupo de edad de 65 años y más. De esta población el 58% eran mujeres frente al 42% de varones. Esta diferencia porcentual de las mujeres frente a los varones se incrementa según aumenta la edad. Así, para el grupo de 85 años y más las mujeres suponían, para este mismo año, el 67% de este conjunto poblacional.

Portugal. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	5.142.566	5.484.684	10.627.250
65 - 69	234.612	278.825	513.437
70 - 74	215.884	276.171	492.055
75 - 79	168.300	238.948	407.248
80 - 84	102.457	172.516	274.973
85 y más	61.268	125.228	186.496
Total 65 años y más	782.521	1.091.688	1.874.209
Proporción sobre la población total %	15,2%	19,9%	17,6%

Fuente: Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat).

Este perfil femenino se explica por la mayor longevidad de las mujeres. Así, mientras la esperanza de vida al nacer de los varones portugueses en el 2008 es de 75,5 años el de las mujeres se encuentra en los 81,7 años (seis años más, en promedio). Al referirnos a la esperanza de vida a los 65 años, nos encontramos que para este mismo período la expectativa vital adicional de los hombres y las mujeres es de 14,6 y 18,4 años respectivamente. Por lo que respecta al número de años que le restarían por vivir a una persona a los 80 años, se observa de nuevo una expectativa mayor en las mujeres que en los varones.

Portugal. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

2008

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida al nacer	75,5	81,7
Esperanza de vida a los 65 años	14,6	18,4
Esperanza de vida a los 80 años	5,9	7,6

Fuente: Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat).
Naciones Unidas, *World Population Ageing 1950-2050*

Los siguientes indicadores muestran el alto envejecimiento de la población portuguesa. El índice de envejecimiento señala que en el año 2009 se contaban 115 adultos mayores por cada 100 niños. La mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para este mismo año se situaba en 140 mujeres por cada 100 varones. El índice de dependencia que mide la proporción que supone la población mayor respecto a la población económicamente se sitúa en el año 2009 en 26 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. La edad media de la población es de 40,6 años.

Portugal. Indicadores de envejecimiento 2009	
Índices de envejecimiento	115
Índice de masculinidad	140
Índices de dependencia	26
Edad media de la población (2009)*	40,6

Fuente: Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat).

INE. Revisión del Padrón municipal 2009.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

19.2. Sistema de Pensiones

19.2.1 Descripción

La Constitución portuguesa, dentro del Capítulo de “Derechos y deberes de Seguridad Social”, dedica su artículo 63 a la Seguridad Social. Su número 1 afirma expresamente que “todos tienen derecho a la Seguridad Social”; su número 2 establece que “incumbe al Estado organizar, coordinar y subsidiar un sistema de Seguridad Social unificado y descentralizado, con la participación de las asociaciones sindicales, de otras organizaciones representativas de los trabajadores y de las asociaciones representativas de los restantes beneficiarios”; el número 3 reconoce “el derecho de establecimiento de instituciones particulares de solidaridad social no lucrativas, dirigidas a la consecución de objetivos de Seguridad Social”; el número 4 dispone que “el sistema de Seguridad Social protegerá a los ciudadanos en la enfermedad, la vejez, la invalidez, la viudedad y la orfandad, así como en el desempleo y en todas las situaciones de falta o disminución de medios de subsistencia o de capacidad para el trabajo”; por último, el número 5 garantiza que “todo el tiempo de trabajo servirá, en los términos establecidos en la Ley, para el cálculo de las pensiones de vejez e invalidez, con independencia del sector de la actividad en que se haya desarrollado”.

La Ley 32/2002, de 20 de diciembre (que derogó la Ley 17/2000, de 8 de agosto) definió las bases generales en las que se asienta en sistema de Seguridad Social, introduciendo dos principios fundamentales: el principio de subsidiariedad social, que se asienta en el reconocimiento del papel de las personas y de las familias y el principio de equilibrio generacional, en la asunción de las responsabilidades del sistema.

Los objetivos del sistema de la Seguridad Social definidos por la Ley son, entre otros: la garantía del derecho a la Seguridad Social; la promoción en la mejora de las condiciones y niveles de protección social, así como el reforzamiento de la equidad; proteger a los trabajadores y a sus familias en las situaciones de falta o disminución de la capacidad de trabajo, de desempleo o muerte; proteger a las personas que se encuentran en una situación de pérdida o disminución de los medios de subsistencia; proteger a las familias a través de la compensación de las cargas familiares y articular la eficacia de los regímenes de prestaciones y la calidad de su gestión, a través de una mayor eficiencia y la sustentabilidad del sistema.

La composición del nuevo sistema abarca: el sistema público de seguro social; el sistema de acción social y el sistema complementario. El **sistema público de Seguridad Social** tiene como finalidad garantizar a los beneficiarios el derecho a determinadas prestaciones sociales, y comprende los subsistemas provisional (asentado en un principio de solidaridad de base profesional y con



la finalidad de garantizar prestaciones económicas sustitutivas de los ingresos, perdidos en las situaciones definidas legalmente, y que comprende un régimen general de Seguridad Social –aplicable a la generalidad de los trabajadores asalariados e independientes- y los regímenes de aseguramiento voluntario); el subsistema de solidaridad (dirigido a asegurar, en base a la solidaridad general, derechos dirigidos a prevenir y erradicar situaciones de pobreza y de exclusión social, a través de prestaciones concedidas en situaciones de necesidad personal o familiar; este subsistema comprende un régimen no contributivo, un régimen especial para los trabajadores agrarios y el ingreso de inserción social). Por último, el subsistema de protección familiar (con la finalidad de compensar los costos familiares, y que se aplica a la generalidad de los residentes).

El **sistema de acción social** está gestionado por instituciones públicas y por instituciones particulares sin ánimo de lucro y se dirige a la prevención y reparación de situaciones de falta de ingresos y desigualdad socio-económica de dependencia, exclusión y vulnerabilidad social. Este sistema se destina también a asegurar una especial protección a los grupos más vulnerables, especialmente niños, jóvenes, personas con discapacidad y ancianos.

El **sistema complementario** comprende tanto los regímenes complementarios legales (dirigidos a la cobertura de situaciones o a la atribución de prestaciones complementarias del sistema público de Seguridad Social), los regímenes complementarios colectivos o contractuales (que otorgan prestaciones complementarias del subsistema provisional) y mecanismos voluntarios (con la finalidad de reforzar la protección voluntaria de los interesados).

Prestaciones otorgadas

Las prestaciones son las siguientes:

Pensiones en régimen contributivo

Pensión por vejez

Es una prestación pecuniaria, pagada mensualmente, destinada a proteger a los beneficiarios del régimen general de seguridad social, cuando han alcanzado una edad mínima legalmente presu- mida como adecuada para el cese del ejercicio de la actividad profesional.

El reconocimiento del derecho en las pensiones de vejez está supeditado a previa solicitud, período de cotización mínimo cubierto y cumplida la edad de jubilación:

- *Período de cotización:* 15 años civiles, seguidos o interrumpidos, con cotizaciones. Para considerar un año civil cotizado, se requiere un mínimo de 120 días de cotizaciones efectuadas.
- *Edad normal de acceso a la pensión de jubilación:* 65 años de edad.

La flexibilización de la edad de acceso a la pensión de vejez consiste en el derecho de los beneficiarios a requerir la pensión con una edad inferior o superior a 65 años:

- *Pensión Anticipada:* Una pensión de vejez puede ser requerida antes de los 65 años si se tienen completados 30 años civiles de registro de remuneraciones y se tienen 55 años de edad.
- *Pensión Bonificada:* Una pensión de vejez es bonificada cuando se accede a ella después de los 65 años de edad y con un mínimo de 15 años civiles de registro de remuneraciones en el ámbito del régimen general. La pensión es bonificada por la aplicación de una tasa mensual al

número de meses de trabajo efectivo posterior, comprendida entre el mes en que el beneficiario completa los 65 años y el mes de inicio de la pensión, con límite de los 70 años de edad.

La edad de acceso a la pensión puede ser anticipada también en aquellas personas que realizan actividades profesionales de naturaleza penosa o desgastante y por desempleo involuntario de larga duración.

La acumulación de la pensión de vejez con rendimientos de trabajo es permitida, excepto en casos de pensión de vejez resultante de la conversión de pensión de invalidez absoluta y en casos de pensión anticipada en los 3 años siguientes a contar con el acceso a la pensión. También es permitida la acumulación de las pensiones de invalidez y de vejez de régimen general con pensiones del régimen de protección social de encuadramiento obligatorio.

Pensión por invalidez

Se trata de una prestación pecuniaria, pagada mensualmente, destinada a proteger a los beneficiarios del régimen general de seguridad social en situaciones de incapacidad permanente para el trabajo.

El derecho a la pensión de invalidez está reconocido cuando los beneficiarios tengan incapacidad permanente para el trabajo, de causa no profesional, reconocida por el Sistema de Verificación de Incapacidades (SVIP) y que tengan cumplido el plazo de garantía (5 años civiles para la invalidez relativa y 3 años civiles para la absoluta).

La incapacidad permanente es valorada de acuerdo con unas funcionalidades físicas, sensoriales y mentales, estado general, edad, y capacidad de trabajo de los beneficiarios. Dependiendo de las situaciones de incapacidad, la invalidez puede ser:

- *Invalidez Relativa*: Cuando, como consecuencia de incapacidad permanente, el beneficiario no puede obtener, por el desempeño de su profesión, más de un tercio de remuneración correspondiente a su ejercicio normal y no recuperará, dentro de los 3 años siguientes, la capacidad de obtener, mediante el desempeño de su profesión, más del 50% de la retribución correspondiente.
- *Invalidez absoluta*: Cuando el beneficiario se encuentra en una situación de incapacidad permanente y definitiva para cualquier profesión o trabajo.

El derecho a la pensión de invalidez cesa al no subsistir la incapacidad que justifica la atribución de pensión, de acuerdo con la deliberación de la Comisión de Verificación de Incapacidad Permanente. La pensión de invalidez se convierte en pensión de vejez, en el momento en que el pensionista cumple los 65 años de edad.

Pensión por sobrevivencia

Pueden acceder a esta pensión los cónyuges o ex-cónyuges, los descendientes y los ascendientes de los trabajadores o pensionistas fallecidos que hubieran cumplido un período de carencia de 36 meses de cotización. En el caso de los ascendientes y de los cónyuges y ex-cónyuges con 35 o más años o incapacitados para el trabajo, la pensión se concede sin límite de duración. Si los cónyuges y ex-cónyuges tuvieran menos de 35 años a la fecha de fallecimiento del causante, la pensión se concede durante 15 años. En el caso de descendientes, la pensión se recibe hasta los 18 años, excepto si se trata de personas con discapacidad. La pensión por



sobrevivencia se extingue por muerte del beneficiario, matrimonio (en el caso de cónyuges y ex-cónyuges), límite de edad (descendientes), modificación de la situación de incapacidad que motivó la no aplicación de límites de duración, haber superado en período de concesión en el caso de cónyuges y ex-cónyuges menores de 35 años o declaración de incapacidad sucesoria (indignidad o desheredación).

El importe de la pensión se fija en los siguientes porcentajes de la pensión del causante, o de aquella a la que tendría derecho a la fecha de fallecimiento:

- Cónyuges o ex cónyuges: 60% si hay uno; 70% si hay más de uno;
- Descendientes: 20% si hay un sólo descendiente; 30% si son dos; 40% si son tres o más (estos porcentajes se duplican si no hay un cónyuge o ex cónyuge con derecho a una pensión).
- Ascendientes: 30% si hay uno; 50 si hay dos; 80% si hay tres o más (cuando hay más de un hogar, la cantidad se repartirá a partes iguales).

Pensiones en régimen no contributivo

El régimen no contributivo garantiza la protección social de las personas en situación de carencia económica o social, no comprendidas por la protección de los regímenes contributivos obligatorios. El régimen no contributivo garantiza una protección social en situaciones de invalidez y de vejez, a través de la concesión de las siguientes prestaciones:

- Pensión social de invalidez.
- Pensión social de vejez.
- Complemento por dependencia.
- Complemento extraordinario de solidaridad para personas mayores.

Pensión social de vejez

Reciben esta prestación aquellas personas que tienen una edad igual o superior a los 65 años, y cuyos rendimientos mensuales líquidos no son superiores al 30% del valor del Índice de Apoyos Sociales (IAS), o al 50% de este índice, incluyendo los ingresos de la pareja.

El montante de esta prestación es actualizado periódicamente. Durante los meses de julio y diciembre de cada año, las pensionistas reciben un montante adicional de igual valor que la prestación.

Pensión social de invalidez

Reciben esta prestación aquellas personas que tienen una edad igual o superior a los 18 años y cuyos rendimientos mensuales líquidos no son superiores al 30% del valor del Índice de Apoyos Sociales (IAS), o al 50% de este índice, incluyendo los ingresos de la pareja. Las personas demandantes de esta prestación deben presentar una incapacidad permanente para cualquier profesión, confirmada por el Sistema de Verificación de Incapacidades (SVI).

El montante de esta prestación es actualizado periódicamente. Durante los meses de julio y diciembre de cada año, las pensionistas reciben un montante adicional de igual valor que la prestación.

Complemento por dependencia

Se trata de una prestación económica atribuida a pensionistas que son titulares de una pensión social y que se encuentran en situación de dependencia.

Se considera una situación de dependencia cuando las personas no pueden practicar con autonomía sus actividades básicas de la vida diaria (locomoción, higiene, tareas domésticas, etc.), precisando la asistencia y el apoyo de otras personas.

Para la atribución del complemento y determinación del respectivo montante se consideran los siguientes grados de dependencia:

1º grado: personas que no pueden practicar con autonomía las actividades básicas diarias.

2º grado: personas que reúnan las situaciones de dependencia del 1º grado y se encuentren encamados o presenten cuadros de demencia grave.

Los montantes del Complemento por Dependencia corresponden a un porcentaje del valor de la Pensión Social y varían según los grados de dependencia:

- Pensionistas del Régimen General:
 - 50%: Situación de dependencia del 1º grado.
 - 90%: Situación de dependencia del 2º grado.
- Pensionistas del Régimen Especial de Actividades Agrícolas, del Régimen No Contributivo y los Regímenes Equiparados:
 - 45%: Situación de dependencia del 1º grado.
 - 85%: Situación de dependencia do 2º grado.

Complemento extraordinario de solidaridad para personas mayores

Prestación de naturaleza pecuniaria, mensual, basada en un incremento del montante de las pensiones sociales de invalidez y de vejez (régimen no contributivo y equiparados). Este Complemento Solidario para mayores es una prestación complementaria a la pensión que el mayor ya recibe.

Esta prestación es recibida por personas con bajos recursos, y que cuentan con una edad igual o mayor de 65 años.

Las condiciones para recibir esta prestación son las siguientes:

- Tener recursos inferiores al valor límite de 5.022 €, ó 8.788,50 € si se cuentan los ingresos de la personas mayor y su pareja.
- Residir en Portugal al menos durante 6 años seguidos, en la fecha en la que se realizó la petición de prestación.

- Ser beneficiario de una pensión de vejez, de supervivencia o equiparada, o ser beneficiario del subsidio mensual vitalicio.
- Ser ciudadano portugués y no tener acceso a la pensión social por ingresos por encima del valor limite.
- Autorizar a la Seguridad Social a acceder a su información fiscal y bancaria (tanto de la persona que hace la petición como de la persona con quien está casada o vive en unión de hecho).

19.2.2 Cobertura e Intensidad

De acuerdo con los datos ofrecidos por el Instituto de la Seguridad Social de Portugal, en febrero de 2010 el número de pensionistas por vejez alcanza la cifra de 1.868.594, y el de pensionistas de supervivencia, 694.314. La mayor parte de estos pensionistas pertenecen al Régimen general.

Portugal. Número de pensionistas activos de vejez y supervivencia, por sexo de los perceptores.
Febrero de 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Vejez	875.653	992.941	1.868.594
Sobrevivencia	127.634	566.680	694.314
Total	1.003.287	1.559.621	2.562.908

Fuente: Instituto da Segurança Social.

Portugal. Número de pensionistas activos de vejez y supervivencia, por Régimen y tipo de pensión
Febrero de 2010

	Vejez	Sobrevivencia	Total
Régimen General	1.653.403	619.453	2.272.856
Régimen Rural	181.594	71.957	253.551
Régimen de Pensiones Sociales (No Contributivo)	27.102	1.952	29.054
Régimen Rural Transitorio	6.495	979	7.474
Total	1.868.594	694.314	2.562.908

Fuente: Instituto da Segurança Social.

Los datos mensuales que facilita el Instituto da Segurança Social no incluyen un desglose por edad de los pensionistas. En el caso de las pensiones de vejez, ese desglose (por edad, pero no por edad y sexo) puede encontrarse en los datos anualizados, los últimos de los cuales se refieren a 2008. De acuerdo con estos datos, el 90,6% de los pensionistas activos de vejez tenían 65 o más años, mientras que el resto eran personas que habían accedido a una pensión de vejez anticipada.

Aplicando ese porcentaje al número de pensionistas activos en febrero de 2010, puede estimarse en más de 1.693.000 el número de pensionistas de vejez con 65 o más años en esa fecha.

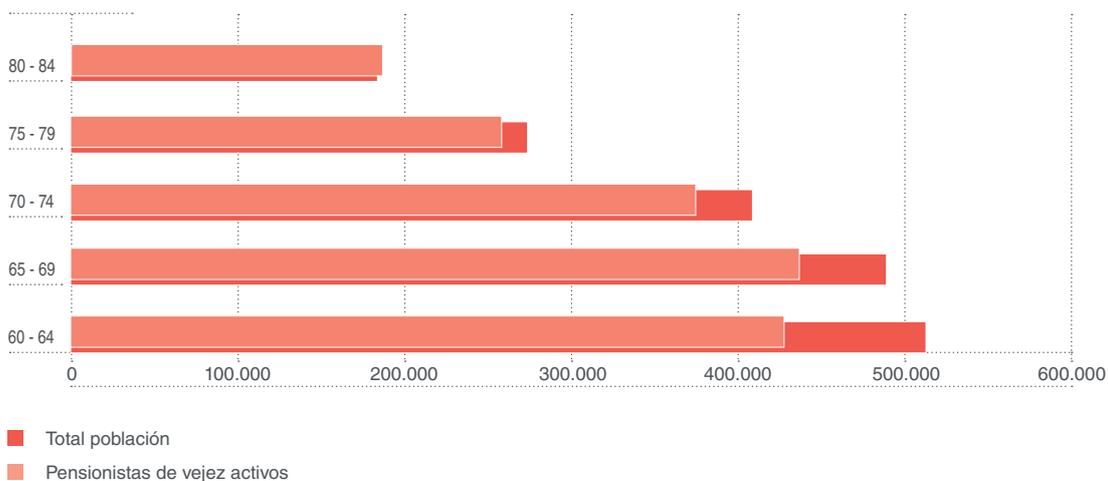
Portugal. Número de pensionistas activos de vejez, por sexo y grupo de edad.
2008

	Número	Porcentaje
Total	1.827.052	100,0%
65 a 69 años	427.430	23,4%
70 a 74 años	432.231	23,7%
75 a 79 años	360.259	19,7%
80 a 84 años	251.839	13,8%
85 años y más	183.859	10,1%
Total 65 y más años	1.655.618	90,6%
Resto	171.434	9,4%

Fuente: Instituto da Segurança Social.

La cobertura de las pensiones de vejez en población de 65 y más años alcanza el 88,3%, y es creciente con la edad, hasta alcanzar el 100% en personas de 80 y más años.

Portugal. Cobertura prestacional de las pensiones de vejez en población de 65 y más años, por grupo de edad. 2008.



Fuente: Instituto da Segurança Social.

No se dispone del desglose por edad de los pensionistas de sobrevivencia, por lo que no es posible saber cuántos de ellos superan la edad de 65 años.

El importe medio de las pensiones era, en 2008, de 404,61 euros, y se incrementó a 415,63 euros en 2009. El salario mínimo en esos años era, respectivamente, de 426 y 450 euros.

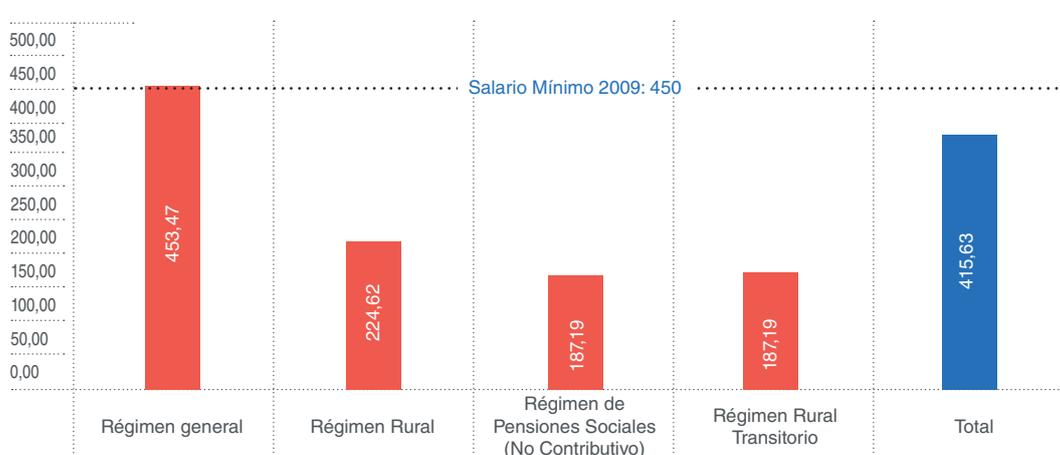


Portugal. Pensión media, por Régimen. 2008 y 2009

	2008	2009
Régimen General	441,52	453,47
Régimen Rural	218,29	224,62
Régimen de Pensiones Sociales (No Contributivo)	181,91	187,19
Régimen Rural Transitorio	181,91	187,19
Total	404,61	415,63

Fuente: Instituto da Segurança Social.

Portugal. Importe medio de las pensiones, por Régimen, en relación con el Salario Mínimo. 2009.



Fuente: Instituto da Segurança Social.

19.3. Sistema de Salud

El sistema de salud portugués está caracterizado por tres subsistemas coexistentes: el Servicio Nacional de Salud (SNS), los seguros especiales de salud social para ciertas profesiones (subsistemas de salud), y seguros privados de salud voluntarios. El SNS proporciona cobertura universal. Además, en torno al 25% de la población está cubierto por subsistemas de salud, el 10% por seguros privados, y otro 7% por agrupaciones mutuales. El Ministerio de Salud es responsable de incentivar políticas de desarrollo de la salud, así como es el encargado de dirigir el SNS.

Existen cinco administraciones regionales de salud que se encargan de implementar los objetivos fijados por el Ministerio de Salud para el SNS, desarrollando las líneas maestras y sus protocolos, y también supervisando la actuación de los cuidados en salud. Los esfuerzos de descentralización están actualmente en curso basados en compartir la responsabilidad financiera y de gestión a nivel regional. Sin embargo, la autonomía de las administraciones regionales de salud está limitada por los elevados costos y gastos de la atención primaria.

El SNS está financiado principalmente por la recaudación de los impuestos generales. El empleo y las contribuciones de los empleados representan la fuente de financiamiento principal de los subsistemas de salud. Además, los pagos directos de los pacientes y los seguros privados de salud voluntarios, aportan una gran parte de los fondos.

19.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

El conjunto de servicios generales que el Sistema Nacional de Salud ofrece a los ciudadanos incluye:

- **Atención Primaria de Salud.**
- **Programas Nacionales Prioritarios:**
 - Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Oncológicas.
 - Programa Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades Cardiovasculares.
 - Plan Nacional de Salud Mental.
 - Programa Nacional de Prevención y Control del VIH/Sida.
- **Programas Nacionales de Salud:**
 - Salud Reproductiva.
 - Promoción de Salud en niños y jóvenes.
 - Promoción de la Salud Oral.
 - Salud Escolar.
 - Salud de Personas Mayores.
 - Vacunaciones.
 - Erradicación de la Poliomielitis.
 - Eliminación del Sarampión y Prevención de la Rubéola Congénita.
 - Lucha contra la Tuberculosis.
 - Vigilancia Clínica y de Laboratorio de la Gripe.
 - Prevención de las Resistencias a los Antimicrobianos.
 - Prevención de las infecciones Nosocomiales (relacionadas con el aparato gastro-intestinal).
 - Control de Asma.
 - Prevención y Control de Enfermedades Pulmonares Obstructivas Crónicas.
 - Control de la Diabetes.



- Lucha contra la Obesidad.
- Lucha contra las Enfermedades Reumáticas.
- Salud da Visión.
- Control de las Hemoglobinopatías.
- Lucha contra la Depresión.
- Perturbación de Stress Post-Traumático.
- Prevención de problemas ligados al alcohol.
- Prevención del Consumo de Drogas Ilícitas.
- Control del Dolor.
- Cuidados Paliativos.
- Prevención de Accidentes.
- Lucha contra las Desigualdades.
- Intervención Integrada sobre los Determinantes de Salud Relacionados con los Estilos de Vida.
- Salud Ambiental.
- Control de la Higiene Alimentaria.
- Promoción y Protección de la Salud en los lugares de trabajo.
- Programa de Transplantes.

Los Adultos Mayores reciben la atención especializada y el resto de servicios descritos anteriormente (servicios generales) como el resto de ciudadanos. Sin embargo, en el Sistema Nacional de Salud existe el **Programa Nacional de Salud para las Personas Mayores 2004-2010** que establece tres grandes estrategias de intervención en las áreas de envejecimiento activo, de la organización y prestación de cuidados de salud y de la promoción de ambientes facilitadores da autonomía e independencia.

Otros servicios que pueden ser específicos para las personas mayores son los siguientes:

- Programa de Nutrición en la vejez.
- Programa de Promoción de la Actividad Física.
- Prevención de la Alergia respiratoria.
- Prevención de la Hipertensión Arterial.
- Salud Mental y Alzheimer en personas mayores.

19.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Como se ha indicado anteriormente, el Servicio Nacional de Salud (SNS) proporciona cobertura universal.

Indicadores de salud en Portugal	
Cobertura	
Población cubierta %	100
Población sin cobertura %	0
Adultos mayores con cobertura de salud	100
Adultos mayores sin cobertura de salud	0
Estructura⁽¹⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes	33,7
Número de médicos por 10.000 habitantes	37,7
Número de enfermeras por 10.000 habitantes	53,4
Número de dentistas por 10.000 habitantes	6,7
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes	6,2
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	10,2
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	15,5
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	29,5
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	70,5
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0,0
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	1,2
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	77,3
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	13,8
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	1.552
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	1.315
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	2.199
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	1.864

Fuentes: 1. OMS. *European Health for All database (HFA-DB)*. OMS. *The Global Health Observ*

19.4. Servicios Sociales

19.4.1 Marco institucional

Las instituciones y asociaciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Portugal son las siguientes:

- Ministerio de Trabajo y Solidaridad Social.
- Dirección General de Seguridad Social.
- Instituto de Seguridad Social.
- Centros distritales de Seguridad Social.
- Instituciones Privadas de Solidaridad Social.

19.4.2 Principales recursos y programas sociales

En Portugal, el Plan de Apoyo Integrado a las Personas Mayores (PAII) asegura la oferta de cuidados, con carácter urgente y permanente, que pretende primordialmente mantener la autonomía de los mayores en su domicilio o en su ambiente habitual de vida. El Plan presenta los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores, de lo que destacamos los siguientes:



- **Servicio de ayuda domiciliaria (atención directa y asistencial)**, como respuesta de prestación de cuidados individualizados, en el domicilio, a mayores y sus familias cuando, por motivo de dependencia, discapacidad u otro impedimento, no puede asegurar, temporal o permanente-mente, la satisfacción de sus necesidades básicas y/o las actividades de la vida diaria.
- **Centro de Apoyo a Dependientes (CAD) o Centro Pluridisciplinar de Recursos**, que son centros de recursos locales que brindan apoyo temporal, y pretenden la prevención y rehabilitación de las personas mayores en situación de dependencia.
- **Servicio de Teleasistencia**, como respuesta social que permite contactar rápidamente con la red de apoyo de la persona mayor mediante una tecnología de comunicación específica para responder eficazmente la necesidad de ayuda o encauzar la respuesta al servicio más adecuado.
- **Pases Tercera Edad**, que elimina las restricciones horarias para las personas mayores en los transportes de las zonas urbanas o sub-urbanas de Lisboa y Oporto.
- **Programa de Termalismo Senior**, que permite a la población mayor con menores recursos económicos el acceso a los tratamientos termales, el contacto con un medio social diferente, o la prevención del aislamiento social.
- **Formación de Recursos Humanos en temas de Geriatría y Gerontología** destinada principalmente a profesionales que trabajan con personas mayores.

Otros recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Portugal son ofertados por el Instituto de Acción Social:

- **Atención residencial** (temporales o permanentes) a través de Centros de Día, Centros de Noche, Residencias, Hogares de Mayores, etc.
- **Programa de Acogimiento Familiar** para adultos mayores, que consiste en la integración temporal o permanente de los mayores en familias de acogimiento debidamente estructuradas, cuando los mayores no pueden mantener su Domicilio por falta de apoyo familiar directo o respuestas sociales adecuadas.
- **Programa de Apoyo a familiares y cuidadores** de los adultos mayores.
- **Programa de Atención/Acompañamiento Social**, que consiste en un servicio de apoyo a las personas mayores y sus familias para la prevención o mejora de problemas generados o generadores de situaciones de exclusión social.
- **Centros de Convivencia**, que son centros de apoyo a actividades sociorecreativas y culturales, organizadas y dinamizadas con la participación activa de las personas mayores.
- **Unidad de Vida Apoyada**, que es una solución habitacional destinada a personas que, por limitaciones mentales crónicas y factores sociales graves, alcanzan un grado de dependencia que no les permite organizar, sin apoyo las actividades de la vida diaria, pero no necesitan intervención médica frecuente.
- **Unidad de Vida Protegida**, que responde a estrategias de atribución de competencias con vista a la autonomía de personas adultas con problemas psiquiátricos y de evolución crónica, teniendo por objetivo promover la rehabilitación y fomentar la inclusión social de los adultos mayores.



20
Andorra

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



20.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por la Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat), en el año 2009 el número de residentes en Andorra ascendía a 84.484 personas. La población de 65 años y más comprendía a 10.371 personas, lo que suponía el 12,3% de la población total. A diferencia de otros países de la región donde las mujeres de 65 años y más superan a los varones en volumen y peso, la distribución por sexo en Andorra es más equilibrada. Así, las mujeres de este grupo de edad representan el 51% de la población adulta mayor.

Principado de Andorra. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2009

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	44.181	40.303	84.484
65 - 69	1.421	1.383	2.804
70 - 74	1.169	1.067	2.236
75 - 79	976	1.010	1.986
80 - 84	744	824	1.568
85 y más	808	969	1.777
Total 65 años y más	5.118	5.253	10.371
Proporción sobre la población total %	11,6%	13,0%	12,3%

Fuente: Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat).

Los siguientes indicadores muestran el envejecimiento de la población en Andorra. El índice de envejecimiento señala que en el año 2009 se contaban 85 adultos mayores por cada 100 niños. El índice de masculinidad para este mismo año se situaba en 103 mujeres por cada 100 varones. El índice de dependencia, que mide la proporción que supone la población mayor respecto a la población económicamente activa, se sitúa en el año 2009 en 17 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral.

Principado de Andorra. Indicadores de envejecimiento

2009

Índices de envejecimiento	85
Índice de masculinidad	103
Índices de dependencia	17

Fuente: Oficina Estadística de la Unión Europea (Eurostat).

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

20.2. Sistema de Pensiones

20.2.1 Descripción

El sistema andorrano de seguridad social comprende las modalidades contributiva y no contributiva. La protección contributiva se otorga teniendo en cuenta las cotizaciones previas y está integrada por las prestaciones reguladas en la Ley 17/2008, de 3 de octubre, de la Seguridad Social. La protección no contributiva se fundamenta en un mecanismo colectivo de solidaridad y tiene como finalidad garantizar unos ingresos mínimos.

Las prestaciones otorgadas por la Caixa Andorrana de la Seguretat Social (CASS), adscrita al Ministerio de Salud, Bienestar y Trabajo, van dirigidas a todos los trabajadores por cuenta ajena o por cuenta propia incluidos en el régimen general de Seguridad Social. Las prestaciones específicas dirigidas a adultos mayores son las siguientes:

20.2.1.1 Régimen contributivo

Pensión por jubilación

La prestación económica de jubilación consiste en el pago de un capital o de una pensión vitalicia a la persona destinataria en las condiciones, cuantía y forma que se establece en la *Ley 17/2008, de 3 de octubre, de la Seguridad Social*.

A partir del 1 de noviembre de 2009, los requisitos para acceder a este tipo de prestación son haber cumplido los 65 años y haber cotizado al sistema de jubilación:

- Entre 85 y 144 meses en Andorra, siempre con un mínimo del 60% de las mensualidades cotizadas, habiéndose realizado en los 15 años inmediatamente anteriores a la fecha de solicitud de la prestación.
- Más de 144 meses en Andorra.
- Haber cotizado 480 mensualidades de cotizaciones, de acuerdo con el Art. 202 (Pensión de jubilación antes de los 65 años).

Pensión antes de los 65 años: Si se tiene 58 años y más de 480 mensualidades en Andorra se puede hacer valer el derecho a la jubilación.

Pensión después de los 65 años: Al cumplir los 65 se puede demandar el cobro de la pensión de jubilación si se han cotizado 84 mensualidades en los 10 años inmediatamente anteriores a cumplir 65 y se continúa cotizando en el régimen general de jubilación en el momento de la jubilación efectiva.

Las personas que hayan cumplido los 65 años y realicen una actividad laboral no pueden cotizar en el régimen de jubilación si ya perciben una pensión de jubilación. Tampoco pueden cotizar a este régimen las personas de 72 años ó más, reciban o no pensiones.



Pensión por invalidez

Las prestaciones de invalidez se dividen en:

Invalidez derivada de accidente laboral o enfermedad profesional

Se declara cuando la persona asegurada sufre una reducción, total o parcial, y presumiblemente definitiva, de la capacidad de ganancia resultado de un daño a la integridad corporal consiguiente a un accidente laboral o enfermedad profesional.

Según el Artículo 121 de la Ley 17/2008, de 3 de octubre, de la seguridad social, el importe de las pensiones de invalidez derivada de accidente laboral o enfermedad profesional se calcula de la siguiente forma:

Personas asalariadas: La base del cálculo es el salario global mensual medio de la persona asalariada de los últimos 12 meses trabajados precedentes a la fecha en que se declara la invalidez.

Personas que realizan una actividad por cuenta propia: La base de cálculo es el salario global medio cotizado a la CASS por el conjunto de las personas asalariadas del año inmediatamente anterior a la fecha en que se declara la invalidez.

Pluriactividad (Persona que ha desarrollado una actividad asalariada y una actividad por cuenta propia): La base de cálculo es el resultado de sumar las bases del cálculo correspondientes a la actividad asalariada y la actividad realizada por cuenta propia.

Invalidez derivada de enfermedad común o accidente no laboral.

Se declara cuando se constata un deterioro prematura del organismo, médicamente comprobada, derivado de una enfermedad común o de un accidente no laboral, presumiblemente definitivo, y que produce una reducción de al menos el 60% de la capacidad de ganancia.

Antes del último certificado médico (baja por incapacidad) es necesario haber cotizado:

- Si se tienen entre 50 y 64 años, 96 meses.
- Si se tienen entre 21 y 49 años, el número mínimo de meses se calcula mediante la fórmula (edad x 3 – 54).
- Si se tienen menos de 21 años, es necesario haber cotizado al menos 1 mes.

La pensión de invalidez es compatible con otras pensiones, excepto la de jubilación. Cuando se cumplen los 65 años, las personas beneficiarias de una pensión de invalidez:

- Si la pensión de jubilación es inferior a la pensión de invalidez, la jubilación se aumenta hasta igualar el importe de la pensión de invalidez.
- Si tiene derecho al capital por jubilación, el importe de la pensión de invalidez pasa a ser el de la pensión de jubilación, sin percibirse el capital de jubilación.

20.2.1.2 Régimen no contributivo

Complemento no contributivo para la pensión de jubilación

Es la diferencia entre la cantidad que corresponda a la persona asegurada (pensión de jubilación al cumplir los 65 años) y el 50% del salario mínimo mensual vigente.

Para poder percibir este complemento es necesario tener residencia legal en Andorra y tener unos ingresos inferiores al salario global mensual cotizado por el conjunto de asalariados durante el año inmediatamente anterior, haber cotizado al régimen de jubilación en Andorra un periodo igual o superior a 240 mensualidades, que la suma de las bases de cotización sea igual o superior a la que resulta de sumar 240 mensualidades del salario mínimo que en cada momento está vigente y que la pensión resultante de los puntos adquiridos sea inferior al 50% del salario mínimo mensual oficial vigente.

20.2.2 Cobertura e Intensidad

En marzo de 2010, el número de pensionistas de la Seguridad Social andorrana ascendía a 11.646, de los cuales 8.606 eran personas de 65 y más años de edad. En comparación con la población residente de 65 y más años esa cifra supone una cobertura media del 83%.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que una parte importante de las pensiones que paga la Seguridad Social andorrana son percibidas por personas que residen fuera del principado (trabajadores extranjeros que volvieron a sus países de origen tras la jubilación).

Principado de Andorra. Número de pensionistas por sexo y edad.

Marzo de 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total	6.073	5.573	11.646
65-69	1.720	1.182	2.902
70-74	1.160	865	2.025
75-79	921	757	1.678
80-84	496	609	1.105
85 y más	333	563	896
Total 65 y más años	4.630	3.976	8.606
Resto	1.443	1.597	3.040

Fuente: Caixa Andorrana de Seguretat Social



Andorra. Cobertura de las pensiones en población de 65 y más años, por sexo y grupo de edad. Marzo de 2010.



Fuente: Caixa Andorrana de Seguretat Social.

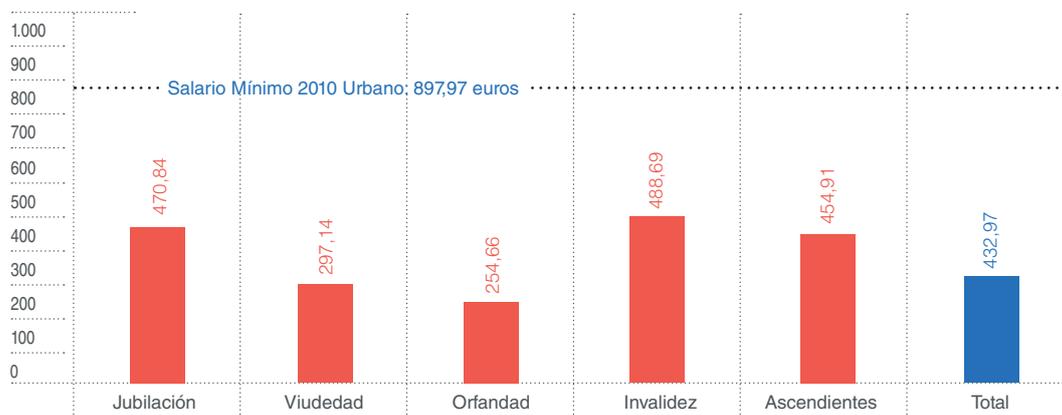
El importe de las pensiones en Andorra no es elevado. La mediana del importe es inferior a la mitad del salario mínimo. La media debe ser, sin duda, más alta, al tratarse de una distribución asimétrica, pero es un dato que no está disponible. En el caso de las pensiones de jubilación percibidas por residentes en el Principado, existe un complemento no contributivo para el caso de que la pensión no supere la mitad del salario mínimo vigente.

Principado de Andorra. Pensionistas según tipo de pensión y residencia en Andorra y mediana del importe de las pensiones. Febrero de 2010

	Jubilación	Viudedad	Orfandad	Invalidez	Ascendientes	Total
Total Pensionistas	8.288	2.447	341	1.421	2	12.499
Residentes en Andorra	4.788	1.404	200	877	0	7.269
Mediana del importe	470,84 €	297,14 €	254,66 €	488,69 €	454,91 €	432,97 €

Fuente: Caixa Andorrana de Seguretat Social.

Andorra. Mediana del Importe de las pensiones, por tipo, en relación con el Salario Mínimo. Febrero de 2010.



Fuente: Caixa Andorrana de Seguretat Social.

20.3. Sistema de Salud

Andorra es el único país en el mundo con un sistema político basado en copríncipes, es decir con dos jefes de Estado. El Gobierno dirige la política nacional e internacional del Principado y la administración del Estado, ejerce la potestad reglamentaria y elabora el presupuesto anual que somete a la votación del *Consell General*. Por otra parte, el Gobierno, a través del Ministerio de Salud, la Oficina de Seguridad Social (*CASS o Caixa Andorrana de Seguretat Social*,) y el Servicio Nacional de Salud (*SAAS o Servei Andorrà d'Atenció Sanitària*), rige la asistencia sanitaria en Andorra.

Según el Artículo 30 de la Constitución del Principado de Andorra, se reconoce el derecho a la protección de la salud y a recibir prestaciones para atender otras necesidades personales. Con estas finalidades, el Estado garantiza un sistema de Seguridad Social.

El modelo de salud y el sistema de atención en Andorra se basa en un modelo de seguro social y es esencialmente público, aunque los servicios de salud son prestados y financiados tanto por el sector público como por el privado. LA CASS es la encargada de recoger las primas o aportaciones de los asegurados, prestando atención a la salud y reembolsando a los proveedores los pagos directos.

El Seguro Social andorrano es un sistema que proporciona servicios agrupados en torno a dos necesidades principales:

1. Enfermedad (cobertura de los gastos de atención médica, indemnización por baja por enfermedad, compensación y dietas de los miembros de la familia en caso de muerte, etc.).
2. Edad avanzada (cobertura para los jubilados, viudas y huérfanos).

Por tanto, en Andorra la salud pública está directamente relacionada con las cotizaciones o contribuciones a la seguridad social, que se realizan a través del empleo. Las contribuciones al seguro social son obligatorias para cada trabajador. La población asegurada tiene derecho a los servicios de cualquier profesional de la salud tanto públicos como privados. La CASS reembolsa una parte de los honorarios pagados por el asegurado para las consultas médicas, exámenes médicos y los gastos farmacéuticos, incluidos los prestados en el extranjero.

La afiliación es obligatoria para los trabajadores asalariados y voluntaria para los desempleados y trabajadores autónomos. Las tasas de cotización se determinan según los ingresos, no por el riesgo. Los cónyuges que no trabajan y los niños (a condición de que asistan a la escuela, entre otras cosas) están incluidos sin cargo adicional. Las contribuciones para el seguro de salud se recogen junto con las contribuciones de pensiones. Para los asegurados voluntariamente, la contribución de enfermedad se fija anualmente en relación al salario. Algunas personas aseguradas al CASS se afilian también a seguros privados de salud (Seguro Voluntario de Salud), en cuyo caso deben realizar las contribuciones correspondientes a dichos seguros.

Los empleados que reciben menos del salario mínimo, pagan las cotizaciones a la Seguridad Social y sin embargo, no tienen derecho a los beneficios del seguro social. Aquellas personas que formalmente no son asalariadas sólo tienen derecho al acceso y uso de ciertos recursos sanitarios del sistema de bienestar público. En principio, el gobierno debe pagar por los servicios de atención de salud para personas sin seguro médico. Sin embargo, las personas sin seguro médico tienen que pagar directamente los servicios, a excepción de la atención hospitalaria de emergencia.



Otras fuentes de financiación de la atención de salud son en gran parte privados, principalmente a través de co-pagos por los miembros de la CASS y pagos directos por personas que no se encuentran afiliados a la CASS.

La CASS también firma acuerdos directamente con el Centro Hospitalario Andorrano (CHA), recursos médicos privados y hospitales públicos en Francia y España para poder derivar a sus asegurados a tales recursos. Los principales proveedores de servicios de salud en Andorra son médicos independientes que asisten tanto de forma pública como a pacientes financiados privadamente. Sin embargo, una gran parte de la población recibe atención médica fuera de Andorra, aunque ha habido una constante disminución de la proporción de atención de salud financiado públicamente prestada en el extranjero durante las últimas décadas como resultado de la expansión de los proveedores de atención de salud en este país.

20.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

A continuación, se presentan los planes y programas generales de salud que se ofrecen desde el Ministerio de Salud:

- Atención Primaria.
- Atención Secundaria y Terciaria (Especialidades, incluidas la salud mental).
- Servicios de Salud Pública (campañas de vacunación e inmunización).
- Programa de cuidados dentales.
- Programa de salud específico para mujeres y niños, relacionado en parte con el proceso reproductivo.
- Programa de Atención a Jóvenes.
- Programa de prevención de la tuberculosis.
- Campañas de prevención de drogas, tabaco y abuso del alcohol.
- Programa de prevención del SIDA.
- Programa de Alimentación saludable.
- Programas de Salud Medioambiental.
- Programa de Atención domiciliaria para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria: higiene, movilizaciones, ayudar a caminar, las compras, etc.

Todos los servicios mencionados están incluidos en el Plan Nacional de Salud, que promueve el cuidado de la salud y la conciencia de salud en diferentes áreas (medioambiente, estilos de vida saludables, la inmunización, accidentes de trabajo, salud maternoinfantil y la atención primaria).

20.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Principado de Andorra	
Cobertura	
Población cubierta %	–
Población sin cobertura %	–
Adultos mayores con cobertura de salud	–
Adultos mayores sin cobertura de salud	–
Estructura⁽¹⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes	32
Número de médicos por 10.000 habitantes	–
Número de enfermeras por 10.000 habitantes	41,8
Número de dentistas por 10.000 habitantes	7,0
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes	–
Gasto en salud (2006)⁽¹⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	7,4
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	22,7
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	29,6
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	70,4
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0,0
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	87,7
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	73,4
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	24,4
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	2.099
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	1.987
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	2.980
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	2.822

Fuente: 1. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database



20.4. Servicios Sociales

20.4.1 Marco institucional

Las instituciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Andorra son las siguientes:

- Ministerio de Salud, Bienestar Social y Trabajo.
- Caja Andorrana de Seguridad Social.

20.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales programas sociales dirigidos a adultos mayores en Andorra tienen relación con el **Ocio Activo** y el **Turismo de Salud**, con servicios de hoteles, establecimientos privados, balnearios, instalaciones de aguas termales, manantiales, etc.

Andorra se beneficia de su riqueza natural para desarrollar este tipo de programas para los adultos mayores, a través de los cuales se trabaja la actividad física, los hábitos alimenticios adecuados, el ocio activo, y en definitiva una vida más saludable.

Por otra parte, se han desarrollado una serie de servicios de atención a situaciones de dependencia y promoción de autonomía basados, principalmente, en **servicios de atención residencial y atención domiciliaria**.





21

República Dominicana

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



21.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población en la República Dominicana asciende a 9.898.898 personas. De éstas el 6,1 % se encuentra dentro del grupo de 65 años y más mientras que la población menor de 15 años representa el 31,4% del conjunto poblacional. Las previsiones apuntan que esta diferencia porcentual entre la población mayor e infantil se irá reduciendo a tal grado que para el año 2050 los adultos mayores representarían el 15,5% del conjunto poblacional y los menores de 15 años se situarían en el 19,75%.

República Dominicana. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	4.941.293	4.957.605	9.898.898
65 - 69	95.168	99.071	194.239
70 - 74	77.569	82.483	160.052
75 - 79	54.855	59.577	114.432
80 - 84	33.077	37.269	70.346
85 y más	28.681	34.269	62.950
Total 65 años y más	289.350	312.669	602.019
Proporción sobre la población total %	5,9%	6,3%	6,1%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Este incremento de la población mayor se explica, entre otros factores, por el aumento en la esperanza de vida. Así, para el quinquenio 1970-1975 la esperanza de vida al nacer era de 59,9 años. Para el presente quinquenio este valor ha ascendido hasta los 73,2 años. Se observa una mayor expectativa vital en las mujeres frente a los varones.

República Dominicana. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida al nacer	70,2	76,5
Esperanza de vida a los 65 años	17,0	19,4
Esperanza de vida a los 80 años	9,3	10,5

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los siguientes indicadores muestran el envejecimiento de la población dominicana. El índice de envejecimiento señala que en el año 2010 se cuentan 19 adultos mayores por cada 100 niños. Por otro lado, la mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para este mismo año se sitúa en 108 mujeres por cada 100 varones y una edad media de la población de 24,7 años.

República Dominicana. Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	19
Índice de masculinidad	108
Índices de dependencia	10
Edad media de la población (2009)*	24,7

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

21.2. Sistema de Pensiones

21.2.1 Descripción

La Caja Dominicana de Seguros Sociales fue concebida bajo los principios bismarckianos del sistema alemán, con el propósito de cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte del trabajador dominicano. El sistema de seguros sociales es puesto en vigencia mediante la Ley N° 1896, del 30 de Diciembre de 1948 (Gaceta Oficial No. 6883, del 14 de Enero de 1949), la misma Ley que ha sido modificada múltiples veces.

A partir del 11 de Diciembre de 1962, la Caja Dominicana de Seguros Sociales pasa a llamarse Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) mediante la Ley N° 8952 del Consejo de Estado, que establece la autonomía de la institución mediante la Dirección Administrativa, Técnica y Financiera de un Consejo Directivo de composición tripartita, donde están representados los Empleados, Trabajadores y el Estado.

A raíz de los múltiples cambios legislativos, se produce una proliferación de los seguros privados de salud y las denominadas *iguales médicas*, pero también la existencia de planes privados y públicos de pensiones y jubilaciones. Durante finales de los 70 y principios de los 80 se estableció un "sistema" *de facto* de Seguridad Social en donde el empleado u obrero del sector privado con bajos salarios quedó bajo el régimen del Seguro Social, el funcionario y empleado público bajo el ámbito de la Ley 379 de 1981 y los militares y policías bajo una reglamentación especial. Todos los restantes (empleados de medios y altos ingresos, profesionales y técnicos independientes, pequeños empleadores y micro-empresarios) se acogieron a distintos esquemas privados de la denominada *protección social complementaria*.

El 9 de mayo del 2001, se promulgó la Ley N° 87-01, que crea el nuevo sistema dominicano de Seguridad Social, esta ley fundamentalmente ofrece cobertura total de servicios de salud y pensiones a todos los trabajadores dominicanos. Dentro del ámbito de esta ley, la Caja de Seguros Sociales se transforma en Administradora de Riesgos de Salud (ARS Salud Segura), para seguir ofertando estos servicios a sus afiliados y sus dependientes.

La Ley sobre Seguridad Social del año 2001 estableció un sistema que se compone de los siguientes regímenes:

- **Régimen Contributivo** (cuentas individuales), que cubre a los trabajadores asalariados públicos y privados, y empleadores. Entró en vigor en junio de 2003.



- **Régimen Contributivo Subsidiado** (cuentas individuales), que cubre a los profesionales y técnicos independientes y a los trabajadores por cuenta propia con ingresos promedios. Todavía no ha sido implementado.
- El **antiguo sistema de seguro social**, que cubre actualmente los pensionistas y los empleados del sector público que optan por no afiliarse al nuevo sistema. Está siendo sustituido progresivamente.

El propósito de esta ley era establecer un sistema de Seguridad Social dominicano que garantizara una mejor protección, una mayor cobertura y la satisfacción de la población y que preservara el sistema público, creando un segundo pilar de pensiones individuales obligatorias.

El nuevo régimen previsional tiene una estructura mixta de beneficio que combina una cuenta personal para cada afiliado, con un componente de solidaridad social a favor de los trabajadores y de la población de bajos ingresos. Por eso se observa que cada afiliado es propietario de una cuenta personal depositaria de los fondos de su eventual pensión, y a la vez se contempla un aporte con cargo a los empleadores en beneficio del Fondo de Solidaridad Social.

Dentro de las diferentes prestaciones del sistema, nos centraremos en las prestaciones de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes a las que tendrían derecho las siguientes personas:

- **Cuentas individuales:** Trabajadores públicos y privados, empleadores, ciudadanos dominicanos residentes en el exterior. Durante el período de transición, la afiliación es obligatoria para los trabajadores del sector privado menores de 45 años de edad en 2003 y la afiliación es voluntaria para los trabajadores del sector privado de 45 años de edad y mayores, así como para los trabajadores públicos. Quedan excluidos los trabajadores independientes.
- **Cuentas individuales subsidiadas:** Trabajadores independientes con ingresos mayores al salario mínimo. Quedan excluidos los trabajadores independientes con ingresos menores al salario mínimo.
- **Asistencia social:** Severamente incapacitados, indigentes, desempleados y trabajadores independientes con ingresos menores al salario mínimo.

Pensión de vejez

Cuentas individuales

Tienen derecho a acceder a esta prestación aquellas personas con 60 años de edad y 30 años de cotización o 55 años si el saldo de la cuenta individual es suficiente para financiar una pensión equivalente a la mitad de la pensión mínima.

La pensión está basada en el monto del ahorro acumulado más intereses. El asegurado puede optar por el retiro programado o por la renta vitalicia. (Los derechos adquiridos en virtud del antiguo sistema se combinan con la cuenta individual).

No es necesario el cese de la actividad remunerada. La pensión no es pagadera en el extranjero.

Para acceder a la **Pensión anticipada** se requiere tener 57 años de edad o más, desempleado y con 300 meses de cotización. Con menos de 300 meses, el asegurado percibe una pensión en base a los fondos acumulados o puede seguir cotizando hasta cumplir con 300 meses de cotización. Dentro de la Pensión anticipada, la Pensión mínima de vejez es pagadera hasta la edad de 60 años. El monto de la pensión en ningún caso puede superar el último salario del beneficiario.

La pensión mínima de vejez en el régimen de cuentas individuales es igual al salario mínimo legal más bajo, y no existe pensión de vejez máxima. Las prestaciones de vejez se ajustan con arreglo a los cambios en el salario mínimo del sector público.

Régimen Contributivo Subsidiado

Tienen derecho a acceder a esta prestación aquellas personas con 65 años de edad y 25 años de cotización.

La pensión está basada en el monto del ahorro acumulado más intereses. El asegurado puede optar por el retiro programado o por la renta vitalicia. La pensión no es pagadera en el extranjero.

La pensión mínima de vejez (subsidiada) es del 70% del salario mínimo legal más bajo. Las prestaciones se ajustan con arreglo a los cambios en el índice de precios al consumidor.

Pensión asistencial de vejez

El requisito de ingreso a este tipo de pensión es tener 60 años de edad o ser indigente. Esta pensión supone un 60% del salario mínimo público e incluirá una pensión extra en navidad. Se ajusta con arreglo a los cambios en el índice de precios al consumidor.

Pensión de invalidez

Cuentas individuales

Se accede cuando el asegurado sufre de una enfermedad o lesión crónica cualquiera sea su origen y ha agotado las prestaciones de enfermedad o riesgos del trabajo. Se da discapacidad total, si la capacidad productiva se reduce en 2/3, y discapacidad parcial, si la capacidad productiva se reduce en 1/2 hasta 2/3.

Una comisión médica regional determina el grado de discapacidad. Sin embargo, la comisión médica nacional puede revisar, validar o anular la decisión de la comisión regional.

Para una invalidez total, la pensión supone un 60% del salario base, que se calcula teniendo en cuenta el promedio del salario sujeto a seguro, indexado en los últimos 3 años. La pensión de invalidez se convierte en una de vejez a la edad normal del retiro. Para una invalidez parcial, la pensión supone un 30% del salario base que se calcula teniendo en cuenta el promedio del salario sujeto a seguro indexado en los últimos 3 años.

El seguro de invalidez y sobrevivientes complementa el saldo de la cuenta individual en caso que éste sea insuficiente para financiar la pensión.

Esta pensión no es pagadera en el extranjero. No existe pensión mínima y máxima de invalidez. Esta pensión se ajusta con arreglo a los cambios en el índice de precios al consumidor.

Pensión asistencial de invalidez

Este tipo de pensión es pagadera a cualquier edad si se es indigente y si se está severamente incapacitado. Esta pensión supone un 60% del salario mínimo público e incluirá una pensión extra en Navidad. Se ajusta con arreglo a los cambios en el índice de precios al consumidor.



Pensiones de sobrevivientes

Cuentas individuales

El requisito fundamental es que el difunto fuera asegurado o pensionista al fallecer. Los derechohabientes son la viuda o el viudo o conviviente, hijo soltero menor de 18 años de edad, de 21 años si es estudiante y sin límite de edad si es discapacitado. El cónyuge menor de 50 años de edad tiene derecho a 5 años de pensión, el mayor de 50 y menor de 55 años tiene derecho a 6 años de pensión, y los sobrevivientes mayores de 55 años a una pensión vitalicia.

La pensión es del 60% del salario base que se calcula teniendo en cuenta el promedio del salario sujeto a seguro, indexado en los últimos 3 años. En el caso de los de los hijos menores de 18 años de edad (21 años si es estudiante y sin límite si es discapacitado), la prestación es pagadera en partes iguales al cónyuge y a los hijos.

No existe pensión de sobrevivientes mínima, y las prestaciones se ajustan con arreglo a los cambios en el índice de precios al consumidor.

Pensión asistencial de sobrevivientes

Este tipo de pensión es pagadera a sobrevivientes indigentes. Los derechohabientes son la viuda o el viudo o conviviente, hijo soltero menor de 18 años de edad, 21 años si es estudiante y sin límite si es discapacitado.

La pensión supone un 60% del salario mínimo público e incluirá una pensión extra en Navidad. Las prestaciones se ajustan con arreglo a los cambios en el índice de precios al consumidor.

21.2.2 Cobertura e Intensidad

De acuerdo con los datos proporcionados por el Consejo Nacional de Seguridad Social, el número de pensionados y jubilados en 2009-2010 en República Dominicana asciende a 87.499 personas, de las que la mayor parte (el 96,9%) reciben pensiones por vejez. El 3,1% restante reciben pensiones por discapacidad y sobrevivencia.

Al considerar el tipo de sistema, la distribución del número de pensionados es la que se explica a continuación:

- **Reparto.** Según el Ministerio de Hacienda Dominicano, en febrero de 2009, el número de pensionados adscritos a este sistema ascendía a 79.243 personas. Esto supone el 90,56% del número total de pensionados. Por tipo de prestación, las pensiones por vejez representan el 99% de las pensiones ofrecidas en este sistema.
- **Capitalización Individual.** De acuerdo con la Superintendencia de Pensiones de la República Dominicana, en marzo de 2010 el número de pensiones registradas en el sistema de capitalización individual asciende a 2.452 pensionistas, esto es un 2,80% del número total de pensionados. En este sistema no se registran pensionista por vejez.
- Los **planes complementarios** registran 5.804 pensionistas todos ellos por vejez.

**República Dominicana. Número de pensionados y jubilados
2009-2010**

Sistema	Número de pensionados			Total	Participación
	Vejez	Discapacidad	Sobrevivencia		
Reparto*	79.010	80	153	79.243	90,56%
Capitalización Individual**	0	766	1.686	2.452	2,80%
Planes Complementarios	5.804	N/D	N/D	5.804	6,63%
Total	84.814	846	1.839	87.499	100%
Participación	96,9%	1,0%	2,1%	100,0%	–

* Datos Suministrados por Ministerio de Hacienda a Febrero 2009.

** Datos reportados por SIPEN (Boletín trimestral a Marzo de 2010). Contiene la sumatoria de pensionados del Sistema de Capitalización Individual más Reparto Individualizado (Banco Central y Banco de Reservas).

N/D Data no disponible.

Únicamente se difunden datos sobre la distribución de pensionados y jubilados por sexo y edad en relación con el Sistema de Reparto. A continuación se detallan estos datos, referidos al mes de febrero de 2009.

- De los 79.243 pensionados adscritos al sistema de reparto el 57,08% eran varones y el 42,92% mujeres.
- Por grupo de edad, destaca el porcentaje de los pensionados de 65 años y más que representaban el 69% del número total de pensionados en este sistema. Los pensionados de 35 a 64 años suponían el 27% del total. Existe un 4% de pensionistas del que se desconoce la edad.
- Respecto a la población de 65 años y más en República Dominicana, la cual asciende a 602.019 personas, el número de pensionados por el sistema de reparto de 65 años y más supone el 9% de este grupo de edad.

**República Dominicana. Número de pensionados y jubilados incluidos en el sistema de reparto, según sexo.
Febrero de 2009**

	Hombres	Mujeres	Total
Número de pensionados y jubilados	45.232	34.011	79.243
Participación%	57,08%	42,92%	100,00%

Fuente: Ministerio de Hacienda.

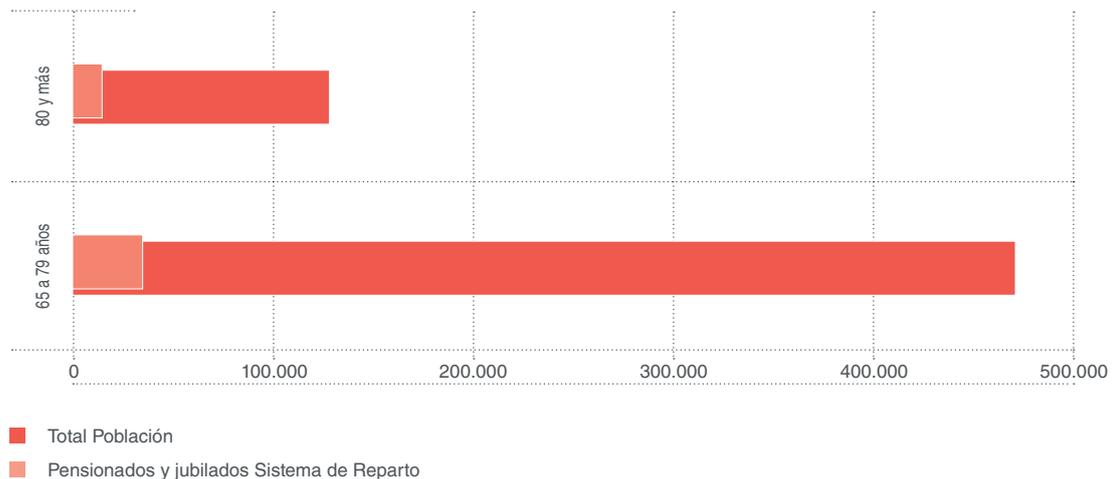


República Dominicana. Pensionados y Jubilados del Sistema de Reparto por Rango de Edad.
Febrero de 2009

Edad	Número de personas
Menor de 35 años	145
De 35 a 49 años	2.560
De 50 a 64 años	19.201
De 65 a 79 años	41.172
De 80 a 94 años	12.227
De 95 o más	1.027
Edad desconocida	2.911
Total	79.243

Fuente: Ministerio de Hacienda.

República Dominicana. Cobertura prestacional de las pensiones de vejez en población de 65 y más años, por grupo de edad. **Febrero de 2009.**



Fuente: Ministerio de Hacienda.

República Dominicana. Número de pensionados y jubilados de 65 años y más incluidos en el sistema de reparto, según tipo de prestación. **Febrero de 2009**

Pensionados	Vejez	Discapacidad	Sobrevivencia	Total
Número de pensionados y jubilados	54.426	N/D	N/D	57.337
Participación%	94,9%	5,1%		100%

Fuente: Ministerio de Hacienda.
N/D: dato no disponible.

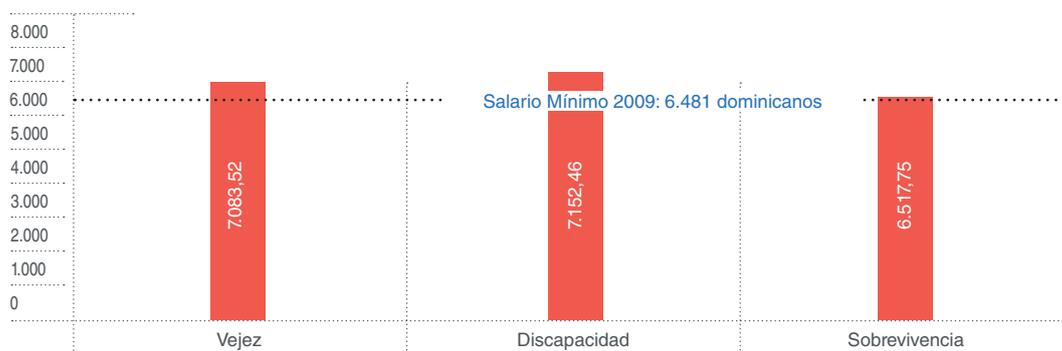
La pensión mensual promedio varía según el tipo de prestación. Así para las pensiones por vejez adscritas al sistema de reparto el promedio mensual en febrero de 2009 ascendía a 7.083,52 pesos dominicanos, la de sobrevivencia mantenía un valor promedio mensual para esa misma fecha de 6.517,75 pesos dominicanos. No existen diferencias entre los montos mensuales promedio percibidos en el sistema de reparto y el de capitalización individual. El Salario Mínimo promedio privado vigente a partir del 30 de julio del 2009 es 6.481 pesos dominicanos.

República Dominicana. Pensión Mensual Promedio por Tipo de Prestación

Sistema	Pensión mensual promedio por tipo de prestación RD\$		
	Vejez	Discapacidad	Sobrevivencia
Reparto*	7.083,52	7.152,46	6.517,75
Capitalización Individual**	–	7.152,46	6.517,75

* Data obtenida de la base de datos suministrada por Ministerio de Hacienda a febrero 2009.
 ** Data obtenida del Boletín Trimestral de Superintendencia de Pensiones SIPEN a marzo 2010.

República Dominicana. Importe promedio de las pensiones, por tipo, en relación con el Salario Mínimo. Febrero 2009



Fuente: Ministerio de Hacienda.

21.3. Sistema de Salud

El sector de Salud de la República Dominicana está compuesto por los tres subsectores tradicionales en la región: el público, el de seguro social (con varios programas separados) y el privado combinando con y sin ánimo de lucro.

El Seguro Familiar de Salud (SFS), cuya meta es alcanzar cobertura universal en 2011, debe ofertar un paquete básico (PBS) igual para los tres regímenes. Las aseguradoras son llamadas Administradoras de Riesgos de Salud (ARS), una de ellas es pública (Seguro Nacional de Salud: SENASA, obligatoria para todos los afiliados a los regímenes contributivo-subsidiado y subsidiado así como para los empleados públicos en el régimen contributivo), otra del seguro social y el resto privadas. La provisión debe hacerse por Prestadores de Servicios de Salud (PSS), también de naturaleza múltiple. Las fuentes de financiamiento son mixtas: cotizaciones salariales en el régimen contributivo, cotizaciones y aportes fiscales en el contributivo-subsidiado, y totalmente estatal en el subsidiado. Los tres regímenes tienen fondos separados así que no hay transferencias ni solidaridad entre ellos. La recaudación es centralizada a través de la Tesorería de Seguridad Social que a su vez transfiere recursos a las ARS y a SENASA (ésta asigna un per capita por el paquete a las regiones de salud).

El marco legal del Sistema Sanitario de la República Dominicana viene dado por:

- **Ley No.42-01, general de salud (2001)** regula todas las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la salud. En su Libro Primero se refiere al Sistema Nacional de Salud, disposiciones generales, organización y funcionamiento, principios y estrategias fundamentales y



Consejo Nacional de Salud, financiamiento del Sector Salud, derechos y deberes en relación a la salud y salud en los grupos prioritarios. El Libro Segundo regula lo relativo a las acciones de salud, el Libro Tercero se refiere a Recursos Humanos en Salud, el Libro Cuarto al Control Sanitario de Productos y Servicios, el Libro Quinto a Disposición de tejidos, órganos y cadáveres y el Libro Sexto a las autoridades de salud, atribuciones y medidas y procedimientos para el cumplimiento de las disposiciones previstas.

- **Ley No.87-01, que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) (2001).** Tiene por objeto establecer el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) en el marco de la Constitución de la República Dominicana, para regularla y desarrollar los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales. El Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) comprende a todas las instituciones públicas, privadas y mixtas que realizan actividades principales o complementarias de seguridad social, a los recursos físicos y humanos, así como las normas y procedimientos que los rigen. Establece los fundamentos para el desarrollo de un sistema de protección social con cobertura universal, promoviendo el aumento del aseguramiento vía cotizaciones sociales, con los aportes del Estado, de empleadores y del trabajador y desarrolla los derechos y deberes recíprocos del Estado y de los ciudadanos en lo concerniente al financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, etc.

Tienen derecho a ser afiliados al Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS) todos los ciudadanos dominicanos y los residentes legales en el territorio nacional. La ley y sus normas complementarias regularán la inclusión de los dominicanos residentes en el exterior.

Son titulares del derecho a la promoción de la salud, prevención de las enfermedades y a la protección, recuperación y rehabilitación de su salud y preservación del medio ambiente, sin discriminación alguna, todos los dominicanos y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

El marco jurídico del Sistema Sanitario de República Dominicana cambió sustancialmente con la promulgación de ambas leyes. A la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) se le confiere la función de rectoría, la cual debe ejercer a través de sus instancias técnicas centrales y sus expresiones territoriales desconcentradas, en otras palabras, las Direcciones Provinciales de Salud, de acuerdo con la ley y el reglamento de Separación de Funciones.

Así mismo, este nuevo marco legal ordena realizar las transformaciones necesarias para que las funciones del Sistema Nacional de Salud –rectoría, provisión, aseguramiento y financiamiento–, se separen y sean asumidas por las diferentes instituciones que le conforman. Entre estas instituciones se encuentran la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS), el Seguro Nacional de Salud (SeNaSa), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), el Consejo Nacional de la Seguridad Social (CNSS), con una Gerencia de la Seguridad Social (GSS), y el Consejo Nacional de Salud (CNS).

En el año 2005 se definió la *“Agenda Estratégica y Ruta Crítica de la Reforma en Salud”*, concebida como un instrumento de coordinación de las acciones relevantes que las diferentes instituciones del sector salud debían poner en marcha para avanzar en el proceso de reforma.

Es un instrumento guía, que establece las prioridades para el proceso de cambio que imponen las leyes vigentes:

- Fortalecimiento del rol rector de la SESPAS, con base en las llamadas Funciones Esenciales de Salud Pública y la reorganización y reconversión de los Programas de Salud Pública.
- Organización y estructuración de las Redes Públicas Prestadoras de los Servicios de Salud a nivel regional (Servicios Regionales de Salud).
- Garantía de acceso equitativo a medicamentos de calidad, seguros y efectivos, con una red de 424 Farmacias del Pueblo.
- Garantía de aseguramiento para toda la población, con énfasis en los más pobres.

Ejes que se considera de forma transversal:

- Desarrollo de los recursos humanos del sector salud.
- Diseño e implementación del sistema de información general en salud.

La Reforma del Sistema de Salud establece el aseguramiento universal en salud como obligatorio, con un paquete único de servicios de salud para toda la población en base a garantías de derecho, financiado por recursos públicos (subsidiado y parcialmente contributivo-subsidiado) y cotizaciones de las empresas y trabajadores (contributivo y parcialmente contributivo-subsidiado).

El aseguramiento en salud de la población se realiza a través de entidades públicas, y privadas, que son las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS). En el caso del aseguramiento a poblaciones de bajos ingresos interviene el Sistema Único de Identificación de Beneficiarios (SIUBEN) el cual depende del Gabinete Social. El Seguro Nacional de Salud (SeNaSa) es el asegurador público responsable de todos los empleados públicos y de las instituciones autónomas o descentralizadas y sus familiares¹⁸.

La entidad reguladora del aseguramiento en el país es la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL) encargada de regular y fiscalizar el desempeño de las instituciones que ofertan el aseguramiento del servicio de salud.

A los usuarios y beneficiarios del sistema de salud se les debe ofrecer un Plan Básico de Salud, en el cual estén contenidos todos los servicios necesarios, atendiendo al grupo de edad y riesgo. Estos servicios son los mismos, tanto para el sector público como para el privado e incluyen acciones específicas de salud pública, tales como, las inmunizaciones a los menores de 5 años.

Los usuarios, además, cuentan con un organismo que les defiende sus derechos: la Dirección de Defensa e Información del Afiliado (DIDA), la cual ha creado mecanismos para comunicar y defender los derechos de los usuarios.

21.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

Los SRS prestan servicios de salud a las poblaciones que les correspondan, según distribución geográfica, en establecimientos y servicios ordenados por niveles de complejidad o niveles de atención. Para ello están conformados tres niveles de atención:



- **Primer nivel de atención:** clínicas rurales, dispensarios y consultorios, tienen que garantizar la atención sin internamiento de menor complejidad, mediante la estrategia de atención primaria en salud.
- **Segundo nivel de atención,** estructuras de nivel especializado básico, donde se incluyen los hospitales generales (municipales o provinciales), que han de garantizar la atención en salud especializada de menor complejidad con régimen de internamiento según el caso.
- **Tercera estructura,** corresponde a Hospitales Regionales y especializados cuya cartera de servicios cubre todas las contingencias en régimen de internamiento para la prestación de servicios en los casos de mayor complejidad, incluyendo los que se han definido como de referencia nacional, los centros especializados de atención y los centros diagnósticos.

Programas de Adultos Mayores

La Constitución en su Artículo 8 indica que el Estado prestará su protección y asistencia a los ancianos en la forma que determine la ley, de manera que se preserve su salud y se asegure su bienestar.

El Programa de Adultos Mayores contempla, en el contexto de la reforma del Sistema:

- Asistencia farmacéutica básica, con la entrega de medicamentos gratuitos para hipertensión, diabetes y otras enfermedades crónicas no transmisibles que se presentan mayormente en esa población.
- Programa de Residencia médica Geriátrica, con especialización en Geriátrica de Médicos, en los centros hospitalarios del país.
- Aplicación de vacunación.

21.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Para 1996, la cobertura de los Seguros de Salud se expresaba en un 12.4 % de la población con seguro privado de salud, un 5.4 % pertenecía al Instituto Dominicano del Seguro Social, es decir, que aproximadamente un 18 % de la población tenía algún tipo de seguro y un 80.5 % no lo tenía. Ya en el año 2002, después de aprobada la Ley de Seguridad Social, el 21 % de la población total estaba cubierta por algún seguro:

La puesta en marcha del Seguro Familiar de Salud ha hecho que en los últimos cinco años se tengan una cobertura de aseguramiento de casi 41% de la población de adultos mayores (240,029). En la actualidad el 61% de los adultos mayores asegurados lo esta en el régimen subsidiado y el restante 39 por régimen contributivo.

La estrategia de una atención farmacéutica ha impactado favorablemente en el acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad.

En el corto plazo la cobertura a los adultos mayores será de un 54% (con la afiliación de 80,000 pensionados del IDSS al SENASA). Con la afiliación de los pensionados del IDSS el SENASA pasa a asegurar el 71% de los adultos mayores asegurados.

Según el informe de Memoria de la SESPAS, el sector público dispone de 1,234 centros de salud (12 hospitales especializados, 40 provinciales y 87 municipales, 739 clínicas, 324 consultorios y dispensarios, correspondiendo estos tres últimos al primer nivel de atención. Para ese mismo año, el país disponía de 2.2 camas por cada 1,000 habitantes.

La provisión directa de servicios de atención a las personas es dirigida a cubrir la totalidad de la población dominicana, en especial a la población pobre. Según ENDESA 2002, el 60% de los dominicanos acude a consultas e internamiento en los establecimientos públicos de salud, especialmente a los hospitales de SESPAS. La demanda por tales servicios se vincula principalmente a la población de zonas rurales y zonas urbanas de bajos ingresos.

Indicadores de salud en República Dominicana	
Cobertura	
Población cubierta %	–
Población sin cobertura %	–
Adultos mayores con cobertura de salud	–
Adultos mayores sin cobertura de salud	–
Estructura⁽¹⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2007)	10
Número de médicos por 10.000 habitantes (2000)	18.8
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2000)	18.4
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2000)	8.4
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes (2000)	4
Gasto en salud (2006)⁽¹⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	5.6
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	10.4
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	63.0
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	37.0
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	1.9
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	27.1
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	64.3
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	23.5
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	140
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	76
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	379
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	206

Fuente: 1. OMS. *The Global Health Observatory (GHO) Database*



21.4. Servicios Sociales

21.4.1 Marco institucional

Las instituciones y asociaciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en República Dominicana son las siguientes:

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social.
- Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE).
- Universidad de la Tercera Edad.

21.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en República Dominicana se presentan brevemente a continuación:

- **Programa de Hogares de Día**, dirigido a los mayores de escasos recursos y que no pueden ser atendidos por sus familiares durante el día. En estos centros reciben atenciones integrales en salud, alimentación, entretenimiento y apoyo emocional.
- **Programas de Estancias Permanentes o Asilos de Ancianos**, en los que se ofrece una atención residencial integral.
- **Programas de Visitas Domiciliarias**, dirigidos a los adultos mayores que no pueden valerse por sí mismos y tienen recursos económicos escasos. Se suministra artículos utilitarios como bastones, sillas de ruedas, muletas, camas, etc.
- **Programa de Residencia Médica Geriátrica** a través del cual los médicos se especializan en Geriátrica, y brindan sus conocimientos a los adultos mayores en todos los centros hospitalarios del país.
- **Programas de Clubes de Envejecientes**, donde los mayores desarrollan actitudes y habilidades con la finalidad de hacerles sentir útiles a la sociedad.

Desde el Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE) se ha elaborado el Plan de Acción Decenal que incluye los siguientes recursos y proyectos:

- **Ciudad de Retiro** que son los actuales Asilos, convertidos en lugares con áreas de esparcimiento para los ancianos, con comodidades y servicios para hacer la vida del mayor más placentera.
- **Proyecto Microcentros Geriátricos “Mi familia”**- es un hogar permanente donde viven solamente 10 mayores, lo cual le da un carácter familiar.
- **Proyecto Centro de Servicios de Capacitación y Recreación (SECARE)**. Es un hogar diurno y funciona de 7:00 AM a 5:00 PM, donde se desarrollan programas integrales, consta de una unidad de salud, una Botica Popular, un Comedor Económico, Alfabetización de Adultos y Áreas Recreativas.

- **Proyecto Hogar de Tránsito, Recuperación y Rehabilitación (HOTRARE).** Es un centro de estadía de corto tiempo, para aquellos que están en situaciones especiales, sea esta física, psíquica o de adicción, hasta que estén en condiciones de integrarse a su núcleo familiar o a un centro seguro permanente.
- **Proyecto Técnico Vocacional del Adulto Mayor.** Es una escuela orientada a la formación técnico-profesional del Adulto Mayor.
- **Proyecto Oficinas de Servicios e Información.** Son oficinas acreditadas por el consejo para dar servicios a la población Adulta Mayor en diferentes ámbitos (legal, salud, alimento y diagnóstico).
- **Programa Diagnóstico y Seguimiento del Adulto Mayor.** Es un archivo de todas las informaciones de la persona, para determinar cómo viven, de qué viven y con quiénes viven.
- **Proyecto Instalación Centro Administrativo Regional,** para recopilar solicitudes de servicios y sugerencias de los adultos mayores.
- **Programa “Mano Amiga del Presidente”,** que incluye una serie de actuaciones:
 - Solución Calle por Calle.
 - Comida Sobre Ruedas. Comedores Económicos.
 - Repara y Píntale la casa a los Abuelos.
 - Visitas Médicas Domiciliarias.
 - Los Mayores en el Extranjero.
 - Asistencia Legal.
 - Transporte Gratis para los Mayores.
 - Carnet de exoneración.
 - Programa Transitorio (911) de alimentos y medicamentos.
 - Voluntariado de jóvenes.
 - Abuelo Productivo en su Casa.



- **Programa Provee.** Es un programa de transferencia de fondos de los subsidios asignados por el Presidente a través de la Tarjeta Solidaridad, hasta lograr con los diferentes componentes la Pensión Solidaria Subsidiada.
- **Programa Sembrando para Vivir.** Es una terapia ocupacional que consiste en la siembra de árboles frutales y hortalizas en los hogares, además de la participación en las iniciativas de reforestación del país.
- **Programa Recreativo, Deportivo, Cultural Abuelos y Abuelas de vuelta al parque,** que consiste en desarrollar actividades de recreación, deportivas, culturales y la terapia del TAI-CHI, a grupos de personas mayores de 60 años.





22
Uruguay

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



22.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 el 13,9% de la población uruguaya se encuentra dentro del grupo de edad de 65 años y más. De esta población el 61% son mujeres frente al 39% de varones. Esta diferencia porcentual de las mujeres frente a los varones se incrementa según aumenta la edad. Así, para el grupo de 85 años y más las mujeres suponen el 72% de este grupo poblacional.

Uruguay. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	1.627.600	1.744.312	3.371.912
65 - 69	58.697	73.366	132.063
70 - 74	46.645	66.625	113.270
75 - 79	38.073	60.005	98.078
80 - 84	24.139	45.619	69.758
85 y más	15.546	39.337	54.883
Total 65 años y más	183.100	284.952	468.052
Proporción sobre la población total %	11,2%	16,3%	13,9%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Este perfil femenino se explica por la mayor longevidad de las mujeres. Así, mientras la esperanza de vida al nacer de los varones uruguayos en el quinquenio 2010-2015 es de 73,7 años el de las mujeres se encuentra en los 80,6 años. Al referirnos a la esperanza de vida a los 65 años, nos encontramos que para este mismo período la expectativa vital adicional de los hombres y las mujeres es de 15,6 y 20,1 años respectivamente. Por lo que respecta al número de años que le restarían por vivir a una persona a los 80 años, se observa de nuevo una expectativa mayor en las mujeres que en los varones.

Uruguay- Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida al nacer	73,7	80,6
Esperanza de vida a los 65 años	15,6	20,1
Esperanza de vida a los 80 años	7,3	9,2

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los siguientes indicadores muestran el alto envejecimiento de la población uruguaya. El índice de envejecimiento señala que en el año 2010 se cuentan 62 adultos mayores por cada 100 niños. Por otro lado, la mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para este mismo año se sitúa en 164 mujeres por cada 100 varones. El índice de dependencia que mide la proporción que supone la población mayor respecto a la población económicamente se sitúa en el año 2010 en 22 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. La edad media de la población es de 33,5 años.

Uruguay. Indicadores de envejecimiento 2010	
Índices de envejecimiento	62
Índice de masculinidad	164
Índices de dependencia	22
Edad media de la población (2009) *	33,5

Fuente: CELADE. Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.

*Naciones Unidas, World Population Ageing 2009.

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

22.2. Sistema de Pensiones

22.2.1 Descripción

22.2.1.1 Régimen previsional

El régimen previsional vigente (Ley 16.713, de 3 de septiembre de 1995), que aún se encuentra en su etapa de transición, creó un régimen de capitalización individual a partir de una reforma sustantiva del sistema de reparto anterior.

El nuevo sistema jubilatorio contributivo es mixto, compuesto por el **régimen de reparto reformado** y el **régimen de ahorro individual complementario**. En el régimen mixto se establece tres niveles de cobertura según la cuantía de los ingresos individuales computables:

- Primer nivel: régimen de solidaridad intergeneracional,
- Segundo nivel: régimen mixto solidaridad y ahorro individual obligatorio y
- Tercer nivel: ahorro voluntario.

Las fuentes de financiamiento del pilar solidario son:

- Aportes personales no destinados al régimen de ahorro individual
- Aportes patronales que son exclusivos del sistema solidario
- Impuestos afectados, y
- Contribuciones estatales.

La Ley 16.713 introdujo cambios significativos en la forma de determinar las prestaciones del régimen de reparto, en el sentido de que:

- Se cambiaron las tasas de reemplazo igualándolas para ambos sexos y estableciendo una nueva escala que oscila entre 50% y 82,5% y es función de los años de servicios y la edad de retiro,



- Se aumentó el período que sirve de base para el cómputo del sueldo básico jubilatorio de 3 años a 10 años o los 20 mejores años incrementados en un 5%,
- Se aumentaron los años de servicios mínimos requeridos para generar causal jubilatoria de 30 a 35 años,
- Se aumentó la edad mínima jubilatoria para el caso de las mujeres que se igualó a la de hombres en 60 años,
- Se aumentaron los requisitos para el reconocimiento de las actividades computables; para patronos y trabajadores no dependientes deben tener registrados en la historia laboral sus aportes efectivos y en el caso de los dependientes deben tener registrado sus servicios.

Se introdujeron cambios en el régimen de pensiones, destacándose entre otros, la igualación entre sexos admitiendo la pensión para el viudo y divorciado y las limitaciones de la posibilidad de acceso a la prestación de las viudas, en función de la edad y recursos propios.

Tras estos cambios, las condiciones de acceso a las pensiones de jubilación e incapacidad total en el **régimen transitorio**, que incluye a todos los afiliados al BPS que el 1 de abril de 1996 tuvieron 40 o más años de edad y no hayan configurado causal jubilatoria al 31 de diciembre de 1996, salvo que realicen la opción prevista en el artículo 65 de la Ley 16.713, contempla las siguientes prestaciones de jubilación:

- **Jubilación Común:** Se requiere un mínimo de 35 años de servicios reconocidos y 60 años de edad.
- **Jubilación por edad avanzada:** Para acceder a esta prestación se requieren 15 años de servicios reconocidos y 70 años de edad.
- **Jubilación por incapacidad total:** La causal de este tipo de jubilación, se configura por la ocurrencia de cualquiera de los siguientes supuestos:
 - La incapacidad absoluta y permanente para todo tipo de trabajo, sobrevenida en actividad o en período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la haya originado. En esta situación los trabajadores mayores de 25 años deberán acreditar un mínimo de dos años de servicios reconocidos, de los cuales seis meses como mínimo, deben haber sido inmediatamente previos a la incapacidad. Para los trabajadores menores de 25 años, sólo se requiere un período mínimo de servicios de seis meses que deberán ser inmediatamente previos a la incapacidad.
 - La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, a causa o en ocasión del trabajo, no se requiere mínimo de tiempo de servicios.
 - La incapacidad laboral absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida dentro de los dos años siguientes al cese en la actividad o al vencimiento del período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la hubiere originado, se requieren como mínimo 10 años de servicios reconocidos y que el afiliado no fuera beneficiario de otra jubilación o retiro.

El **nuevo régimen previsional (Régimen Mixto)**, por su parte, comprende obligatoriamente a todas las personas que eran menores de 40 años de edad el 1 de abril de 1996; a las personas que con posterioridad a la mencionada fecha, cualquiera sea su edad, hayan ingresado al mercado de trabajo en actividades amparadas por el BPS; a las personas que con anterioridad

a dicha fecha no hubieren registrado afiliación al BPS y a quienes no estando comprendidos en los criterios anteriores opten por él. El nuevo régimen previsional se basa en un sistema mixto con dos pilares:

- El primero, que es la base del sistema, es de reparto o de solidaridad **intergeneracional**. Es administrado por el BPS y alcanza a todos los afiliados activos por las asignaciones computables hasta 5.000 pesos mensuales.
- El segundo, de **capitalización individual**, es administrado por las AFAP y es obligatorio para las asignaciones computables comprendidas entre los 5.000 y 15.000 pesos. El sistema se transforma en uno de **ahorro voluntario** para los ingresos que superen este último tope.

Régimen de Solidaridad Intergeneracional

Las prestaciones de jubilación otorgadas dentro del régimen de solidaridad intergeneracional son las siguientes:

- **Jubilación común:** Esta prestación se otorga a los afiliados de ambos sexos con una edad mínima de 60 años y un mínimo de 35 años de servicios registrados en la Historia Laboral, para los trabajadores dependientes y para los patrones 35 años de servicios con cotización efectiva.
- **Prestación por edad avanzada:** Esta prestación se configura al cumplir 70 años de edad (se puede obtener con posterioridad al cese), siempre que se acrediten 15 años de servicios registrados en la Historia Laboral. Para el caso de los patrones se exige que haya habido cotización efectiva. Esta prestación es incompatible con cualquier otra jubilación o retiro.
- **Jubilación por imposibilidad física total:** La causal de este tipo de jubilación, se configura por la ocurrencia de cualquiera de los siguientes supuestos:
 - La incapacidad absoluta y permanente para todo tipo de trabajo, sobrevenida en actividad o en período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la haya originado. En esta situación los trabajadores mayores de 25 años deberán acreditar un mínimo de dos años de servicios reconocidos, de los cuales seis meses como mínimo, deben haber sido inmediatamente previos a la incapacidad. Para los trabajadores menores de 25 años, sólo se requiere un período mínimo de servicios de seis meses que deberán ser inmediatamente previos a la incapacidad.
 - La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, a causa o en ocasión del trabajo, no se requiere mínimo de tiempo de servicios.
 - La incapacidad laboral absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida dentro de los dos años siguientes al cese en la actividad o al vencimiento del período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la hubiere originado, se requieren como mínimo 10 años de servicios reconocidos y que el afiliado no fuera beneficiario de otra jubilación o retiro.

Las prestaciones otorgadas a través del Régimen de Solidaridad Intergeneracional poseen unas **asignaciones variables**:

- **Jubilación común:** La asignación de jubilación, varía según los años de edad y de servicios reconocidos y se ubica en los siguientes porcentajes del sueldo básico jubilatorio:
 - 50% si se computan 35 años de servicios y 60 años de edad.



- Se adiciona un 0.5% por cada año que supere a los 35 de servicios a la configuración de la causal, con un máximo de 2.5%.
- Se adiciona un 2% por año, por cada año de edad que supere los 60 años hasta la configuración de la causal o llegar a los 70 años de edad aún sin configurar causal.
- Se adiciona un 3% anual por cada año que se difiera el retiro luego de configurada la causal con un máximo del 30%.
- **Jubilación por incapacidad total y subsidio transitorio:** La asignación de jubilación y el subsidio transitorio son equivalentes al 65% del sueldo básico jubilatorio.
- **Jubilación por edad avanzada:** Esta jubilación es el 50% del sueldo básico jubilatorio, más un 1% por cada año de servicio que exceda los 15, con un máximo del 14%.

El **sueldo básico jubilatorio**, en el sistema de reparto, se calcula como el promedio actualizado de los últimos 10 años de ingresos actualizados registrados en la Historia Laboral, con el tope del promedio de los 20 mejores años más un 5%. Si el promedio de los 20 mejores años supera el de los últimos diez años, se toma el primero.

En el caso de causal jubilatoria por incapacidad total o edad avanzada, si el tiempo de servicios computables no alcanza el período o períodos de cálculo indicados, se tomará el promedio correspondiente al período reconocido o registrado en la Historia Laboral.

Régimen de Ahorro Individual

Las prestaciones otorgadas dentro del régimen de ahorro individual se servirán por el mismo plazo y estarán sujetas a los mismos requisitos establecidos para las del régimen de solidaridad intergeneracional. Las prestaciones otorgadas dentro de este régimen son las siguientes:

- Jubilaciones.
- Jubilación por incapacidad total.
- Subsidio transitorio por incapacidad parcial.
- Pensiones.

Las prestaciones otorgadas a través del Régimen de Ahorro Individual poseen unas **asignaciones** variables:

- **Jubilación común y jubilación por edad avanzada:** La asignación en estos dos casos dependerá de: del saldo acumulado en la cuanta de ahorro individual a la fecha de traspaso de fondos desde la entidad administradora a la empresa aseguradora, de la expectativa de vida del afiliado a la fecha de acogerse a la prestación y de la tasa de interés anual que ofrezca la empresa aseguradora.
- **Jubilación por incapacidad total y subsidio transitorio por incapacidad parcial:** La asignación de jubilación y subsidio transitorio será igual al 45% del promedio mensual de las asignaciones computables actualizadas por las que se aportó al Fondo Previsional en los últimos 10 años de actividad o período efectivo menor de aportación.

Pensiones

El régimen de pensiones (prestaciones derivadas del fallecimiento de un trabajador o jubilado) contempla los siguientes causales:

- Muerte del trabajador, cualquiera fuera el tiempo de servicios reconocidos o del jubilado.
- Declaratoria judicial de ausencia del trabajador o jubilado. Desaparición del trabajador o jubilado en un siniestro conocido de manera pública y notoria previa información sumaria.
- Fallecimiento bajo régimen de subsidio transitorio por incapacidad parcial, de maternidad y seguro de enfermedad y accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.
- Muerte del trabajador desocupado, siempre que fallezca:
 - a) durante el período de amparo al régimen de prestaciones por desempleo, o dentro de los doce meses inmediatos siguientes al cese de la prestación de dicho régimen, o al cese de la actividad cuando no fuera beneficiario del mismo.
 - b) con posterioridad a los doce meses del cese de la actividad, con las siguientes condiciones:
 - deberá computar como mínimo 10 años de servicios.
 - sus causahabientes no podrán percibir otra pensión generada por él mismo causante.
 - Jubilado procesado por delito con pena de penitenciaría, durante su reclusión.
 - Se suspende el beneficio jubilatorio y se otorga pensión a esposa e hijos menores de 21 años y/o a ex-esposa.

Entre los **beneficiarios** con derecho a pensión se encuentran las siguientes personas:

- Las personas viudas (hombre o mujer).
- Los hijos solteros mayores de 18 de edad absolutamente incapacitados para todo trabajo y los hijos solteros menores de 21 de edad, excepto cuando se trate de mayores de dieciocho años de edad que dispongan de medios de vida propios y suficientes para su congrua y decente sustentación.
- Los padres absolutamente incapacitados para todo trabajo.
- Las personas divorciadas (hombre o mujer).

Cada uno de estos beneficiarios debe cumplir unos **requisitos** específicos para la obtención de la pensión. Estos requisitos son los siguientes:

- **Viuda.** El promedio mensual actualizado de los ingresos personales de los 12 meses anteriores al fallecimiento del causante, debe ser inferior a \$ 15.000 mensuales.
- **Viudo.** Se deberá acreditar conforme a la reglamentación, la dependencia económica del causante o la carencia de recursos suficientes.



- **Hijos mayores de 18 años, incapacitados.** Deben probar la incapacidad física para todo trabajo, por los Servicios Médicos del B.P.S.
- **Hijos adoptivos menores de 21 años.** Deberán probar que han integrado, de hecho, un hogar común con el causante, siempre que esa situación fuese notoria y preexistente en 5 años por lo menos, a la fecha de configurar la causal pensionaria.
- **Hijos adoptivos incapaces, mayores de 18 años.** Deberán probar que han integrado, de hecho, un hogar común con el causante, siempre que esa situación fuese notoria y preexistente en 5 años por lo menos, a la fecha de configurar la causal pensionaria, además deben probar la incapacidad física para todo trabajo por los Servicios Médicos del B.P.S.
- **Hijos adoptivos menores de 10 años.** Se exige que el beneficiario haya convivido con el causante la mitad de su vida, a la fecha en que se opere la causal.
- **Padres absolutamente incapacitados.** Se deberá probar la dependencia económica del causante o la carencia de ingresos suficientes y la incapacidad física para todo trabajo por los Servicios Médicos del B.P.S.
- **Padres adoptantes incapacitados.** Deberán probar que han integrado, de hecho, un hogar común con el causante, siempre que esa situación fuese notoria y preexistente en 5 años por lo menos, a la fecha de configurar la causal pensionaria, además deben probar la incapacidad física para todo trabajo por los Servicios Médicos del B.P.S. y la dependencia económica del causante o carencia de ingresos suficientes.
- **Personas divorciadas.** Deberán justificar que gozaban de pensión alimenticia servida por su ex cónyuge, decretada u homologada judicialmente y dependencia económica o carencia de recursos suficientes.

Las pensiones tienen una **duración variable** dependiendo del tipo de beneficiario. A continuación, se presentan las causas de pérdida de la prestación económica atendiendo a los diferentes beneficiarios:

- **Viuda de 40 años o más a la fecha de fallecimiento del causante.** La pensión se sirve durante toda la vida y se pierde cuando el promedio mensual actualizado de sus ingresos correspondientes a los últimos 12 meses supere los \$15.000 mensuales.
- **Viuda que cumpla 40 años de edad gozando del beneficio de pensión.** La pensión se sirve durante toda la vida y se pierde cuando el promedio mensual actualizado de sus ingresos correspondientes a los últimos 12 meses supere los \$15.000 mensuales.
- **Viuda entre 30 y 39 años de edad a la fecha de fallecimiento del causante.** La pensión se sirve durante 5 años y se pierde cuando el promedio mensual actualizado de sus ingresos correspondientes a los últimos 12 meses supere los \$15.000 mensuales.
- **Viuda que tenga menos de 30 años a la fecha de fallecimiento del causante.** La pensión se sirve durante 2 años y se pierde cuando el promedio mensual actualizado de sus ingresos correspondientes a los últimos 12 meses supere los \$15.000 mensuales.
- **Viudos y personas divorciadas de 40 o más años al fallecimiento del causante.** La pensión se sirve durante toda la vida y se pierde por contraer matrimonio o mejorar la fortuna (cuando desaparezcan los supuestos económicos que dieron lugar a la pensión).

- **Viudos y personas divorciadas entre 30 y 39 años a la fecha de fallecimiento del causante.** La pensión se sirve durante 5 años y se pierde por contraer matrimonio o mejorar la fortuna (cuando desaparezcan los supuestos económicos que dieron lugar a la pensión).
- **Viudos y personas divorciadas menores de 30 años a la fecha de fallecimiento del causante.** La pensión se sirve durante 2 años y se pierde por contraer matrimonio o mejorar la fortuna (cuando desaparezcan los supuestos económicos que dieron lugar a la pensión).
- **Padres incapacitados.** La pensión se sirve durante toda la vida y se pierde por recuperar su capacidad antes de los 45 años de edad, o mejorar la fortuna (cuando desaparezcan los supuestos económicos que dieron lugar a la pensión).
- **Hijos solteros mayores de 18 años, incapacitados.** La pensión se sirve durante toda la vida y se pierde por recuperar su capacidad antes de los 45 años de edad.
- **Hijos solteros menores de 21 años.** La pensión se sirve hasta los 21 años de edad y se pierde al cumplir 21 años.

Reformas recientes

El 1° de julio de 2007 entró en vigencia la Ley 18.083, que establece el nuevo sistema tributario, el cual introduce modificaciones en las contribuciones especiales de seguridad social. En primer lugar se baja la tasa de aportación patronal del 12,5% al 7,5% y en términos generales se derogan todas las exoneraciones y reducciones de aportes patronales otorgadas con excepción de:

- a) Las que refieren a instituciones comprendidas en los artículos 5 y 69 de la Constitución de la República.
- b) Las establecidas a partir de tratados internacionales celebrados por la República, aprobados a través de normas legales.
- b) Las otorgadas a sociedades cooperativas y por las sociedades de Fomento Rural (Decreto Ley 14.330 de 1974).

Por otro lado la Ley 18.314 que rige desde el 1° de julio de 2008 crea el impuesto de Asistencia a la Seguridad Social (IASS)

La Ley 18.395 de Flexibilización de acceso a las Jubilaciones, en vigor desde julio de 2009, introduce distintas modificaciones a la Ley 16.713 en cuanto a las condiciones de acceso a las causales de jubilación. Esta Ley introduce cambios significativos en la forma de determinar las prestaciones del régimen de reparto, en el sentido de que:

- Se disminuyeron los años de servicio mínimos requeridos para generar causal jubilatoria común de 35 a 30 años.
- Se cambiaron las tasas de reemplazo estableciendo una nueva escala que oscila entre 45% y 69% en función de los años de servicios y la edad de retiro.
- Se crea un cómputo ficto adicional para las mujeres, las cuales tendrán derecho a un año adicional por cada hijo, con un máximo de cinco años.



- Para la jubilación por edad avanzada, se modifican los requerimientos de edad y servicios en forma escalonada, determinando una disminución de los años de edad y un incremento de los años de servicios. Consecuentemente será posible acceder a esta jubilación no solamente con 70 años de edad y 15 años de servicio, sino también con 69 de edad y 17 de servicios, o bien 68 y 19, 67 y 21, 66 y 23 y 65 y 25 años de edad y de servicios respectivamente.

22.2.1.2 Programa de pensiones no contributivas

El programa de pensiones no contributivas a la vejez e invalidez es uno de los que, en las dos primeras décadas del siglo XX, dio forma a la seguridad social uruguaya. Este programa tuvo una alta participación en los niveles de cobertura población alcanzados por Uruguay, en especial hasta la madurez de los regímenes contributivos, hacia la mitad del siglo pasado.

El programa de prestaciones no contributivas fue una iniciativa del Poder Ejecutivo en el año 1914. Sin embargo no fue creado hasta cinco años después, por la ley 6.874, de 11 de febrero de 1919. La importancia del programa en el esquema de protección social uruguayo queda claramente demostrada a partir de la década de 1940. En esa época se aprobaron normas que, entre otras cosas, implicaban el pago prácticamente automático de la pensión no contributiva por vejez a cuantos tuvieran 60 años de edad⁽¹⁹⁾.

Las pensiones no contributivas en la legislación uruguaya constituyen un derecho subjetivo de las personas que cumplen los requisitos normativos para acceder y mantener el beneficio. Sin embargo, no se trata de una prestación de otorgamiento discrecional, sino que es, incluso, exigible ante los tribunales de justicia si es denegada sin motivo suficiente, a juicio del interesado. Cumplidos los requisitos previstos en la normativa, la Administración debe otorgar el beneficio.

La pensión no contributiva es una prestación económica generada directamente por la persona, independientemente de su eventual actividad laboral o nacionalidad, pero ligada a requisitos de ingreso, residencia y a edad o invalidez, según el componente del programa que se trate. El acceso a esta prestación está condicionado a la no existencia de otro derecho previsional de monto igual o superior o a la inexistencia de ingresos propios o de familiares legalmente obligados a prestar alimentos, que superen determinados niveles.

22.2.2 Cobertura e Intensidad

En diciembre de 2009, el Banco de Previsión Social (BPS) abonó un total de 722.206 prestaciones mensuales permanentes, contributivas y no contributivas. De estas prestaciones, 608.222 fueron recibidas por personas de 60 o más años, y 538.474 por personas de 65 o más años de edad. A estas cifras hay que sumar 1.709 subsidios transitorios, que en las estadísticas del BPS no aparecen desglosados por sexo y edad.

¹⁹ Ley 10.530, de 18.9.44. Esta ley disponía, incluso, que el primer pago se hiciera a domicilio.

Uruguay. Banco de Previsión Social. Número de pasividades pagadas por el BPS según tipo de beneficio, sexo y edad de los perceptores. **Diciembre de 2009**

	Hombres	Mujeres	Total
Jubilaciones			
Total	170.397	203.005	373.402
60-64	19.550	21.637	41.187
65 y más	146.180	175.761	321.941
Total 60 y más	165.730	197.398	363.128
Resto	4.667	5.607	10.274
Pensiones contributivas			
Total	13.876	254.789	268.665
60-64	725	23.324	24.049
65 y más	7.478	177.478	184.956
Total 60 y más	8.203	200.802	209.005
Resto	5.673	53.987	59.660
Pensiones No Contributivas de Vejez e Invalidez			
Total	36.113	42.317	78.430
60-64	1.974	2.538	4.512
65 y más	11.121	20.456	31.577
Total 60 y más	13.095	22.994	36.089
Resto	23.018	19.323	42.341
Total Pasividades (excepto subsidios transitorios)			
Total	220.386	500.111	720.497
60-64	22.249	47.499	69.748
65 y más	164.779	373.695	538.474
Total 60 y más	187.028	421.194	608.222
Resto	33.358	78.917	112.275
Subsidios Transitorios			
Total			1.709
Total Pasividades (incluidos subsidios transitorios)			
Total			722.206

Fuente: Banco de Previsión Social. Boletín Estadístico 2010.

El importe medio de las pasividades abonadas en diciembre de 2009 fue de 6.181,71 pesos uruguayos. El importe medio de las jubilaciones (8.341,12 pesos) fue netamente superior al de las pensiones, tanto contributivas (3.908,21 pesos) como no contributivas (3.698,19 pesos). Los subsidios transitorios tuvieron un importe medio de 5.753,87 pesos. En diciembre de 2009 el salario mínimo estaba fijado en 4.799 pesos uruguayos. Para valorar estos datos es importante tener en cuenta que se refieren al importe medio por prestación, no por beneficiario, en la medida en que un mismo beneficiario puede recibir simultáneamente varias prestaciones.

Siete de cada diez pasividades tenían, en diciembre de 2009, un importe que estaba por debajo de 3 BPC (Base de Prestaciones y Contribuciones, la unidad de referencia del sistema fiscal uruguayo, que a esa fecha equivalía a 1.944 pesos uruguayos).

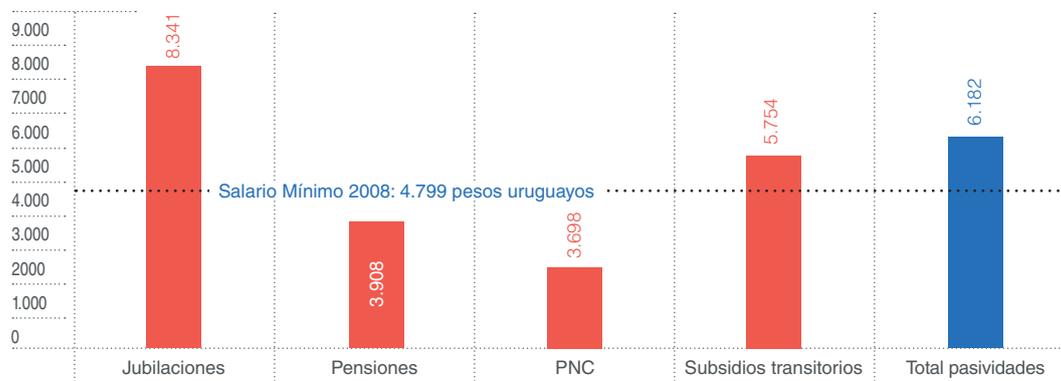


Uruguay. Banco de Previsión Social. Número de pasividades pagadas por el BPS según tramo de importe de las pasividades, sexo y edad de los perceptores. **Diciembre de 2009**

	Hombres	Mujeres	Total
Jubilaciones			
Total	170.397	203.005	373.402
Hasta 1 BPC	2.119	3.575	5.694
1 a 3 BPC	77.940	121.079	199.019
3 a 6 BPC	44.464	43.091	87.555
6 a 10 BPC	29.660	22.692	52.352
10 a 15 BPC	13.453	9.503	22.956
Más de 15 BPC	2.761	3.065	5.826
Importe medio (en pesos)			8.341,12
Pensiones			
Total	13.876	254.789	268.665
Hasta 1 BPC	3.214	93.403	96.617
1 a 3 BPC	8.402	108.091	116.493
3 a 6 BPC	1.781	37.918	39.699
6 a 10 BPC	418	12.544	12.962
10 a 15 BPC	45	2.106	2.151
Más de 15 BPC	16	727	743
Importe medio (en pesos)			3.908,21
Pensiones No Contributivas de Vejez e Invalidez			
Total	36.113	42.317	78.430
Hasta 1 BPC	1038	4.537	5.575
1 a 3 BPC	35.075	37.780	72.855
Importe medio (en pesos)			3.698,19
Total Pasividades (excepto subsidios transitorios)			
Total	220.386	500.111	720.497
Hasta 1 BPC	6.371	101.515	107.886
1 a 3 BPC	121.417	266.950	388.367
3 a 6 BPC	46.245	81.009	127.254
6 a 10 BPC	30.078	35.236	65.314
10 a 15 BPC	13.498	11.609	25.107
Más de 15 BPC	2.777	3.792	6.569
Importe medio (en pesos)			6.181,71
Subsidios Transitorios			
Importe medio (en pesos)			5.753,87
Total Pasividades (incluidos subsidios transitorios)			
Importe medio (en pesos)			6.181,71

Fuente: Banco de Previsión Social. Boletín Estadístico 2010.

Uruguay. Banco de Previsión Social. Importe medio de las Pasividades, por tipo, en relación con e Salario Mínimo. **Diciembre de 2009.**



Fuente: Banco de Previsión Social. Boletín Estadístico 2010.

Respecto de los jubilados, el BPS refleja en sus estadísticas el número consolidado de personas que reciben jubilaciones (es decir, contando una sólo vez a quien recibe dos o más jubilaciones concurrentes). Son en total 359.946, lo que comparado con las 373.402 jubilaciones pagadas, muestra que los casos de concurrencia de jubilaciones no son elevados. Los mayores índices de concurrencia se dan en los varones de 65 y más años.

Uruguay. Banco de Previsión Social. Número de jubilados según sexo y edad.
Diciembre de 2009

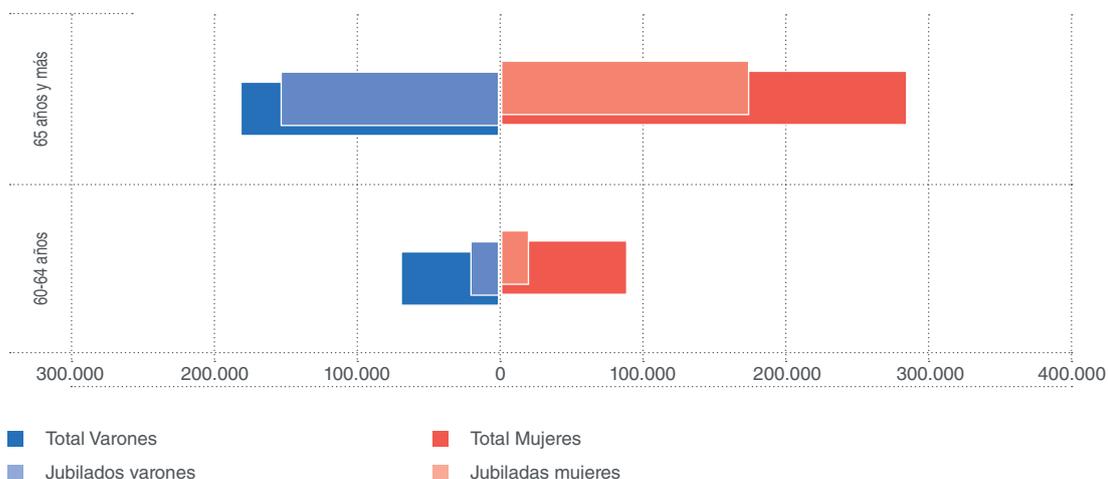
	Hombres	Mujeres	Total
Jubilados			
Total	163.415	196.531	359.946
60-64	19.378	21.326	40.704
65 y más	139.424	169.686	309.110
Total 60 y más	158.802	191.012	349.814
Resto	4.613	5.519	10.132

Fuente: Banco de Previsión Social. Boletín Estadístico 2010.

Comparando estos datos con la población adulta mayor, se observa que el 63% de los varones y el 52% de las mujeres de 60 y más años reciben una jubilación. Para los mayores de 65 años estas proporciones se elevan, respectivamente, al 76% y el 60%.



Uruguay. Cobertura de jubilaciones en población de 60 y más años, por sexo y grupo de edad.
Diciembre 2009.



Fuente: Elaboración propia a partir del Banco de Previsión Social. Boletín Estadístico 2010, y estimaciones de población de CELADE para 2010.

La concurrencia de jubilaciones eleva el importe total percibido por los jubilados: mientras que el 54,82% de las jubilaciones tienen un importe inferior a 3 BPC, sólo el 41,32% de los jubilados perciben mensualmente un importe total, por sus jubilaciones, inferior a 3 BPC.

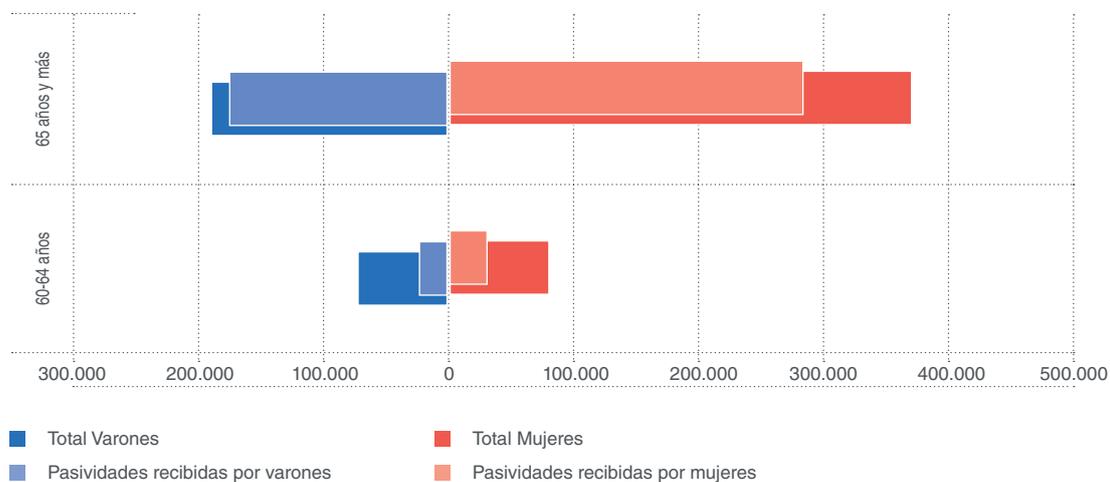
Uruguay. Banco de Previsión Social. Número de jubilados según el importe que perciben por su jubilación, sexo y edad. Diciembre de 2008

	Hombres	Mujeres	Total
Jubilados			
Total	163.415	196.531	359.946
Hasta 1 BPC	848	257	1.105
1 a 3 BPC	70.261	77.369	147.630
3 a 6 BPC	44.743	65.927	110.670
6 a 10 BPC	29.496	32.153	61.649
10 a 15 BPC	14.091	13.887	27.978
Más de 15 BPC	3.976	6.938	10.914

Fuente: Banco de Previsión Social. Boletín Estadístico 2010.

No se dispone de datos sobre el número consolidado de pensionistas contributivos ni de perceptores de pensiones no contributivas, lo que hace imposible estimar el número de personas de 60 y más años que reciben cobertura del sistema previsional uruguayo. Si se ponen en relación el número total de pasividades recibidas por personas de 65 y más años con la población de ese grupo de edad, resulta una cobertura del 88% en varones y una amplia sobrecobertura (129%) en mujeres, lo que sin duda indica que hay unos amplios índices de concurrencia de pensiones en las mujeres.

Uruguay. Cobertura prestacional de las pasividades en población de 60 y más años, por sexo y grupo de edad. **Diciembre 2009.**



Fuente: *Elaboración propia a partir del Banco de Previsión Social. Boletín Estadístico 2010, y estimaciones de población de CELADE para 2010.*

22.3. Sistema de Salud

La Constitución de la República Oriental del Uruguay establece en su artículo 44 que el Estado legislará sobre todas las cuestiones relacionadas con la salud e higiene públicas procurando el perfeccionamiento físico, moral y social de todos los habitantes del país. Todos los habitantes tienen el deber de cuidar de su salud y de asistirse en caso de enfermedad. El Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia a los indigentes o carentes de recursos suficientes.

En los últimos años, el sistema de salud Uruguayo se ha articulado en un modelo mixto en el que la atención pública, caracterizada por inferior calidad de atención, quedaba restringida a la población con menos ingresos que no podía hacer frente al monto de la atención de forma exclusiva o complementaria a la atención pública, en las denominadas Instituciones de Asistencia Médica Colectivas (IMAC). Las IMAC son entidades sin ánimo de lucro, entre ellas cooperativas, mutualidades y entidades privadas o cuasi públicas.

Desde 2005 Uruguay ha emprendido un ambicioso programa de reformas en la atención a la Salud, que se encuentran en periodo de aplicación progresiva en la actualidad. El nuevo Seguro Nacional de Salud (SNS) unifica los recursos en un único fondo de financiamiento destinado a financiar un conjunto definido de servicios médicos para toda la población. Los usuarios del sistema aportan al Fondo Nacional de Salud (FONASA) un porcentaje de su ingreso y obtienen atención médica de parte de entidades prestadoras, que reciben pagos por las prestaciones que realizan en función del sexo y edad del usuario, y un pago fijo por afiliado ó usuario condicionado al cumplimiento de metas asistenciales.



Las reformas se han plasmado en las siguientes Leyes:

- **Ley 17.935 (2.006)**, que establece las líneas programáticas de la reforma de salud.
- **Ley 18.131** que crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA), como el encargado de financiar el régimen de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro por Enfermedad, de los jubilados de menores ingresos que hubieran optado por este seguro, de los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado. El Banco de Previsión Social (BPS) es el encargado de la administración del FONASA.
- **Ley 18.211 (2.007)**, que crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esta ley constituye el nuevo sistema de salud. En su artículo cuarto señala los objetivos generales del Sistema:
 - A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
 - B) Implementar un modelo de atención integral, basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
 - C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
 - D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
 - E) Lograr el aprovechamiento racional de los recursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.
 - F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
 - G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
 - H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.
- **Decreto 465/08**, que aprueba el Programa Integral de Atención a la Salud (PIAS) en el que se incluyen Programas Integrales de Salud y el catálogo de prestaciones que deberán brindar a todos sus usuarios los prestadores públicos y privados que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud.

22.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

Existe un conjunto de servicios que deben brindar las entidades prestadoras para ser consideradas integrales y poder integrarse al seguro, entre las que se incluye atención, promoción de la salud, protección, diagnóstico precoz, tratamiento, recuperación y rehabilitación, con algunas exclusiones.

Existe además una política farmacéutica a través de un registro de medicamentos de disponibilidad y prestación obligatoria para toda la población, en los que el Estado establece precios de compra.

La atención de alta complejidad en todo el país se presta por los Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), con financiación del Fondo Nacional de Recursos (FNR), que se define como organismo público no estatal que con competencias en la regulación de las prestaciones de alta complejidad. El FNR recibe una cuota fija de parte de quienes tienen cobertura en el sector privado, la misma cuota también la recibe por intermedio del FONASA por aquellos que están asegurados con el régimen de seguridad social; en quienes tienen cobertura pública se paga por acto médico. En consecuencia, toda la población que cuenta con algún sistema de cobertura de salud es beneficiaria del Fondo Nacional de Recursos.

El Estado asume responsabilidad en la promoción de servicios de salud pública como vacunaciones, campañas de prevención de enfermedades, etc. aunque su realización efectiva puede ser asumida tanto por prestadores públicos como privados. Estas acciones se han en una serie de Programas Nacionales que incluyen acciones más allá de la atención sanitaria y promoción de la Salud:

- Atención a la Niñez
- Salud Adolescente
- Mujer y Género
- Discapacidad
- Adulto Mayor
- Nutrición
- Diabetes
- Control del Tabaco
- Control del Cáncer
- Salud Ocular
- Salud Bucal
- Salud Mental
- Atención a la Salud
- Prevención de Accidentes
- Programa Prioritario de ITS/SIDA
- Proyecto Uruguay Saludable



Programa Nacional de Adulto Mayor (PRONAM)

El PRONAM tiene sus antecedentes en la **Ley 17.796 (2.004)** de Normas para la Promoción Integral de Adultos Mayores aprobada a fines del 2004, que determina la estructuración de un Plan Nacional que encare orgánicamente las necesidades del adulto mayor en todos los planos de la vida individual y colectiva. Tiene como objetivo promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas entre el estado y la Sociedad Civil. El PRONAM incluye por tanto actuaciones en el campo sociosanitario.

El PRONAM trata de coordinar la acción de distintos organismos públicos, privados y ONGs que actúan en la atención al adulto mayor, estableciendo como prioridad la participación de este grupo en el diseño de las políticas sociales que los involucran, en su evaluación y su ejecución, así como en el establecimiento de apoyos que faciliten la vida en familia de los adultos mayores.

En el plano sanitario, establece las siguientes prestaciones:

- Promoción de la salud: información sobre conductas y hábitos saludables, uso de servicios de apoyo como Clumbes y Centros Diurnos.
- Prevención: Información sobre problemas frecuentes: maltrato, caídas, fármacos, etc.
- Controles programados anuales entre 65 y 74 años de edad, mediante una evaluación médica y geriátrica integral.
- Controles programados trimestrales para los Adultos Mayores identificados en situación de vulnerabilidad y para todos a partir de los 75 años en áreas médica, mental, social, funcional y nutricional.
- Vacunaciones programadas a partir de los 65 años: antitetánica, antineumocócica y antigripal.
- Atención domiciliaria o en consultorio a demanda.
- Servicio de Ayuda Domiciliaria a "enfermos, frágiles o incapaces de desplazarse en situación de enfermedad Terminal o que viven solos": entrega de medicación en domicilio, cuidados de enfermería, rehabilitación, cuidados paliativos.
- Valoración para Internamientos en
- Unidad Geriátrica, en procesos agudos.
- Unidad de Media Estancia, para rehabilitación.
- Hospital de Día, para complementar procesos de diagnóstico o rehabilitación.

22.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Uruguay	
Cobertura (2008)⁽¹⁾	
Población cubierta %	100,0
Población sin cobertura %	100,0
Adultos mayores con cobertura de salud	100,0
Adultos mayores sin cobertura de salud	100,0
Estructura⁽²⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2007)	29
Número de médicos por 10.000 habitantes (2002)	36.5
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2002)	8.5
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2002)	11.6
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes (2002)	ND
Gasto en salud (2006)⁽²⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	8.2
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	9.2
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	56.5
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	43.5
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.5
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	47.8
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	31.1
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	68.9
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	362
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	207
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	833
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	476

Fuentes:

1. División Economía de la Salud – MSP.

2. OMS. The Global Health Observatory (GHO) Database.

22.4. Servicios Sociales

22.4.1 Marco institucional

Uruguay cuenta con un *Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)*, encargado de legislar las políticas sociales nacionales para el adulto mayor. Desde el Ministerio se llevan a cabo acciones de coordinación, articulación, seguimiento, supervisión y evaluación de los planes, programas y proyectos. Asimismo, esta entidad contribuye al desarrollo de escenarios de participación social para los adultos mayores que permitan el fortalecimiento de la ciudadanía activa.

El *Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales (CNCPS)* es un organismo del Estado uruguayo responsable del monitoreo, supervisión y evaluación de las políticas sociales relacionadas con la pobreza, la indigencia de los colectivos sociales más desfavorecidos, entre los que se incluyen los adultos mayores.

El CNCPS está formado por los siguientes Ministerios:



- Ministerio de Desarrollo Social.
- Ministerio de Economía y Finanzas.
- Ministerio de Educación y Cultura.
- Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.
- Ministerio de Salud Pública.
- Ministerio de Turismo y Deporte.
- Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente.
- Oficina de Planeamiento y Presupuesto.
- Congreso de Intendentes. (Invitado permanente)

Además, participan en el CNCPS los siguientes organismos e instituciones invitados:

- Administración Nacional de Educación Pública.
- Banco de Previsión Social.
- Instituto del Niño y el Adolescente del Uruguay.
- Instituto Nacional de Estadística.

La Constitución de la República, en su artículo 195, asigna al *Banco de Previsión Social (BPS)* la función de coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social. Esta entidad cuenta con un área de prestaciones sociales a través de la cual desarrolla recursos residenciales y programas socioculturales, educativos, recreativos, etc. y apoya a las Instituciones sin fines de lucro que atienden la vulnerabilidad social de los adultos mayores.

Desde hace unos años, en el Parlamento existen varios proyectos sobre la creación de un *Instituto de la Tercera Edad*.

El *Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor (CICAM)* es una asociación civil sin fines de lucro, que tiene como objetivo básico luchar por una mejor calidad de vida de los adultos mayores. Esta entidad ha enfocado su trabajo coordinando acciones con otros organismos, como el Ministerio de Salud Pública, el Banco de Previsión Social y la Intendencia Municipal de Montevideo. En la actualidad, desarrolla actividades culturales diversas, en áreas como Humanidades, Idiomas, Arte, Artesanías, Actividades Físicas, Comunicación, Informática, a las que se suman programas sociales educativos y de capacitación (conferencias, ponencias, cursos, etc.), actividades recreativas (paseos y excursiones), etc.

Otras instituciones que llevan a cabo acciones en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Uruguay son las siguientes:

- *Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriatría (SUGG)*, que lleva a cabo actividades destinadas a dignificar la asistencia del adulto mayor en Uruguay y reivindica el rol de la Gerontología

y de la Geriátría en las políticas sociales. Pertenece a la Federación Latinoamericana de Sociedades de Gerontología y Geriátría.

- *La Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU)* es una agrupación de entidades de apoyo social a jubilados y pensionistas. Las entidades que forman parte de esta organización realizan un trabajo conjunto entre ellas y las Organizaciones Civiles para el diseño y aplicación de diversas actuaciones dirigidas a la población mayor.
- *Red interdisciplinaria sobre Envejecimiento y Vejez de la Universidad de la República*, es una red que engloba a distintas instituciones universitarias, entidades de atención social, expertos y profesionales del ámbito de la investigación en materia de envejecimiento y vejez.

22.4.2 Principales recursos y programas sociales

En Uruguay no existe una política integral de adultos mayores como tal. Sin embargo, se cuenta con políticas sectoriales que contemplan las necesidades de este colectivo. Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Uruguay se presentan brevemente a continuación:

- **Programa Nacional Adulto Mayor (PRONAM)** del Ministerio de Salud Pública cuyo objetivo general es promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas entre el Estado y la Sociedad Civil. Desde este programa, se reconoce la importancia de promover la participación de los adultos mayores en el diseño de las intervenciones públicas que se generen a su favor.
- **Programas de prestaciones sociales** del Banco de Previsión Social, que consisten en apoyos económicos y asesoramiento técnico a instituciones de la sociedad civil organizada, que ofrecen servicios sociales a los colectivos de los adultos mayores. Estos programas complementan la protección básica de la Seguridad Social, mediante el suministro de bienes y servicios a sus afiliados y demás beneficiarios.
- **Programa “Fortalecimiento de la sociedad civil organizada”**, que brinda apoyo a las instituciones sin fines de lucro que prestan servicios a adultos mayores y personas con discapacidad en el ámbito nacional. Los beneficiarios directos del programa son los gerentes de las instituciones que brindan servicios sociales a personas mayores. De forma indirecta, se benefician los residentes en Hogares de Ancianos, los afiliados a las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, los usuarios de Clubes de Adultos Mayores y las personas mayores en general.
- **Programa de actividades culturales, físicas y recreativas** cuyo objetivo es fomentar el desarrollo de las potencialidades en las personas mayores, tendiendo a elevar su autoestima, promover la mejor utilización del tiempo libre, procurando su mayor integración social. Generalmente, participan en las actividades del programa las Instituciones de Personas Mayores, y los jubilados y pensionistas del BPS.
- **Actuaciones educativas** a través de Instituciones de Educación no Formal que dictan cursos y talleres para personas mayores, con la finalidad de fomentar sus potencialidades.
- **Programa de Relaciones Intergeneracionales** cuyo objetivo es generar espacios de interrelación que constituyan una respuesta a la situación de niños en riesgo social a través de un servicio a



la comunidad prestado por adultos mayores en calidad de Voluntarios. El programa se ha desarrollado inicialmente en algunas localidades del interior y después de la evaluación conjunta entre voluntarios, beneficiarios e instituciones de la comunidad, se está extendiendo a otras localidades del país. Sus destinatarios son las personas mayores voluntarias de las Instituciones adheridas al BPS.

- **Programa Turismo Social** destinados a los adultos mayores con menores recursos y que no pueden acceder por sus propios medios a estadias vacacionales. El ámbito territorial de actuación del programa es nacional. Se desarrolla en un Centro propio del BPS y mediante convenios con otros Organismos Públicos y privados, se promueven estadias vacacionales en diferentes emplazamientos turísticos del país.
- **Programa de atención integral para personas mayores en situación de calle**, que trata de identificar las personas mayores en situación de calle, brindando en primera instancia una respuesta de emergencia a través de Albergues Nocturnos o Transitorios, procurando en todos los casos, lograr una solución definitiva a su situación personal o familiar. Los destinatarios de este programa son las Organizaciones Sociales que atienden a personas mayores en situación de calle.
- **Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES)** del Ministerio de Desarrollo Social. Incluye entre sus beneficiarios a adultos mayores en condiciones de indigencia y a los hogares de menores recursos.

En el Área de Prestaciones Sociales, para atender la vulnerabilidad social de adultos mayores el Banco de Previsión Social instrumenta los siguientes apoyos a las Instituciones sin fines de lucro:

Asociaciones de Jubilados y Pensionistas. Instituciones de base gremial que brindan servicios sociales a sus afiliados.

Clubes. Organizaciones creadas para mantener la integración social de las personas mayores entre sí y con la sociedad. Estas entidades tienen el objetivo de promover y estimular, en conjunto, actividades culturales, educativas, recreativas, sociales, sala de lectura, etc.

Instituciones de Educación no Formal, a través de las cuales se dictan cursos y talleres.

Hogares de Ancianos. Establecimientos que, sin perseguir fines de lucro, ofrecen vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral.

Centros Diurnos. Servicios de funcionamiento diurno, cuyo principal objetivo es la promoción y rehabilitación biopsicosocial que contribuye a prevenir la institucionalización anticipada de la persona y favorece su relación con la familia y su entorno comunitario. El BPS apoya centros o servicios de funcionamiento diurno, que tienen por objetivo la promoción social, además de la rehabilitación, que es específicamente brindada en los centros diurnos asistenciales promovidos por el Ministerio de Salud Pública.

Albergues Nocturnos. Servicios de corta estancia cuyo objetivo es proporcionar albergue transitorio a personas mayores en situación de calle, contemplando sus necesidades de alimentación básica, asistencia médica de emergencia e higiene personal.

Centros de Estadia Transitoria. Servicios de estancia intermedia, que funcionan las 24 horas del día y brindan alimentación básica, asistencia médica de emergencia e higiene personal, con el objetivo de lograr una solución habitacional definitiva.

- **Programa de Viviendas** y otras soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas con ingresos escasos. Esta tarea es coordinada con el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), quien tiene a cargo la construcción y administración de los Complejos Habitacionales, de acuerdo con las determinaciones legales. Los destinatarios del programa son los jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social que residan en el Uruguay en forma permanente, que carezcan de vivienda propia y cuyos ingresos mensuales no superen una determinada cantidad.
- **Comisión de Maltrato de la Sociedad Uruguaya de Gerontología y Geriátrica (SUGG)**, que genera un lugar de atención, asesoramiento y derivación de los mayores afectados. Presenta diferentes recursos como la Policía del Adulto que realiza el abordaje específico en los casos denunciados y actividades como jornadas de prevención y sensibilización de los derechos de las Personas Mayores.
- **Programas de formación-investigación en Gerontología y Geriátrica** en la Facultad de Medicina de la Universidad de la República destinados a profesionales.
- **Programas de formación y apoyo para los cuidadores formales e informales** de los adultos mayores. Estos programas de formación son llevados a cabo por distintas instituciones, como por ejemplo, la sociedad Uruguaya de Geriátrica y Gerontología (SUGG).

Desde la Intendencia Municipal de Montevideo se llevan a cabo unos programas y actividades destinados a los adultos mayores de la capital del país:

- **Centros Diurnos.** Funcionan dos centros diurnos gratuitos destinados a personas mayores de 60 años, en los que se realizan actividades socioculturales y físicorecreativas organizadas por técnicos especializados. Cada uno de ellos tiene capacidad para 70 personas.
- **Programa Vacaciones Sociales,** que organiza paseos y excursiones en Montevideo y el Interior. Se realizan aproximadamente 85 viajes al año, con un total de 40 personas en cada viaje.
- Se expiden **Pasaportes Dorados,** que otorgan beneficios y descuentos a los adultos mayores. Se trata de una tarjeta de descuento a mayores de 60 años para asistencia a eventos culturales y determinada asistencia de salud (por ejemplo, emergencias móviles, ópticas, farmacias).
- **Beneficios de transporte urbano.** Los mayores de 70 años tienen derecho a viajar gratis los domingos y feriados. Los jubilados de menores ingresos cuentan con boletos bonificados.
- Los jubilados y pensionistas con ingresos inferiores a una cantidad determinada gozan de una **exoneración del 100% de la Contribución Inmobiliaria.**



22.4.2.1 Red de recursos sociosanitarios y de apoyo social

En Uruguay, el principal recurso sociosanitario público para adultos mayores es el **Centro Geriátrico “Hospital Piñeyro del Campo,”** dependiente del Ministerio de Salud Pública, que además de hospital para crónicos (300 plazas), cuenta con un Centro Diurno, unidades de media estancia y un servicio de cuidados domiciliarios. Los hospitales públicos Maciel y Pasteur, el hospital de la Asociación Mutualista Española, el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU), y los centros hospitalarios de Casa de Galicia y de Médica Uruguaya cuentan con **Unidades Geriátricas.**

La **Atención residencial** de los adultos mayores se lleva a cabo a través de los siguientes centros:

- *Hogares de Ancianos:* Unos 1.500 hogares de ancianos (residencias) privados y 92 dependientes de instituciones sin ánimo de lucro.
- *Centros Diurnos:* Muchos de los Hogares de Ancianos cuentan con Centros Diurnos.
- *Albergues Nocturnos y Centros de Estadía Transitoria.* No se cuenta con datos sobre el número de estos tipos de centros.

Desde el Área de Prestaciones Sociales del Banco de Previsión Social (BPS), se apoya a las instituciones sin fines de lucro que atiendan la vulnerabilidad social de adultos mayores a través de los recursos residenciales anteriormente descritos.

El Servicio de Atención e Inserción Comunitaria (SAIC) del Centro Geriátrico Hospital Piñeyro del Campo realiza la **asistencia domiciliaria** de los adultos mayores de su entorno comunitario. En el ámbito privado, comienzan a aparecer empresas como ADE (Asistencia Domiciliaria de Enfermería), aunque no se trate de una asistencia específica para adultos mayores. Por otra parte, en Uruguay, el **servicio de Teleasistencia** es prestado por la empresa privada “Uruguay Asistencia”, que trabaja en colaboración con “MAPFRE Quavita” de España.

En cuanto a las entidades de apoyo social y de acuerdo con los datos proporcionados por el Registro Nacional de Instituciones del Área de Prestaciones Sociales del BPS, en Uruguay existían en el año 2007 139 Asociaciones gremiales de jubilados y pensionistas. Las actividades de estas asociaciones no se limitan a lo gremial, sino que también se realizan actividades sociales, culturales, educativas, recreativas, etc. en la que participan gran cantidad de adultos mayores.

Estas asociaciones se agrupan en la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU), que es una asociación de segundo grado.

Por otra parte, según el BPS en 2007 existían 179 Clubes de adultos mayores, que realizan actividades de socialización e integración de éstos a través de actividades recreativas.





23

Venezuela

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



23.1. Perfil demográfico

De acuerdo con los datos registrados por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, en el año 2010 la población en Venezuela se cifra en 29.042.930 habitantes. De éstos, 1.633.557 se encuentran dentro del grupo de 65 años y más, lo que suponen en términos porcentuales el 5,6% del conjunto poblacional. Este porcentaje contrasta con el de la población infantil que para este mismo año es del 29,5%. Según las previsiones esta distancia porcentual ira disminuyendo de tal manera que en el año 2050 el porcentaje de la población infantil será del 18,6% y el de los adultos mayores alcanzará el 16,4%.

Venezuela. Población total, población de 65 años de edad según sexo.

Año 2010

	Hombres	Mujeres	Total
Total País	14.575.459	14.467.471	29.042.930
65 - 69	295.134	319.753	614.887
70 - 74	196.822	225.789	422.611
75 - 79	135.427	162.389	297.816
80 - 84	81.164	103.743	184.907
85 y más	44.653	68.683	113.336
Total 65 años y más	753.200	880.357	1.633.557
Proporción sobre la población total %	5,2%	6,1%	5,6%

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Este incremento de la población mayor se explica, junto con otras variables, por el aumento en la esperanza de vida. En el caso de Venezuela durante el período 1970-1975 la esperanza de vida al nacer era de 66,1 años, para el presente quinquenio este valor ha ascendido hasta alcanzar los 74,7 años. Al considerar esta variable según el sexo, se observa que la expectativa vital al nacer de las mujeres es en promedio 6 años más alta que la de los varones. Por otro lado, al referirnos a la esperanza de vida a los 65 años, la expectativa vital adicional de los hombres y las mujeres es de 16,3 y 18,5 años respectivamente. Por lo que respecta al número de años que le restarían por vivir a una persona a los 80 años, se observa de nuevo una expectativa mayor en las mujeres que en los varones.

Venezuela. Esperanza de vida al nacer, a los 65 años y a los 80 años. Según sexo.

Quinquenio 2010-2015

	Hombres	Mujeres
Esperanza de vida de vida al nacer	71,8	77,7
Esperanza de vida a los 65 años	16,3	18,5
Esperanza de vida a los 80 años	7,5	8,5

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL.

Los indicadores de envejecimiento en Venezuela son los siguientes: un índice de envejecimiento que señala que en el año 2010 se cuentan 19 adultos mayores por cada 100 niños. Por otro lado, la mayor tasa de supervivencia de las mujeres se refleja en el índice de masculinidad que para

este mismo año se sitúa en 117 mujeres por cada 100 varones. El índice de dependencia que mide la proporción que supone la población mayor respecto a la población económicamente activa se sitúa, para el mismo año, en 9 adultos mayores por cada cien habitantes en edad laboral. La edad media de la población es de 25,8 años.

Venezuela. Indicadores de envejecimiento.

2010

Índices de envejecimiento	19
Índice de masculinidad	117
Índices de dependencia	9
Edad media de la población (2009)*	25,8

Fuente: CELADE. *Estimaciones y proyecciones de la población, datos para 2010.*

*Naciones Unidas, *World Population Ageing 2009.*

Índice de envejecimiento: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes menores de 15 años * 100.

Índice de dependencia senil: = número de habitantes mayores de 65 años / número de habitantes 15-64 años * 100.

Índice de masculinidad = número de mujeres de 65 años y más/número de hombres de la misma edad*100.

22.2. Sistema de Pensiones

23.2.1 Descripción

El 9 de octubre de 1944, se iniciaron las labores del Seguro Social, con la puesta en funcionamiento de los servicios para la cobertura de riesgos de enfermedades, maternidad, accidentes y patologías por accidentes, según lo establecido en el Reglamento General de la *Ley del Seguro Social Obligatorio, del 19 de febrero de 1944*. En 1946 se reformula esta Ley, dando origen a la creación del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, organismo con responsabilidad jurídica y patrimonio propio.

Con la intención de adaptar el Instituto a los cambios que se verificaban en esa época, el 5 de octubre de 1951 se deroga la Ley que creaba el Instituto Central de los Seguros Sociales y se sustituye por el Estatuto Orgánico del Seguro Social Obligatorio. Posteriormente, en 1966 se promulga la nueva *Ley del Seguro Social* totalmente reformada, y es al año siguiente cuando comienza a ser aplicada efectivamente esta Ley, que funda los seguros de Enfermedades, Maternidad, Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales en el seguro de asistencia médica. A través de esta nueva ley, se amplían los beneficios además de asistencia médica integral, se establece las prestaciones a largo plazo (pensiones) por conceptos de invalidez, incapacidad parcial, vejez y sobrevivientes, asignaciones por nupcias y funerarias.

Se establecen dos regímenes, el **parcial** que se refiere solo a prestaciones a largo plazo y el **general** que además de prestaciones a largo plazo, incluye asistencia médica y crea el Fondo de Pensiones y el Seguro Facultativo.

En 1989 se pone en funcionamiento el Seguro de Paro Forzoso, mediante el cual se amplía la cobertura, en lo que respecta a Prestaciones en Dinero, a los trabajadores y familiares, modificándose posteriormente para ampliar la cobertura e incrementar el porcentaje del beneficio y la cotización.

En la actualidad, el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) se encuentra en un proceso de adecuación de su estructura y sistemas a fin de atender las necesidades de la población traba-



jadora. El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales, como institución pública, brinda protección de la Seguridad Social a todos sus beneficiarios en las contingencias de maternidad, vejez, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro y cesantía o paro forzoso, de manera oportuna y con calidad de excelencia en el servicio prestado. Para ello realiza determinados procesos, y uno de ellos es la afiliación de empleados y patronos para que éstos posean un sistema de seguridad social.

23.2.1.1 Marco normativo actual referente a los adultos mayores

- *Decreto n° 6266 de la Ley del Seguro Social, de julio de 2008*, con rango de valor y fuerza de ley de la reforma parcial de la ley del Seguro Social, que rige las situaciones y relaciones jurídicas con ocasión de la protección de la Seguridad Social a sus beneficiarias y beneficiarios en las contingencias de maternidad, vejez, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, invalidez, muerte, retiro y cesantía o paro forzoso.
- *Ley n° 38.270 de Servicios Sociales, de septiembre de 2005*, que tiene por objeto definir y regular el Régimen Prestacional de Servicios Sociales al Adulto Mayor y Otras Categorías de Personas, regular las relaciones jurídicas entre las personas naturales o jurídicas y los órganos y entes contemplados en ella y establecer la vinculación con los demás regímenes prestacionales que integran el Sistema de Seguridad Social en Venezuela.

23.2.1.2 Prestaciones

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales administra el régimen de prestaciones y es el Ministerio del Poder Popular para el Trabajo y Seguridad Social el que realiza la supervisión general de todo el sistema.

Dentro de las diferentes prestaciones del sistema, nos centraremos en las prestaciones de Vejez, Invalidez y Sobrevivientes a las que tendrían derecho los asalariados del sector público y privado y miembros de cooperativas, aquellas personas con afiliación voluntaria, siempre que estuvieran cubiertas anteriormente y aquellas personas que están afiliadas a regímenes especiales para fuerzas armadas.

Pensión de vejez

Tienen derecho a recibir esta prestación aquellas personas con una edad mínima de 60 años (hombres), 55 años (mujeres), o edades inferiores para trabajos insalubres y penosos, con 750 semanas de cotización. No se requiere el cese de actividad para la recepción de esta prestación.

La pensión mensual es de 296.524,80 bolívares más el 30% del promedio de los ingresos durante los últimos 5 años o el promedio de los ingresos más elevados de los 5 años en los últimos 10 años (el que sea más elevado), más el 1% de los ingresos por cada 50 semanas de cotización que superen las 750 semanas. La pensión mínima es del 40% de los ingresos.

Se producen los ajustes periódicos de las prestaciones con arreglo a variaciones en los precios y salarios.

En la **Pensión diferida** se da aumento del 5% de la pensión por cada año de postergación después de la edad fijada para la adquisición del derecho a la jubilación.

Aquellos asegurados que no tienen derecho a pensión de vejez, pero tienen 100 semanas de cotización acreditadas durante los últimos 4 años, tienen la posibilidad de acceder al **Subsidio de vejez**. El subsidio es del 10% del total de los ingresos sujetos a seguro si no tiene derecho a pensión, con ajustes periódicos de la prestación con arreglo a variaciones en los precios y salarios.

Pensión de invalidez

Tienen derecho a percibir esta prestación aquellas personas que presentan una pérdida permanente o prolongada de más de $\frac{2}{3}$ de la capacidad de trabajo con 250 semanas de cotización (se reducen a razón de 20 cotizaciones por cada año de edad inferior a 35 años), incluyendo 100 semanas en los últimos 3 años. No se requiere período de calificación si la invalidez se deriva de un accidente mientras el interesado estaba asegurado.

La pensión mensual es de 296.524,80 bolívares mensuales más el 30% del promedio de los ingresos, pagadera después de 6 meses de incapacidad, más el 1% de los ingresos por cada 50 semanas de cotización que superen las 750 semanas. La pensión mínima es del 40% de los ingresos. Por otra parte, existe un **Suplemento de asistencia permanente** que puede llegar hasta el 50% de la pensión.

Las personas que presentan una pérdida de la capacidad de trabajo entre el 25% y el 66% pueden acceder a una **prestación por incapacidad parcial**, que supone un porcentaje de la pensión total, en proporción al grado de invalidez, si ésta se deriva de un accidente no profesional.

Las pensiones de invalidez se ajustan periódicamente con arreglo a variaciones en los precios y salarios.

Para una invalidez declarada entre el 5% al 25% existe el **Subsidio de invalidez**, que es igual a 36 meses de la pensión de invalidez, con ajustes periódicos con arreglo a variaciones en los precios y salarios.

Pensión de sobrevivientes

Se tiene derecho a esta prestación cuando el difunto reunía las condiciones para la pensión o era pensionista al fallecer. No se requiere período de calificación si la muerte se debe a un accidente mientras el interesado estaba asegurado.

Los derechohabientes son la viuda mayor de 45 años de edad o con hijos, conviviente mayor de 45 años de edad o con hijos y en cohabitación por al menos 2 años, el viudo mayor de 60 años de edad e hijos menores de 14 años de edad (18 años si es estudiante y sin límite si es discapacitado). La viuda o el viudo menor de 45 años de edad recibe una suma fija.

La **Pensión de sobrevivientes** es el 40% de la pensión del asegurado, pagadera a la viuda o al viudo. Las otras viudas perciben una cuantía fija equivalente a 2 años de pensión de viudedad.

La **Pensión de huérfanos** es el 20% de la pensión del asegurado por cada huérfano menor de 14 años (18 años si es estudiante y sin límite es inválido). Para aquellas personas huérfanas de padre y madre, el mayor percibe el 40% de la pensión y los demás el 20%. Las prestaciones máximas de sobrevivientes son del 100% de la pensión del asegurado.

Otros sobrevivientes elegibles (en ausencia de otros) son los hermanos, hermanas y padres, y reciben un monto equivalente al 10% de los ingresos asegurados del fallecido.



Estas prestaciones de sobrevivientes se ajustan periódicamente con arreglo a variaciones en los precios y salarios.

Cuando el difunto no reunía las condiciones para la pensión pero tenía 100 semanas de cotización acreditadas en los últimos 4 años puede acceder al **Subsidio de sobrevivientes**.

Los derechohabientes son la viuda mayor de 45 años de edad o con hijos, conviviente mayor de 45 años de edad o con hijos y en cohabitación por al menos 2 años, el viudo mayor de 60 años de edad e hijos menores de 14 años de edad (18 años si es estudiante y sin límite si es discapacitado).

El Subsidio de sobrevivientes supone un monto igual al 10% del total de los ingresos sujetos a seguro del difunto.

En el **Subsidio de sepelio**, la asignación no ha de ser mayor de 5 veces el salario mensual del asegurado. Tanto el Subsidio de sobrevivientes como el de sepelio se ajustan periódicamente con arreglo a variaciones en los precios y salarios.

23.2.2 Cobertura e Intensidad

Según datos facilitados por el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS), recogidos por el Sistema Integrado de Indicadores Sociales de Venezuela (SISOV), la población pensionada en Venezuela alcanzó, en 2009, la cifra de 1.388.246 personas, de las que 1.046.949 recibían pensiones de vejez, lo que supone una cobertura del 43,3% de la población de 60 y más años.

Venezuela. Población pensionada, monto anual total de las pensiones e importe promedio anual y mensual, por tipo de pensión. 2009

Tipo de pensión	Población pensionada	Monto anual total, en bolívares fuertes	Promedio anual, en bolívares fuertes	Promedio mensual, en bolívares fuertes
Vejez	1.046.949	12.828.442.928	12.253	1.021
Invalidez	146.753	1.813.862.004	12.360	1.030
Sobreviviente	181.169	987.499.307	5.451	454
Incapacidad	13.375	69.856.895	5.223	435
Total	1.388.246	15.699.661.134	11.309	942

Fuente: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Dirección General de Afiliación y Prestaciones en Dinero.

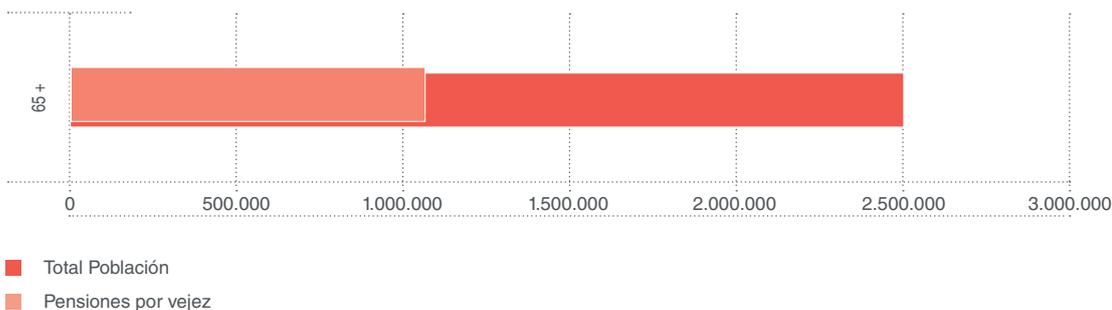
La cobertura del sistema de pensiones se ha incrementado en forma importante a lo largo de la década, desde el 20,3% que suponía la población pensionada sobre la población de 60 y más años en 2000 hasta el 43,3% registrado en 2009. En ese mismo período, el número de pensionados se ha triplicado.

Venezuela. Evolución de la población pensionada por vejez y del porcentaje de cobertura sobre la población de 60 y más años. 2000-2009

Año	Población pensionada por vejez	Porcentaje sobre la población de 60 y más años
2000	332.428	20,3%
2001	348.319	20,4%
2002	352.148	19,7%
2003	423.122	22,8%
2004	526.401	27,0%
2005	572.622	28,5%
2006	695.239	33,0%
2007	885.272	40,0%
2008	954.482	41,3%
2009	1.046.949	43,3%

Fuente: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Dirección General de Afiliación y Prestaciones en Dinero.

Venezuela. Cobertura de las pensiones por vejez sobre la población de 60 y más años. Año 2009.



Fuente: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Dirección General de Afiliación y Prestaciones en Dinero.

El importe promedio de las pensiones de vejez e invalidez es algo superior al salario mínimo, que en el año 2009 era de 967,1 bolívares fuertes. Las pensiones de sobrevivientes y las pensiones por incapacidad tienen un importe promedio muy inferior, de aproximadamente la mitad del salario mínimo.

Venezuela Importe por medio de las pensiones, por tipo, en relación con el Salario Mínimo. Año 2009.



Fuente: Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Dirección General de Afiliación y Prestaciones en Dinero.



23.3. Sistema de Salud

La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela (1999), establece respecto al derecho a la Salud:

- **Artículo 80.** El Estado garantizará a los ancianos y ancianas el pleno ejercicio de sus derechos y garantías. El Estado, con la participación solidaria de las familias y la sociedad, está obligado a respetar su dignidad humana, su autonomía y les garantiza atención integral y los beneficios de la seguridad social que eleven y aseguren su calidad de vida.
- **Artículo 83:** la salud es un derecho social fundamental, obligación del Estado, que lo garantizará como parte del derecho a la vida. El Estado promoverá y desarrollará políticas orientadas a elevar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso a los servicios. Todas las personas tienen derecho a la protección de la salud, así como el deber de participar activamente en su promoción y defensa, y el de cumplir con las medidas sanitarias y de saneamiento que establezca la ley, de conformidad con los tratados y convenios internacionales suscritos y ratificados por la República.
- **Artículo 84:** garantiza el derecho a la salud, para lo cual el Estado creará, ejercerá la rectoría y gestionará un sistema público nacional de salud, de carácter intersectorial, descentralizado y participativo, integrado al sistema de seguridad social, regido por los principios de gratuidad, universalidad, integralidad, equidad, integración social y solidaridad. El sistema público de salud dará prioridad a la promoción de la salud y a la prevención de las enfermedades, garantizando tratamiento oportuno y rehabilitación de calidad. Los bienes y servicios públicos de salud son propiedad del Estado y no podrán ser privatizados. La comunidad organizada tiene el derecho y el deber de participar en la toma de decisiones sobre la planificación, ejecución y control de la política específica en las instituciones públicas de salud.
- **Artículo 85:** el financiamiento del sistema público de salud es obligación del Estado, que integrará los recursos fiscales, las cotizaciones obligatorias de la seguridad social y cualquier otra fuente de financiamiento que determine la ley. El Estado garantizará un presupuesto para la salud que permita cumplir con los objetivos de la política sanitaria. En coordinación con las universidades y los centros de investigación, se promoverá y desarrollará una política nacional de formación de profesionales, técnicos y técnicas y una industria nacional de producción de insumos para la salud. El Estado regulará las instituciones públicas y privadas de salud.
- **Artículo 86:** establece que toda persona tiene derecho a la seguridad social como servicio público de carácter no lucrativo, que garantice la salud y asegure protección en contingencias de maternidad, paternidad, enfermedad, invalidez, enfermedades catastróficas, discapacidad, necesidades especiales, riesgos laborales, pérdida de empleo, desempleo, vejez, viudedad, orfandad, vivienda, cargas derivadas de la vida familiar y cualquier otra circunstancia de previsión social. El Estado tiene la obligación de asegurar la efectividad de este derecho, creando un sistema de seguridad social universal, integral, de financiamiento solidario, unitario, eficiente y participativo, de contribuciones directas o indirectas. La ausencia de capacidad contributiva no será motivo para excluir a las personas de su protección. Los recursos financieros de la seguridad social no podrán ser destinados a otros fines. Las cotizaciones obligatorias que realicen los trabajadores y las trabajadoras para cubrir los servicios médicos y asistenciales y demás beneficios de la seguridad social podrán ser administrados sólo con fines sociales bajo la rectoría del Estado. Los remanentes netos del capital destinado a la salud, la educación y la seguridad social se acumularán a los fines de su distribución y contribución en esos servicios. El sistema de seguridad social será regulado por una ley orgánica especial.

La Ley de 7 de septiembre de 1998, **ORGÁNICA DE SALUD** establece el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS) y las directrices y bases de salud como proceso integral, determina la organización, funcionamiento, financiamiento y control de la prestación de los servicios de salud de acuerdo con los principios de adaptación científico-tecnológica, de conformidad y de gratuidad, éste último en los términos establecidos en la Constitución de la República. Regula igualmente los deberes y derechos de los beneficiarios, el régimen cautelar sobre las garantías en la prestación de dichos servicios, las actividades de los profesionales y técnicos en ciencias de la salud, y la relación entre los establecimientos de atención médica de carácter privado y los servicios públicos de salud.

La Ley de 13 de diciembre de 2001, **QUE REGULA EL SUBSISTEMA DE SALUD** rige el Subsistema de Salud previsto en la Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social Integral de 1997 y desarrolla en los términos establecidos en dicha ley los principios, derechos y obligaciones de los sujetos que intervienen en la regulación, intervención, dirección, financiamiento, supervisión, aseguramiento y utilización de los servicios que garantizan la atención médica integral y la atención de la enfermedad profesional y accidentes de trabajo, así como todo lo concerniente a las prestaciones dinerarias del Subsistema de Salud.

Por último, la Ley de 6 de diciembre de 2002, **ORGÁNICA DEL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL** crea el Sistema de Seguridad Social, establece y regula su rectoría, organización, funcionamiento y financiamiento, la gestión de sus regímenes prestacionales y la forma de hacer efectivo el derecho a la seguridad social por parte de las personas sujetas a su ámbito de aplicación, como servicio público de carácter no lucrativo.

El Ministerio de Salud ejerce la rectoría, la regulación y supervisión, así como la provisión de servicios a nivel central y a través de los estados y municipios (el gobierno del distrito federal tiene sus propios servicios). Los tres niveles pueden firmar convenios de provisión con el seguro social y la ley orgánica también autorizó convenios con el subsector privado para la recaudación e inversión de fondos, pero sin transferir la propiedad. Hay varios programas de seguro social, el principal es el del IVSS, y otros separados para las fuerzas armadas (IPSFA), los maestros (IPASME), los trabajadores del petróleo (PDVSA) y los profesores de varias universidades.

El **subsector privado** se compone de entidades con ánimo de lucro (compañías de seguros, medicina prepaga, hospitales) fundaciones benéficas, ONGs y cooperativas.

Todos los servicios integrados en el SPNS se gestionan por el Instituto Nacional de Asistencia Médica (INAS), autónomo pero adscrito al ministerio, que asegura la atención médica a toda la población en los tres niveles. El INAS está bajo la fiscalización de la Superintendencia de Seguridad Social pero también de la Contraloría General de la República, además el ministerio organiza su propia "contraloría de salud colectiva" a cargo del registro, inspección, vigilancia y control de alimentos, bienes, equinos, establecimientos e industrias de salud.

El 14 de diciembre de 2004 la Comisión de Desarrollo Social de la Asamblea Nacional de Venezuela aprobó un nuevo proyecto de ley de salud que se encuentra en trámite legislativo. Uno de los elementos trascendentales del proyecto de ley es el cambio de la administración del sistema, que dejaría de regirse desde el municipio para ser administrado por la Dirección Federal de Salud Estatal. En la actualidad el Sistema Público Nacional de Salud (SPNS), dependiente del gobierno nacional, establece las directrices de la organización y financiamiento del sistema de salud público del país y asesora el Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela. El SPNS agrupa hospitales, ambulatorios y centros asistenciales bajo un esquema descentralizado administrado por cada estado.



23.3.1 Prestaciones en el ámbito de la salud

El **programa Barrio Adentro**. Es un plan de inversión y reformas de infraestructura para atención a la salud promovido con ayuda del gobierno de Cuba, que se caracteriza por la utilización de profesionales cubanos y venezolanos, para ofrecer servicios de salud a la población en las zonas pobres, o alejadas de los hospitales.

- **Barrio Adentro 1.** Constituye la red de Atención Primaria, en los que se incluyen los denominados Consultorios Populares, son una red de centros que prestan atención médica.
- **Barrio Adentro 2.** Constituye el segundo nivel de atención a través de los Centros de Alta Tecnología (CAT), Centros de Diagnóstico Integral (CDI) y las Salas de Rehabilitación Integral (CRI).
- **Barrio Adentro 3.** Consiste en la modernización y ampliación de la red hospitalaria, y de Clínicas Populares, que son centros de salud que ofrecen servicios básicos al menos en Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Obstetricia, Odontología, Emergencias, Laboratorio y Radiología. Las Clínicas Populares son centros de referencia para un área de influencia de Consultorios Populares (red de primer nivel).
- **Barrio Adentro 4.** Prevé el establecimiento de centros asistenciales en áreas especiales de atención especializada: Cardiología Adultos, Bancos de Sangre y de Cordón Umbilical, Oncología, Oftalmología, Nefrología y Urología, Gastroenterología, Ortopedia, Toxicología, Neuroquirúrgico, Tratamiento de las Adicciones, Caumatología.

Otros Programas de Salud

- Lactancia Materna
- Inmunizaciones
- SIDA
- Diábetes
- Salud Cardiovascular
- PNANNA (Programa de Salud de Niños, Niñas y Adolescentes) acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud de la población infantil y adolescente (0 a 19 años)

23.3.2 Cobertura sanitaria y acceso a la salud

Indicadores de salud en Venezuela	
Cobertura⁽¹⁾	
Población cubierta %	–
Población sin cobertura %	–
Adultos mayores con cobertura de salud	–
Adultos mayores sin cobertura de salud	–
Estructura⁽¹⁾	
Número de camas por 10.000 habitantes (2003)	9
Número de médicos por 10.000 habitantes (2001)	19.4
Número de enfermeras por 10.000 habitantes (2001)	11.3
Número de dentistas por 10.000 habitantes (2001)	5.5
Densidad del personal farmacéutico por 10.000 habitantes	–
Gasto en salud (2006)⁽¹⁾	
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	4.9
Gasto del gobierno general en salud como porcentaje de los gastos totales del gobierno	9.3
Gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud	50.5
Gasto público en salud como porcentaje del gasto sanitario total	49.5
Recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud	0.1
Gasto de la SS en salud como porcentaje del gasto público en salud	20.0
Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud	88.6
Planes de prepago como porcentaje del gasto privado en salud	3.6
Gasto público per cápita en salud en dólares internacionales	267
Gasto público per cápita en salud al tipo de cambio oficial (US\$)	164
Gasto total per cápita en salud en dólares internacionales	540
Gasto total en salud per cápita al tipo de cambio medio (US\$)	332

1. OMS. *The Global Health Observatory (GHO) Database*.

23.4. Servicios Sociales

23.4.1 Marco institucional

Las instituciones más relevantes en materia de políticas sociales dirigidas a adultos mayores en Venezuela son las siguientes:

- Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social.
- Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS).
- Universidad de la Tercera Edad.



23.4.2 Principales recursos y programas sociales

Los principales recursos y programas sociales dirigidos a adultos mayores en Venezuela se presentan a continuación:

- **Atención Ambulatoria** mediante los Centros de Servicios Sociales (CSS) y las Aldeas de Encuentro, que brindan atención diaria a la población de adultos y adultas mayores que requieren de un espacio donde desarrollar actividades dentro de su comunidad y entorno familiar.
- **Atención Residencial** mediante las Unidades Gerontológicas.
- **Programa de Gerogranjas**, para promover el desarrollo integral de los adultos mayores, quienes de manera voluntaria participan en el desarrollo de actividades agrícolas, pecuarias, artesanales, culturales y sociales, guiados y coordinados por Concejos Comunales, Comités Social, Salud, Cultural, Grupos religiosos, ONGs, etc.
- **Programa de Vivienda** destinado a solucionar los casos de desalojos de los adultos mayores de sus viviendas.
- **Actuaciones educativas** dirigidas a los adultos mayores a través de la Universidad de la Tercera Edad y de la Misión Robinson.
- **Atención Social** que incluye ayudas económicas, servicio funerario y rebajas en los transportes públicos.
- **Atención Jurídica** proporcionada por las diferentes entidades (públicas y privadas).
- **Programa de Geroturismo** destinado a los adultos mayores.
- **Programas de Formación a profesionales en materia de Geriatría y Gerontología:**
 - Residencia de Post-grado.
 - Curso de Cuidadores.
 - Cátedras de Geriatría y Gerontología.
 - Programa Gerodontológico.
 - Taller con Fundación Alzheimer de Venezuela.





24

Fuentes bibliográficas y documentales

La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana



24.1. Documentos

24.1.1 Documentos de ámbito regional e internacional

- Annicke Pascal (2006): *Trends in old-age pension programs between 1989 and 2003*. Socio-Economic Security Programme. ILO.
- Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS) (2009): "Boletín Estadístico AIOS. Los Regímenes de Capitalización Individual en América Latina". *Boletín Estadístico AIOS*. N° 21. Junio.
- Banco Mundial (2007): *Más allá de la supervivencia: proteger a los hogares contra la crisis de salud en América Latina*. Banco Mundial. Stanford University Press. Washington, DC.
- Blackburn J (2010): "Conceptos y Desafíos hacia una protección social universal para las personas mayores en UNASUR". Documento presentado en el Encuentro Internacional: Protección, Promoción y Seguridad Social en los Países de la UNASUR. Conceptos y desafíos hacia una protección social universal. Quito 26-27 de marzo de 2010.
- CEPAL (2006): *Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad*. CEPAL. Uruguay.
- CEPAL (2010): *Panorama Social de América Latina 2010*. CEPAL. Santiago de Chile.
- CEPAL-CELADE (2007): *Observatorio demográfico N°4. Mortalidad*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
- CEPAL-CELADE (2009): *El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
- Comisión de las Comunidades Europeas (2006). Comunicación de la Comisión: *Aplicación del programa comunitario de Lisboa. Los servicios sociales de interés general en la Unión Europea*. COM (2006) 177 final.
- Da Silva José Graciano, Gómez Sergio y Castañeda Rodrigo (2008): "Boom agrícola y persistencia de la pobreza rural en América Latina". *Revista Española de Estudios Agrosociales y Pesqueros*, n.º 218.
- Documentos generados en el *Encuentro Iberoamericano sobre la situación de los adultos mayores en América Latina*, celebrado en Montevideo (Uruguay) los días 1 y 2 de Septiembre en 2009.
- Documentos generados en el *Seminario sobre "Extensión de la protección social en salud a las personas mayores y en situación de dependencia de los países iberoamericanos"*, celebrado en Cartagena de Indias (Colombia) del 6 al 10 de Julio de 2009.
- Fabio M. Bertranou, Carmen Solorio, Wouter Van Ginneken (eds.) (2002): *Pensiones no contributivas y asistenciales. Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica y Uruguay*. Santiago de Chile. Oficina Internacional del Trabajo.

- Giannakouris Konstantinos (2010): "Regional population projections EUROPOP2008: Most EU regions face older population profile in 2030". *Col. Statistics in focus*, N° 1/2010. Luxemburgo.
- Huenchuan Sandra (2009): "Envejecimiento e institucionalidad para el cuidado de las personas mayores". Ponencia presentada en el Seminario Regional: *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*. Santiago de Chile 29 y 30 de octubre de 2009. CEPAL.
- Huenchuán Sandra (ed.) (2009): *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Santiago de Chile.
- Jiménez Lara, A. et als. (2008): *Retos para la extensión de la protección social en salud a trabajadores agrícolas y pueblos indígenas*. OISS, Consorcio EUROsociAL Salud y Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Madrid.
- Jiménez Lara, A. y Quezada García, M. (2008): *Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad (adulto mayor y dependencia)*. Documento Técnico. Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS), Consorcio EUROsociAL Salud y Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III, Madrid.
- Kinsella, Kevin and Wan He U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1 (2009): *An Aging World: 2008*. U.S. Government Printing Office. Washington, DC.
- Mesa-Lago Carmelo (2005): *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe: su impacto en los principios de la seguridad social*. CEPAL. Diciembre.
- Mesa-Lago Carmelo (2006): "La extensión de la cobertura de salud en América Latina: problemas y políticas" *Conferencia Regional Americana*. Belice. 28-31 de mayo.
- Naciones Unidas. (ONU) (2002): *World Population Ageing, 1950-2050*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Nueva York.
- Naciones Unidas. (ONU) (2007): *Estudio Económico y Social Mundial 2007. El desarrollo en un mundo que envejece*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Nueva York.
- Naciones Unidas. (ONU) (2009): *The Millenium Development Goals Report, 2009*. Department of Economic and Social Affairs (DESA). Julio.
- OISS (2008): *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador y México*. Apuntes para un diagnóstico. OISS, IMSERSO y Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- OISS (2008): *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur*. Apuntes para un diagnóstico. OISS, IMSERSO y Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2009): *Para recuperarse de la crisis: Un Pacto Mundial para el Empleo*. Resolución adoptada por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo el 19 de junio de 2009.



- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2010): *World Social Security Report 2010-2011: Providing coverage in times of crisis and beyond*. Geneva.
- Ribe, H., Robalino, D.A y Walker, I. (2010), *From Right to Reality: Achieving Effective Social Protection for All in Latin America and the Caribbean*, Banco Mundial.
- Rofman Rafael y Lucchetti Leonardo (2006): *Sistemas de Pensiones en América Latina: Conceptos y Mediciones de Cobertura*. Banco Mundial.
- USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) (2007): *Perfil de los Sistemas de Salud. El Salvador*. OPS/OMS. Washington D.C.
- USAID (Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional) (2009): *Perfil de los Sistemas de Salud. Honduras*. OPS/OMS. Washington D.C.

24.1.2 Documentos de ámbito nacional

Argentina

- Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES) (2008): *Informe de la Seguridad Social*. Cuarto trimestre de 2008.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC): *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa (2009): *Boletín Estadístico de la Seguridad Social*. Tercer y Cuarto Trimestre.
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Secretaría de Seguridad Social. Dirección Nacional de Programación Económica y Normativa (2009): *Boletín Estadístico de la Seguridad Social*. Primer y Segundo Trimestre.
- Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud (2009): *Indicadores Básicos*.
- Ministerio de Salud (2007): *Dossier nacional de atención primaria en salud y la integración con otros niveles de atención en la República de Argentina*. EUROsociAL, Sector Salud. Buenos Aires.
- Ministerio de Salud (2006): *Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios 2005*. Dirección de Estadísticas de Salud. Buenos Aires.

Bolivia

- Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones. Dirección de Prestaciones No Contributivas. *Estadísticas de la Renta Dignidad actualizada a 28 de febrero de 2010*.
- Ministerio de Salud. *Anuario estadístico 2009*.
- Morales Medina, S.E. (2008): El sistema de salud boliviano. Mimeo.
- Viceministerio de Pensiones y Servicios Financieros (2009): *Boletín mensual del sistema de pensiones*. Noviembre.

Brasil

- Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de De Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - Diie / DATAPREV (2010): *Boletín Estadístico de la Previdencia Social* - Vol. 15. N° 1. Enero. Ministerio de Previsión Social.
- Coordinación General de Estadística y Ciencias Actuariales Departamento de Políticas de De Seguridad Social / MPS y la División de Información Estratégica - Diie / DATAPREV (2008): *Anuario Estadístico 2008 de la Previdencia Social*. Brasil. Ministerio de Previsión Social.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2008): *Perfil del sistema de salud del Brasil*. Brasilia. D.F. Brasil.

Chile

- Fondo Nacional de Salud (2009): *Boletín Estadístico FONASA 2007-2008*. Ministerio de Salud. Junio.
- Grupo de Trabajo Intersectorial del Adulto Mayor (GTIAM) (2007): *Diagnóstico de la situación Económica y Social del Adulto Mayor*. Ministerio de Salud, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Fondo Nacional de Salud y Ministerio de Planificación. Julio.
- Instituto de Previsión Social (2010): *Estadísticas*. Departamento de Planificación y Control de Gestión. Subdepartamento de Estudios e Investigación. Octubre.
- Instituto de Previsión Social. *Anuario Estadístico 2008*. Departamento de Planificación y Control de Gestión. Subdepartamento de Estudios e Investigación.
- Ministerio de Salud (2009): *Indicadores Básicos de Salud 2008*. Departamento de Estadísticas e Información de Salud.
- Superintendencia de Pensiones (2010): *Panorama Previsional*. Septiembre.
- Superintendencia de Pensiones (2009): *Boletín Estadístico n° 207*. División Estudios de la Superintendencia de Pensiones.

Colombia

- Instituto de Seguros Sociales (2010): *Gestión del Instituto de Seguros Sociales a agosto de 2010*.
- Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia (2005): *Programa de Protección Social al Adulto Mayor*. Ministerio de la Protección Social y Consorcio Prosperar Hoy.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2002), *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Colombia*. Washington D.C.
- SIGOB (Gestión y Seguimiento de las Metas del Gobierno). *Reporte del Programa de Protección Social al Adulto Mayor (PPSAM) del Ministerio de Protección Social para el año 2010*.
- Superintendencia Financiera de Colombia. Pensiones Cesantías y Fiduciarias (2010): *Estadística de Pensionados - Administradoras del Régimen de Prima Media con Prestación Definida*.



Costa Rica

- Caja Costarricense de Seguro Social (2010): *Costa Rica. Indicadores de Seguridad Social 2005 – 2009*. Presidencia Ejecutiva. Dirección Actuarial. Área de Estadística.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2010): *Informe de Gestión del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte diciembre 2009*. Junio.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2009): Seguro de Pensiones. Sistema Integrado de Pensiones.
- Caja Costarricense de Seguro Social (2009): *Boletín Estadístico Mensual RNC*. Junio.
- Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM) (2006). Plan Estratégico Nacional para la Atención de la Persona Adulta Mayor 2006-2012. San José. Enero 2006.
- Ministerio Salud (2005): *Indicadores de Género y Salud*. Costa Rica.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2009). Perfil I de los Sistemas de Salud Costa Rica. Washington DC. Septiembre.

Cuba

- García Álvarez, A. y Anaya Cruz, B. (2006): *Política Social en Cuba, nuevo enfoque y programas recientes*.
- Oficina Nacional de Estadísticas (2009): *Seguridad Social. Jubilados y pensionados del régimen de Seguridad Social*. Instituto Nacional de la Seguridad Social (INASS).
- Oficina Nacional de Estadísticas (2010). *Salud pública y asistencia social en cifras*. Cuba 2009.

Ecuador

- CEPAL-CELADE (2007): *Estudio sobre la protección social de la tercera edad en Ecuador*. CEPAL-CELADE, Ministerio de Bienestar Social y Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de Ecuador. Quito.
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Boletín Estadístico No. 16 2006-2007*.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Encuesta de Condiciones de Vida. Quinta Ronda 2005-2006*.
- Mauricio León G (2010): "Origen y evolución de las pensiones contributivas y no contributivas en el Ecuador". Documento presentado en el Encuentro Internacional: Protección, Promoción y Seguridad Social en los Países de la UNASUR. Conceptos y desafíos hacia una protección social universal. Quito 26-27 de marzo de 2010.
- Ministerio de Coordinación del Desarrollo Social, en base a la Encuesta de Empleo y Desempleo del INEC y a datos del Programa de Protección Social.
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), Organización Panamericana de la Salud. *Indicadores Básicos de Salud. Ecuador 2009*.

El Salvador

- Instituto Salvadoreño del Seguro Social (2009): *Anuario de Estadísticas 2008*. Departamento de Actuariado y Estadística. San Salvador. Marzo.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (2008): *Variables e Indicadores del MSPAS*. El Salvador, Enero-Diciembre. Dirección de Planificación. Unidad de Información en Salud.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2007): *Perfil del sistema de salud de El Salvador 2000-2005: monitoreo y análisis de los procesos de cambio*. Washington DC.
- Superintendencia de Pensiones (2010): *Resumen estadístico previsional*. Marzo.
- Superintendencia de Pensiones (2009): *Revista de Estadísticas Previsionales*. Diciembre.

España

- Dirección General del Servicio de Estudios del Banco de España (2009): *La reforma del Sistema de Pensiones en España*. Banco de España. Madrid.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales (2010): *Nómina de pensiones no contributivas*. Enero.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales, IMSERSO (2009): *Las personas mayores en España. Informe 2008*. Madrid.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales IMSERSO. *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Situación a 1 de julio de 2009.
- Instituto Nacional de Estadística (INE): *Revisión del Padrón municipal 2009*.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). Ministerio de Sanidad y Consumo: *Encuesta Nacional de Salud*. Año 2006.
- Instituto Nacional de la Seguridad Social (2010): *Estadística de pensiones contributivas en vigor*. Enero.
- Ministerio de Economía y Hacienda (2010): *Número de pensiones abonadas por Clases Pasivas*. Secretaría de Estado de Hacienda y Presupuestos Secretaría General de Presupuestos Y Gastos. Dirección General de Costes de Personal y Pensiones Públicas. Febrero.
- Ministerio de Trabajo e Inmigración (2011): *La reforma del sistema de pensiones*. Ministerio de Trabajo e Inmigración.
- Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2010): *Sistema Nacional de Salud. España 2010*. Ministerio de Sanidad y Política Social de España. Madrid.
- Regidor E, Gutiérrez-Fisac JL, Alfaro M (2009): *Indicadores de Salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social.



Guatemala

- Ministerio de Trabajo y Previsión Social. Boletín Pensiones 2008. Programa del Adulto Mayor, Dirección General de Previsión Social.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) (2007). Perfil del Sistema de Salud de Guatemala. Washington DC.

Honduras

- Instituto Hondureño de Seguridad Social (2010): Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte. Dirección Ejecutiva.
- Organización Panamericana de la Salud (2007): “Honduras” en Salud en las Américas 2007: Volumen II- Países. Washington DC.
- Secretaría de Estado para la Salud de Honduras (2005): *Plan Nacional de Salud 2021*. Gobierno de Honduras, Tegucigalpa.

México

- Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS): *Memoria Estadística 2008*. Dirección de Finanzas.
- Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS): Informe *Financiero y Actuarial a 31 de diciembre de 2008*. Dirección de Finanzas.
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE) (2010): Pensiones. *Estadísticas*. Marzo.
- Pensiones y Seguros América y Servicios de Estudios Económicos (2007): *Hacia el fortalecimiento de los Sistemas de Pensiones en México. Visión y Propuestas de Reforma*. Grupo Financiero BBVA Bancomer. México.
- Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). *Cuarto Informe Trimestral 2009*. Subsecretaría de Desarrollo Social y Humano. Dirección General de Seguimiento. México.
- Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados 2009*. Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS).

Nicaragua

- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (2009): *Anuario Estadístico 2008*. División General de Estudios Económicos. Dirección de Estadísticas Económicas y Sociales. Managua. Abril.
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) (2009): *Anuario Estadístico 2008*. INSS, Managua.
- Organización Panamericana de la Salud (2008): Perfil de *Sistemas de Salud en Nicaragua: Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma*. Washington DC.

Panamá

- Caja de Seguro Social. Dirección Ejecutiva Nacional de Prestaciones Económicas. Dirección Nacional de Planificación. Departamento Actuarial.
- Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia. Secretaría Técnica del Gabinete Social y la Dirección de Adultos Mayores: *Diagnóstico Nacional de la situación de las personas mayores en Panamá*. Ministerio de la Juventud, la Mujer, la Niñez y la Familia.
- Organización Panamericana de la Salud (2007). *Perfil de los sistemas de salud de Panamá: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma*. Washington DC, Junio.

Paraguay

- Barrios Kück, María Elizabeth (2002): Evolución de la población de la tercera edad en el Paraguay. Algunas implicancias de políticas. Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Programa para el mejoramiento de las encuestas y las mediciones de las condiciones de vida en Paraguay (Mecovi – Paraguay), enero.
- Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Encuesta Permanente de Hogares 2005.
- Organización Panamericana de la Salud (2008): Perfil I de los Sistemas de Salud de Paraguay: Monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma. Washington DC, Enero.
- Romero, Carlos María, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2005): *Situación de las Personas Adultas Mayores en Paraguay*, Reunión de Gobiernos y Expertos Sobre Envejecimiento de Países de América del Sur, Avances en el cumplimiento del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Argentina, 14 al 16 de noviembre.

Perú

- Oficina de Normalización Previsional (2010): *Estadísticas*. Agosto.
- Oficina Superintendencia de Banca, Seguros y AFP. *Sistema Privado de Pensiones. Series Históricas*.

Portugal

- Instituto da Segurança Social (2010): *Número de pensionistas activos*. Departamento de Gestão de Informação.

Principado de Andorra

- Govern d'Andorra. Departament d'Estadística. *Anuari Estadístic 2010*.
- Caixa Andorrana de Seguretat Social. *Estadísticas*.
- Caixa Andorrana de Seguretat Social. *Prestacions de Jubilació*. Llei 17/2008, del 3 d'octubre, de la Seguretat Social.



República Dominicana

- Consejo Nacional de Seguridad Social (2010): *Información Estadísticas: Pensionados y Jubilados*. CNSS. Junio.
- García Maritza (2006): *Avances, Obstáculos y Desafíos de la Reforma del Sistema de Protección Social en Salud en República Dominicana: Función Financiamiento*, Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud, Santo Domingo. Junio.
- Hernández Contreras, C (2007): "El sistema de pensiones y jubilaciones en República Dominicana" en *Jornada Iberoamericana de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social*, organizada por la Asociación Iberoamericana de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social en Santo Domingo.

Uruguay

- Banco de Previsión Social. *Boletín Estadístico 2010*. División Economía de la Salud – MSP.
- García, S., Rovira, A., Sammarco, I. et als. (2009): *Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento*. Ministerio de Desarrollo Social del Gobierno de Uruguay, Montevideo.
- Huenchuan Navarro, Sandra y Peláez, Martha (2006), *Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas*, CEPAL/CELADE, Cooperazione Italiana, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Venezuela

- Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Dirección General de Afiliación y Prestaciones en Dinero.
- INASS (2005): *Atención al Adulto Mayor en Venezuela*. Año 2005. Ministerio del Poder Popular para la Participación y Protección Social del Gobierno de Venezuela.

24.2. Enlaces de interés

Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS).

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

Portal de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), organismo internacional de carácter técnico y especializado que tiene como finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y de todos aquellos que se vinculan por el idioma español y portugués mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en Seguridad Social. El portal de la OISS integra bancos de datos de especial interés como el **Banco de información de los Sistemas de Seguridad Social Iberoamericanos de la OISS (BISSI)**.

Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones (AIOS).

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

La Asociación Internacional de Organismos de Supervisión de Fondos de Pensiones –AIOS– es una entidad civil sin fines de lucro, compuesta por los organismos de supervisión de los sistemas de pensiones de capitalización individual de los siguientes países: Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, México, Panamá, Perú, República Dominicana, El Salvador y Uruguay.

Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS)

<http://www.issa.int/es/>

La AISS es una institución internacional que reúne organismos e instituciones de seguridad social. Su misión es promover una seguridad social dinámica como dimensión social de un mundo en proceso de globalización, a través del fomento de la excelencia en la administración de la seguridad social. Fundada en 1927, la Secretaría de la AISS tiene su sede en la Oficina Internacional del Trabajo en Ginebra.

Envejecimiento y Desarrollo, CELADE –división de población CEPAL

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

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

Eurostat

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

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

Síntesis de legislación de la Unión Europea sobre protección social

http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_protection/index_es.htm

La página web «Síntesis de la legislación de la UE» presenta los aspectos principales de la legislación comunitaria (UE) de manera concisa, accesible y objetiva. Contiene alrededor de 3000 síntesis de leyes europeas desglosadas en diversos campos temáticos, correspondientes a las actividades de la Unión Europea. Uno de estos campos temáticos es el referido a la protección social.

Sistema de información mutua sobre protección social en los países de Europa (MISSOC)

http://ec.europa.eu/employment_social/missoc/db/public/compareTables.do

MISSOC, siglas en inglés de Sistema de Información Mutua sobre Protección Social, ofrece acceso a información detallada, comparable y periódicamente actualizada en inglés, francés y alemán sobre los sistemas nacionales de protección social. MISSOC publica cuadros comparativos sobre protección social, que abarcan 31 países (los 27 de la UE más Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza), 12 grandes ámbitos de protección social (financiación, asistencia sanitaria, enfermedad, maternidad, invalidez, tercera edad, supervivientes, accidentes laborales y enfermedades profesionales, familia, desempleo, ingresos mínimos garantizados y cuidados a largo plazo) y más de 300 categorías detalladas. MISSOC también elabora informes analíticos, un informe anual y otras publicaciones especializadas.

Organización Mundial de la Salud (OMS)

<http://www.who.int/es/>

La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales.



Sistema de información estadística de la Organización Mundial de la Salud (WHOSIS).

<http://www.who.int/whosis/es/index.html>

WHOSIS, el sistema de información estadística de la OMS, es una base interactiva que reúne las estadísticas sanitarias básicas de los 193 Estados Miembros de la OMS. Comprende más de 100 indicadores, que se pueden consultar de diversas maneras (búsqueda rápida, por categorías, o por criterios definidos por el usuario). Los datos de WHOSIS se publican cada año, en el mes de mayo, en el informe de Estadísticas Sanitarias Mundiales.

Organización Panamericana de la Salud

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

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

Red Latinoamericana de Gerontología

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

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

Sistema Regional de Indicadores Sobre Envejecimiento (SISE)

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

El Sistema Regional de Indicadores Sobre Envejecimiento (SISE) ha sido desarrollado por el CELADE, División de Población de CEPAL en cumplimiento a lo establecido en la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento adoptada por los estados miembros de la comisión en 2003. El sistema contiene indicadores calculados a partir de datos censales lo que permite analizar el proceso de envejecimiento demográfico y la situación de las personas mayores. Los indicadores se pueden desagregar según sexo, zona de residencia y grupos de edad. El sistema permite procesar los datos y obtener resultados en forma de cuadros estadísticos, gráficos y mapas temáticos.

Ministerio de Desarrollo Social. Argentina

<http://www.desarrollosocial.gov.ar/>

El Ministerio de Desarrollo Social asiste al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en orden a sus competencias, en todo lo inherente a la promoción y asistencia social orientada hacia el fomento de la integración social y desarrollo humano, la atención y la reducción de las situaciones de vulnerabilidad social, el desarrollo de igualdad de oportunidades para estos sectores, capacidades especiales, menores, mujeres y ancianos, la protección de la familia y el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, así como en lo relativo al acceso a la vivienda digna, y al cumplimiento de los compromisos asumidos en relación con los tratados internacionales y los convenios multinacionales, en materia de su competencia.

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina

www.pami.org.ar

El Instituto es la Obra Social de los jubilados y pensionados nacionales. Es un organismo pionero en la asistencia sociosanitaria de los mayores, la mayor obra social de América Latina, y una de las más grandes del mundo con más de 3.200.000 afiliados.

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de Argentina.

<http://www.trabajo.gob.ar>

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social es un organismo nacional, dependiente del Poder Ejecutivo, que tiene la misión de servir a los ciudadanos en las áreas de su competencia. Es parte de la estructura administrativa gubernamental para la conformación y ejecución de las políticas públicas del trabajo y la seguridad social. Propone, diseña, elabora, administra y fiscaliza las políticas para todas las áreas del trabajo, el empleo y las relaciones laborales, la capacitación laboral y la Seguridad Social.

Ministerio de Salud. Argentina.

<http://www.msal.gov.ar>

El Ministerio de Salud asiste al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en orden a sus competencias, en todo lo inherente a la salud de la población, y a la promoción de conductas saludables de la comunidad.

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales y Dirección Nacional de Políticas para los adultos mayores de Argentina.

<http://www.politicassociales.gov.ar/index.html>

Organismo cuya finalidad es lograr una correcta y eficaz administración de los recursos del Estado destinados a la política social. Está presidido por el Ministro de Desarrollo Social de la Nación y conformado en forma permanente por los titulares de los siguientes organismos: Ministerio de Desarrollo Social; Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología; Ministerio de Salud y Ambiente; Ministerio de Economía y Producción; Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios y la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social.

Viceministerio de Pensiones y Servicios Financieros. Bolivia

<http://www.economiayfinanzas.gob.bo/>

El Viceministerio de Pensiones y Servicios Financieros (VPSF), dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, es la entidad del Órgano Ejecutivo que tiene a su cargo el diseño, evaluación e implementación de políticas en materia de banca, intermediación financiera, valores, seguros, pensiones, y la tramitación de los recursos jerárquicos del sistema de regulación financiera.

Autoridad de Fiscalización y Control Social de Pensiones. Bolivia

<http://www.ap.gob.bo/>

Defender los derechos de las personas respecto a la Seguridad Social de Largo Plazo en el marco de la normativa y de los principios que rigen las prestaciones de invalidez, vejez, muerte, Pensión Mínima, Renta Dignidad y demás beneficios, para lo cual fiscaliza, controla y regula a las entidades gestoras de la Seguridad Social de Largo Plazo en el Estado Plurinacional de Bolivia.

Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia

<http://www.sns.gob.bo>

El Ministerio de Salud y Deportes es la institución encargada de formular políticas, normar y regular el que hacer en salud, sus acciones son integrales, promoviendo la investigación y el desarrollo de tecnologías, cuenta con un sistema de información confiable, accesible y amigable para la oportuna toma de decisiones que permitan brindar servicios de calidad.

Ministerio de Planificación y Desarrollo. Bolivia

<http://www.planificacion.gov.bo/>

El Ministerio de Planificación del Desarrollo es la máxima instancia del gobierno responsable de generar las políticas necesarias y su articulación, de manera que el Estado tenga como rol fundamental el lograr una Bolivia Digna, Soberana Productiva para vivir bien.

**Vejez digna. Bolivia**

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

VejezDigna.org es un espacio de comunicación interactivo que busca promover los derechos del Adulto Mayor en Bolivia, producido por el Parlamento Nacional del Adulto Mayor, con apoyo del Centro de Orientación Socio Legal del Adulto Mayor -COSL- y la Red Defensa del Anciano.

Ministerio de Salud del Gobierno de Brasil

www.saude.gov.br

El Ministerio de Salud es la agencia federal del poder ejecutivo responsable de la organización y preparación de planes y políticas dirigidas a la promoción, prevención y atención de la salud de los brasileños.

Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre. Brasil

<http://www.mds.gov.br/>

El Ministerio de Desarrollo Social y Lucha contra el Hambre (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à FOME, MDS) es el responsable para las políticas nacionales de desarrollo social, seguridad alimentaria y nutricional, de asistencia social y de renta ciudadana, y el gestor del Fondo Nacional de Asistencia Social, FNAS.

Ministerio de Previsión Social. Brasil

<http://www.mpas.gov.br/>

La "Previdência Social" es el seguro social contributivo de Brasil. Es una institución que tiene como objetivo reconocer y conceder derechos a los asegurados. La renta transferida por la Previdência Social sustituye a las rentas del trabajador contribuyente cuando éste pierde su capacidad de trabajo, sea por enfermedad, invalidez, edad avanzada, muerte, desempleo involuntario, maternidad o reclusión.

Consejo Nacional de Derechos de las Personas Mayores, CNDI. Brasil

<http://www.mj.gov.br/sedh/cndi/>

El Consejo Nacional de Derechos de las Personas Mayores (Conselho Nacional dos Direitos do Idoso, CNDI), creado por Decreto n° 4.227, de 13 de mayo de 2002, es un órgano colegiado de carácter deliberativo, integrado en la estructura básica de la Secretaría Especial de los Derechos Humanos de la Presidencia de la República, que tiene por finalidad elaborar las directrices para la formulación e implementación de la política nacional del adulto mayor, observando las líneas de acción y las directrices de la Ley 10.741, de 1 de octubre de 2003, del Estatuto de las Persona Mayor, así como acompañar y evaluar su ejecución.

Servicio Nacional del Adulto Mayor. Chile

<http://www.senama.cl/>

EL SENAMA tiene como objetivos proponer políticas y coordinar acciones, especialmente del sector público, que faciliten la integración del adulto mayor en todos los ámbitos sociales, ya sea en la familia, en la educación, en el trabajo y en la recreación, entre otros. Además debe coordinar acciones y programas entre el sector privado y público. Es un servicio público, funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, adscrito al Ministerio Secretaría General de la Presidencia de Chile.

Instituto de Previsión Social. Chile

<http://www.ips.gob.cl/>

El Instituto de Previsión Social (IPS) es un servicio público creado a partir del artículo 53 de la Ley 20.255, de Reforma al Sistema Previsional, descentralizado y con personalidad jurídica y patrimonio propio. El IPS desarrolla sus funciones bajo la supervigilancia del Presidente de la República, a

través del Ministerio del Trabajo, por intermedio de la Subsecretaría de Previsión Social. El IPS tiene por objetivo la administración del sistema de pensiones solidarias y de los regímenes previsionales administrados anteriormente por el INP.

Superintendencia de Pensiones. Chile

<http://www.spensiones.cl/>

La Superintendencia de Pensiones (SP) es el organismo contralor que representa al Estado al interior del sistema chileno de pensiones. Es una entidad autónoma, cuya máxima autoridad es el Superintendente. Se relaciona con el Gobierno a través del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, por intermedio de la Subsecretaría de Previsión Social.

Ministerio de Salud del Gobierno de Chile

www.minsal.cl

El Ministerio busca contribuir a elevar el nivel de salud de la población; desarrollar armónicamente los sistemas de salud, centrados en las personas; fortalecer el control de los factores que puedan afectar la salud y reforzar la gestión de la red nacional de atención.

Fondo Nacional de Salud (FONASA). Chile

www.fonasa.cl

El Fondo Nacional de Salud, FONASA, 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 todos sus beneficiarios, sin exclusión alguna de edad, sexo, nivel de ingreso,

Ministerio de Planificación. Chile

<http://www.mideplan.cl/>

Su misión consiste en promover el desarrollo del país con integración y protección social de las personas, articulando acciones con las autoridades políticas, órganos del Estado y sociedad civil, a nivel nacional, regional y local, mediante el análisis, diseño, coordinación, ejecución y evaluación de políticas sociales, planes y programas; la evaluación de las iniciativas de inversión pública; la provisión de información y análisis acerca de la realidad social y económica; y la elaboración de instrumentos y metodologías para la gestión y toma de decisiones de políticas públicas.

Ministerio de Protección Social de Colombia

<http://minproteccionsocial.gov.co>

Este Ministerio tiene como misión orientar el Sistema de Protección Social y el Sistema de Seguridad Social hacia su integración y consolidación, mediante la aplicación de los principios básicos de Universalidad, Solidaridad, Calidad, Eficiencia y Equidad, con el objeto de tener un manejo integral del riesgo y brindar asistencia social a la población colombiana.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF). Colombia

<https://www.icbf.gov.co>

El ICBF, entidad adscrita al Ministerio de la Protección Social, es una de las instituciones más representativas del país. Fue creada en 1968 dando respuesta a problemáticas, tales como la deficiencia nutricional, la desintegración e inestabilidad de la familia, la pérdida de valores y la niñez abandonada. El ICBF está presente en cada una de las capitales de departamento, a través de sus regionales y seccionales. Adicionalmente, cuenta con 200 centros zonales, los cuales son puntos de servicio para atender a la población de todos los municipios del país. Actualmente cerca de 10 millones de colombianos se benefician de sus servicios.

**Superintendencia Financiera de Colombia**

www.superfinanciera.gov.co/

La Superintendencia Financiera de Colombia surgió de la fusión de la Superintendencia Bancaria de Colombia en la Superintendencia de Valores, según lo establecido en el artículo 1 del Decreto 4327 de 2005. La entidad es un organismo técnico adscrito al Ministerio de Hacienda y Crédito Público, con personería jurídica, autonomía administrativa y financiera y patrimonio propio.

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Costa Rica

<http://www.ccss.sa.cr>

La Caja Costarricense de Seguro Social es la institución encargada de la Seguridad Social en Costa Rica. Además de proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, otorga protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense, incluyendo a los adultos mayores.

Ministerio de Bienestar Social. Costa Rica

<http://www.imas.go.cr>

El Ministerio de Bienestar Social y Familia fue creado en mayo del 2010 con la misión de impulsar la lucha contra la pobreza en Costa Rica. Los cuatro programas prioritarios de esta nueva entidad son: la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil; la Red Nacional de Cuido de personas adultas mayores; el Programa Comunidades Solidarias, Seguras y Saludables y el Programa de atención integral y reducción de los hogares en extrema pobreza.

Consejo Nacional de la Persona Adulta Mayor (CONAPAM). Costa Rica

<http://www.conapam.go.cr>

El CONAPAM busca garantizar el mejoramiento en la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la formulación y ejecución de las políticas públicas integrales que generen la creación de condiciones y oportunidades para que estas personas tengan una vida plena y digna, acorde con los más altos valores de la tradición nacional y se cumpla con los principios de: igualdad de oportunidades, dignidad, participación, permanencia en su núcleo familiar y comunitario, atención integral, realización personal e independencia.

Instituto Nacional de la Seguridad Social (INASS). Cuba

<http://www.mtss.cu/inass.php>

El Instituto Nacional de Seguridad Social (INASS) adscrito al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social fue constituido mediante el Decreto Ley No. 220 en junio del año 2001, con la misión de garantizar un servicio de calidad a los jubilados y pensionados, y por otra parte un estricto control de los recursos humanos, materiales y financieros destinados a la seguridad social.

Portal INFOMED, del Ministerio de Salud Pública. Cuba

<http://www.sld.cu/>

El Ministerio de Salud Pública es el organismo encargado de dirigir, ejecutar y controlar la aplicación de la política del Estado y el Gobierno en cuanto a la salud pública, el desarrollo de las ciencias médicas y la industria médico-farmacéutica. El Ministerio de Salud Pública mantiene el portal INFOMED, una red de personas e instituciones que trabajan y colaboran para facilitar el acceso a la información y el conocimiento para mejorar la salud de los cubanos y de los pueblos del mundo, mediante el uso intensivo y creativo de las tecnologías de la información y la comunicación. El Portal de Salud INFOMED comenzó a desarrollarse a partir de 1994 con el objetivo de facilitar el acceso a la información relacionada con las ciencias de la salud y especialmente dar acceso a la información de salud producida en Cuba.

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS). Ecuador

<http://www.ies.gov.ec/>

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social.

Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES). Ecuador

<http://www.mies.gov.ec/>

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) promueve y fomenta activamente la inclusión económica y social de la población, de tal forma que se asegure el logro de una adecuada calidad de vida para todos los ciudadanos y ciudadanas, mediante la eliminación de aquellas condiciones, mecanismos o procesos que restringen la libertad de participar en la vida económica, social y política de la comunidad y que permiten, facilitan o promueven que ciertos individuos o grupos de la sociedad sean despojados de la titularidad de sus derechos económicos y sociales, y apartados, rechazados o excluidos de las posibilidades de acceder y disfrutar de los beneficios y oportunidades que brinda el sistema de instituciones económicas y sociales.

Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social de Ecuador

<http://www.desarrollosocial.gob.ec/>

El Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social facilita el cumplimiento de los objetivos y mandatos del Presidente en el área social a través de la coordinación y el monitoreo permanente de la política, planes y los programas sociales ejecutados por los Ministerios del Área Social, así como el diseño de programas prioritarios que lleven a alcanzar la inclusión económica y social de la población ecuatoriana, sobre todo la más vulnerable, en el marco de defensa y protección de sus derechos fundamentales.

Ministerio de Salud Pública. Ecuador

<http://www.msp.gob.ec/>

Se encarga de atender las ramas de sanidad, asistencia social y demás que se relacionan con la salud en general.

Ministerio de Coordinación y Desarrollo Social. Ecuador

http://www.desarrollosocial.gob.ec

El Ministerio de Coordinación de Desarrollo Social facilita el cumplimiento de los objetivos y mandatos del Presidente en el área social a través de la coordinación y el monitoreo permanente de la política, planes y los programas sociales ejecutados por los Ministerios del Área Social, así como el diseño de programas prioritarios que lleven a alcanzar la inclusión económica y social de la población ecuatoriana, sobre todo la más vulnerable, en el marco de defensa y protección de sus derechos fundamentales.

Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS). El Salvador

www.iss.gov.sv

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) es una entidad gubernamental autónoma encargada de brindar atención a la salud y prestaciones económicas a sus derechohabientes.

Superintendencia de Pensiones de El Salvador

www.spensiones.gov.sv

Fiscaliza y controla en forma independiente y transparente, el funcionamiento del sistema de pensiones del país, contribuyendo a su desarrollo y a la ejecución de la política previsional del Estado.



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. El Salvador

www.salud.gob.sv

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social coordina la política de salud, con el objetivo de garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la Seguridad Social) y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.

Secretaría de Inclusión Social. El Salvador

<http://inclusion-social.gob.sv/>

La Secretaría de Inclusión Social (SIS) tiene como misión velar por la generación de condiciones que permitan la inclusión social, el desarrollo y protección de la persona y la familia, la eliminación de distintas formas de discriminación y el desarrollo de capacidades de acción y participación ciudadana, desde un enfoque de derechos humanos. La SIS es parte de la Presidencia de la República y actúa como órgano de coordinación entre Secretarías de Estado y otras entidades adscritas al Ejecutivo, propiciando un enfoque de derechos humanos en la formulación de políticas públicas, dando seguimiento al cumplimiento de los acuerdos y resoluciones de los Comités y Comisiones de su competencia y en los que forma parte; y asesorar al Presidente de la República en el desempeño de su gestión para promover la inclusión social y la equidad.

Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores (CONAIPAM). El Salvador

<http://inclusion-social.gob.sv/>

CONAIPAM es el Consejo Nacional de Atención Integral a los Programas de los Adultos Mayores, creado a partir de la aprobación de la Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor, en enero de 2002, para la ejecución de las acciones gubernamentales y no gubernamentales, a favor de la protección Integral de las Personas Adultas Mayores. Está adscrito a la Secretaría de Inclusión Social.

Ministerio de Trabajo e Inmigración de España

<http://www.mtin.es/es/index.htm>

El Ministerio de Trabajo e Inmigración está encargado de la gestión de las políticas atribuidas a la Administración General del Estado en materia de relaciones laborales, empleo, extranjería, inmigración e emigración, así como la gestión de la Seguridad Social.

Portal de la Seguridad Social. España

<http://www.seg-social.es>

Los Organismos y Entidades que integran la Seguridad Social española son los siguientes: Como órgano superior se encuentra el Ministerio de Trabajo e Inmigración, del que depende la Secretaría de Estado de la Seguridad Social. A su vez, de la Secretaría de Estado dependen la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social, la Intervención General de la Seguridad Social y el Servicio Jurídico de la Administración de la Seguridad Social. La gestión del Sistema de Seguridad Social español se atribuye, entre otros a los siguientes entes públicos con personalidad jurídica propia, adscritos al Ministerio de Trabajo e Inmigración a través de la Secretaría de Estado de la Seguridad Social: el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), el Instituto Social de la Marina (ISM), la Tesorería General de la Seguridad Social (TGSS) y la Gerencia de Informática de la Seguridad Social.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. España

<http://www.mspsi.es/>

Corresponde al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad la política del Gobierno en materia de salud, de planificación y asistencia sanitaria y de consumo, así como el ejercicio de las competencias de la Administración General del Estado para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud. Asimismo, le corresponde la propuesta y ejecución de la política del Gobierno en materia de cohesión e inclusión social, de familias, de protección del menor y atención a las personas dependientes o con discapacidad. También le corresponden las políticas del Gobierno en materia de igualdad, lucha contra toda clase de discriminación y contra la violencia de género.

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). España

<http://www.imserso.es>

El Imsero es la entidad Gestora de la Seguridad Social para la gestión de los Servicios Sociales complementarios de las prestaciones del Sistema de Seguridad Social, y en materia de personas mayores y personas en situación de dependencia. El Imsero está adscrito al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad a través de la Secretaría General de Política Social y Consumo.

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. España

<http://dependencia.imserso.es/>

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a todas las personas en situación de dependencia, sirviendo de cauce tanto para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, como para la optimización de los recursos públicos y privados disponibles.

Portal Mayores. España

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

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

Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). España

<http://www.ceoma.org>

La Confederación Española de Organizaciones de Mayores es una organización de carácter confederativo e intersectorial, de ámbito nacional, constituida para el servicio, la coordinación, el fomento y la defensa de los intereses de las personas mayores. Para ello está dotada de personalidad jurídica y plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines.

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Guatemala

www.igsgt.org

El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) es la entidad que apoya a la sociedad guatemalteca, brindando protección a sus afiliados.

Ministerio de Trabajo y Previsión Social de Guatemala

www.mintrabajo.gob.gt

Es la Institución del Estado de Guatemala que tiene como función principal, la dirección, estudio y despacho de todos los asuntos relacionados al trabajo, previsión social y administración interna del mismo, a efecto de velar por el desarrollo, aplicación y estricto cumplimiento de las disposiciones legales correspondientes, conforme lo establecido en el Acuerdo Gubernativo 242-2003 y su reforma.

**Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala**

<http://portal.mspas.gob.gt>

Garantizar el ejercicio del derecho a la salud de las y los habitantes del país, ejerciendo la rectoría del sector salud a través de la conducción, coordinación, y regulación de la prestación de servicios de salud, y control del financiamiento y administración de los recursos, orientados al trato humano para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación de las personas, con calidad, pertinencia cultural y en condiciones de equidad.

Secretaría de Salud. Honduras

<http://www.salud.gob.hn/>

Lo concerniente a la formulación, coordinación, ejecución y evaluación de las políticas relacionadas con la protección, fomento, prevención, preservación, restitución rehabilitación de la salud de la población, las regulaciones sanitarias relacionadas con la producción, conservación, manejo y distribución de alimentos destinados al consumo humano, el control sanitario de los sistemas de tratamiento, que de las aguas pluviales, negras y servidas y la disposición de excretas, así como lo referente a inhumaciones, exhumaciones, cementerios, crematorios, en coordinación con las autoridades municipales, el control y vigilancia de la producción y venta de productos farmacéuticos, cosméticos y sustancias similares de uso humano y la producción, tráfico, tenencia, uso y comercialización de drogas sicotrópicas.

Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS). Honduras

<http://www.ihss.hn>

El Instituto Hondureño de Seguridad Social planteará, orientará, enfocará y desarrollará sus acciones dentro de un marco estratégico de trabajo que propicia la búsqueda de la mayor cobertura posible, con servicios de calidad. Su visión es convertirse en una institución moderna, prestigiada y con liderazgo en su campo de trabajo, capaz de proveer una cobertura universal de servicios de seguridad social y de previsión social integral, fundamentada en principios y valores, dotada de recursos humanos calificados, creativos y estables, con alto grado de satisfacción y credibilidad, y que contribuye de manera efectiva a mejorar la calidad de vida de las familias.

Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS). Honduras

<http://www.fhis.hn>

La misión del FHIS es ser un ente gubernamental a través del cual se mejore la calidad de vida de las poblaciones más pobres del país, que impulse el proceso de la descentralización, el desarrollo comunitario y la gestión municipal, con el apoyo de otras instituciones del gobierno, dejando al final de su gestión capacidad instalada en los municipios y comunidades para que estos sean gestores de su propio desarrollo.

Secretaría de Salud. México

<http://portal.salud.gob.mx>

Establece y conduce la política nacional en materia de salud, en los términos de las Leyes aplicables y de conformidad con lo dispuesto por el Ejecutivo Federal

Instituto Mexicano de la Seguridad Social (IMSS). México

<http://www.imss.gob.mx/imss>

El Instituto Mexicano del Seguro Social tiene un mandato legal derivado del Artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Su misión es ser el instrumento básico de la seguridad social, establecido como un servicio público de carácter nacional, para todos los trabajadores y sus familias. Es decir, el aumento en la cobertura de la población se persigue como un mandato constitucional, con un sentido social.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). México

<http://www.issste.gob.mx/>

Esta Institución garantiza la protección integral de los trabajadores de la Administración Pública Federal, pensionados, jubilados y sus familias de acuerdo al nuevo perfil demográfico de la derechohabiente, con el otorgamiento de seguros, prestaciones y servicios de conformidad con la normatividad vigente, bajo códigos normados de calidad y calidez, con solvencia financiera, que permitan generar valores y prácticas que fomenten la mejora sostenida de bienestar, calidad de vida y el desarrollo del capital humano.

Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL). México

<http://www.sedesol.gob.mx>

La SEDESOL tiene a su cargo varios programas sociales con los que el Gobierno Federal apoya a la población que más lo necesita para que pueda vivir mejor durante todas las etapas de la vida, desde la lactancia hasta la tercera edad.

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, INAPAM. México

<http://www.inapam.gob.mx/>

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), tiene como misión promover el desarrollo humano integral de las personas adultas mayores, brindándoles empleo, ocupación, retribuciones, asistencia y las oportunidades necesarias para alcanzar niveles de bienestar y alta calidad de vida, reduciendo las desigualdades extremas y las inequidades de género.

Consejo Nacional de Población, CONAPO. México

<http://www.conapo.gob.mx/>

El Consejo Nacional de Población, por mandato de la Ley de Población, tiene la misión de regular los fenómenos que afectan a la población en cuanto a su volumen, estructura, dinámica y distribución en el territorio nacional, con el fin de lograr que ésta participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.

Asimismo, la misión de la Secretaría General del CONAPO es promover, coordinar, dar seguimiento, evaluar y apoyar las acciones que determine el Consejo Nacional de Población con el fin de incorporar los aspectos de volumen, estructura dinámica, distribución territorial y composición social, económica y étnica de la población en los programas de desarrollo económico y social, así como vincular los objetivos de éstos con las necesidades que plantean los fenómenos demográficos.

Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS). Nicaragua

<http://www.inss.gob.ni/>

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social tiene como misión proteger a los trabajadores y sus familias contra los riesgos relacionados con la vida y el trabajo, proporcionando prestaciones económicas por invalidez, vejez, muerte y riesgos profesionales; asegurando servicios de salud para enfermedad, maternidad, accidentes comunes y riesgos profesionales; y brindando otros servicios sociales para elevar la calidad de vida de la población protegida. Todo ello se financia con el aporte solidario de los empleadores, trabajadores y el estado.

Ministerio de Salud. Nicaragua

<http://www.minsa.gob.ni/>

El objetivo de este Ministerio es desarrollar un sistema de salud que haga efectivo el derecho ciudadano a la salud con equidad, con enfoque género y generacional para contribuir a reducir las inequidades existentes, mejorar las condiciones de vida de la población nicaragüense y el desarrollo del país.

**Ministerio de la Familia Adolescencia y Niñez. Nicaragua**

<http://www.mifamilia.gob.ni/>

La misión de este Ministerio es facilitar la ejecución de acciones integrales en beneficio de grupos de población vulnerable, niñez desvalida y abandonada, adultos mayores y a las personas con capacidades diferentes buscando soluciones de autosostenimiento.

Caja de Seguro Social (CSS). Panamá

www.css.org.pa

La Caja de Seguro Social tiene por objetivo garantizar a los asegurados el derecho a la seguridad de sus medios económicos de subsistencia frente a la afectación de estos medios, en casos de retiro por vejez, enfermedad, maternidad, invalidez, subsidios de familia, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Ministerio de Salud. Panamá

<http://www.minsa.gob.pa>

El Ministerio de Salud ha sido creado para la ejecución de las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud que por mandato constitucional son de responsabilidad del Estado. Como órgano de la función ejecutiva el Ministerio de Salud tiene a su cargo la determinación y conducción de la política de salud del Gobierno en el país y está investido de las prerrogativas y facultades que la Constitución y la Ley otorgan a los Ministerios de Estado.

Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Panamá

<http://www.mides.gob.pa/>

El Ministerio de Desarrollo Social es el ente rector de las políticas sociales del Estado panameño. Esta institución lidera la inversión social para el fortalecimiento de las habilidades y capacidades del capital humano del país para lograr la sostenibilidad del desarrollo nacional. Igualmente, el Mides vela por la protección social y la regulación de la calidad de los servicios, tendientes a prevenir la exclusión social y compensar sus consecuencias.

Instituto de Previsión Social. Paraguay

www.ips.gov.py/

El Instituto de Previsión Social de Paraguay tiene como misión garantizar la prestación de servicios del seguro social a sus asegurados y beneficiarios con calidad, mediante la búsqueda de la excelencia en la administración de sus recursos, contribuyendo al bienestar de la población.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay

<http://www.mspbs.gov.py/>

La misión del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es contribuir a la producción y la administración del conocimiento, y a la ampliación de la cobertura sanitaria, la calidad de la atención y la participación social, dentro del marco de la equidad y el desarrollo humano sostenible.

Secretaría de Acción Social. Paraguay

<http://www.sas.gov.py>

La Misión del SAS es liderar y coordinar el diseño y la implementación de la política social del Estado.

Dirección General de Adultos Mayores (DAM). Paraguay

http://www.sas.gov.py/xhtml/DGPSyDH/dgpsydh_dadulmayores.html

Actualmente la Dirección de Adultos Mayores, dependiente de la Dirección General de Protección Social y Desarrollo Humano, se encuentra trabajando dos ejes de acción en relación a los adultos mayores, siendo el primer eje el Programa a Lisiados y Veteranos de la Guerra del Chaco y el segundo eje de acción el Fondo Concursable de Proyectos de Promoción e Integración Social

de Adultos Mayores, cada una de estas iniciativas con diferentes objetivos, apuntando a una sola meta, el bienestar y protección social del adulto mayor.

Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). Perú

<http://www.mimdes.gob.pe>

Ministerio rector de políticas públicas en materia de equidad de género, protección y desarrollo social de poblaciones vulnerables y que sufren exclusión, garantizando el ejercicio de sus derechos a fin de ampliar sus oportunidades, mejorar su calidad de vida y promover su realización personal y social.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Perú

<http://www.minsa.gob.pe>

El Ministerio de Salud tiene la misión de proteger la dignidad personal, promoviendo la salud, previniendo las enfermedades y garantizando la atención integral de salud de todos los habitantes del país; proponiendo y conduciendo los lineamientos de políticas sanitarias en concertación con todos los sectores públicos y los actores sociales. La persona es el centro de nuestra misión, a la cual nos dedicamos con respeto a la vida y a los derechos fundamentales de todos los peruanos, desde antes de su nacimiento y respetando el curso natural de su vida, contribuyendo a la gran tarea nacional de lograr el desarrollo de todos nuestros ciudadanos. Los trabajadores del Sector Salud somos agentes de cambio en constante superación para lograr el máximo bienestar de las personas.

Instituto da Segurança Social de Portugal

www.seg-social.pt

El Instituto tiene la tarea de administrar los regímenes de seguridad social, incluido el tratamiento, recuperación y rehabilitación de la enfermedad o invalidez por riesgos profesionales, el reconocimiento de los derechos y obligaciones derivados de los regímenes de seguridad social y el ejercicio de la Acción Social además de garantizar la aplicación de los instrumentos internacionales de Seguridad Social y Acción Social.

Ministerio de Salud. Portugal

<http://www.min-saude.pt/portal>

El Ministerio de Salud es el departamento gubernamental que se encargará de definir la política nacional de salud, para ejercer las funciones normativas correspondientes y promover su aplicación y evaluar los resultados.

Ministério de Trabalho e da Solidaridade Social de Portugal.

www.mtss.gov.pt

Tiene la tarea de definir, la conducción y la aplicación de las políticas de empleo, la formación, las relaciones profesionales, laborales y las condiciones de trabajo y la seguridad social, así como la coordinación de las políticas familiares, la integración de las personas con discapacidad y la lucha contra la pobreza y la promoción de la inclusión social.

Caja Andorrana de Seguridad Social (CASS). Principado de Andorra

<http://www.cass.ad/>

Es el organismo que administra el régimen andorrano de seguridad social en su vertiente de enfermedad y pensiones.

Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS). República Dominicana

www.idss.org.do

El Instituto Dominicano de Seguros Sociales (IDSS) es una institución cuya función principal es la prestación de servicios a los trabajadores privados asegurados y las compensaciones económicas de los pensionados y accidentados de trabajo.



Consejo Nacional de la Persona Envejeciente (CONAPE). República Dominicana

<http://www.conape.gob.do/>

El Consejo Nacional de la Persona Envejeciente tiene como misión promover y ejecutar políticas públicas; identificar, formular y establecer programas y proyectos orientados al logro del pleno respeto a los derechos que asisten al adulto mayor: derecho a la educación, cultura y recreación, al bienestar, al empleo, a la salud, a vivienda, seguridad y respeto a su dignidad.

Banco de Previsión Social. Uruguay

<http://www.bps.gub.uy/>

En el Uruguay el Banco de Previsión Social (BPS) es el organismo encargado, por mandato de la Constitución y de las leyes, de planificar, coordinar y administrar la seguridad social para un amplio colectivo de trabajadores entre los que se destacan los de la industria, el comercio, el agro, la construcción y los funcionarios públicos.

Ministerio de Desarrollo Social de Uruguay

www.mides.gub.uy

El Ministerio de Desarrollo Social, es el responsable de las políticas sociales nacionales, así como la coordinación (tanto a nivel sectorial como territorial), articulación, seguimiento, supervisión y evaluación de los planes, programas y proyectos, en las materias de su competencia, propendiendo a la consolidación de una política social redistributiva de carácter progresivo. Asimismo, es misión de éste ministerio contribuir al desarrollo de escenarios de participación social que permitan el fortalecimiento de la ciudadanía activa de las y los uruguayos, promoviendo la más amplia integración de los protagonistas a sus actividades.

Ministerio de Salud Pública. Uruguay

<http://www.msp.gub.uy/>

El Ministerio de Salud Pública de Uruguay desarrolla, dentro de sus programas de salud, el Programa Nacional del Adulto Mayor, PRONAM, que tiene como objetivo promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas entre el estado y la sociedad civil.

Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS). Venezuela

<http://www.ivss.gov.ve/>

El Instituto Venezolano de los Seguros Sociales es una institución pública, cuya razón de ser es brindar protección de la Seguridad Social a todos los beneficiarios en las contingencias de maternidad, vejez, sobrevivencia, enfermedad, accidentes, incapacidad, invalidez, nupcias, muerte, retiro y cesantía o pérdida de empleo, de manera oportuna y con calidad de excelencia en el servicio prestado, dentro del marco legal que lo regula.

Instituto Nacional de Servicios Sociales (INASS). Venezuela

<http://www.inass.gob.ve/>

La misión del Instituto es fomentar y ejecutar políticas, planes y estrategias en materia de servicios sociales, para garantizar los derechos de los Adultas y Adultos Mayores y Otras Categorías de Personas, propiciando la participación e integración ciudadana, en articulación y coordinación con los entes públicos y privados, a fin de mejorar su calidad de vida, contando con un personal calificado y comprometido con el desarrollo social del país.

Ministerio del Poder Popular para la Salud de Venezuela

<http://www.mpps.gob.ve/>

El Ministerio del Poder Popular para la Salud es un organismo del estado venezolano que coordina, controla, administra y supervisa las operaciones y servicios de salud de los venezolanos.

Edita: Secretaría General de la OISS

c/ Velázquez, 105, 1.º planta

Tels.: 91 561 17 47 / 91 561 19 55

Fax: 91 564 56 33

Correo electrónico: sec.general@oiss.org

28006 Madrid

www.oiss.org

Diseño, maquetación e impresión: Global Diseña

Depósito legal: M-1148-2012

Enero 2012

