Envejecimiento, género y políticas públicas

Coloquio regional de expertos

Sandra Huenchuan

Adriana Fassio

Sergio Antonio Carlos

Paulina Osorio

Ariel Miño Worobiej

Karina Batthyany

Fernando Berriel

María Carbajal

Maite Ciarniello

Mónica Lladó

Mariana Paredes

Compiladores: EQUIPO NIEVE

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA URUGUAY

nieve Estudios sobre Vejez y Envejecimiento

UNFPA Fondo de Población de las Naciones Unidas

Naciones Unidas Uruguay Unidos en la Acción

© 2010, Sandra Huenchuan, Adriana Fassio, Sergio Antonio Carlos, Paulina Osorio, Ariel Miño Worobiej, Karina Batthyany, Fernando Berriel, María Carbajal, Maite Ciarniello, Mónica Lladó y Mariana Paredes

© 2010, Observatorio de Envejecimiento y Vejez
© 2010, NIEVE - Espacio Interdisciplinario - Universidad de la República
© 2010, UNFPA

Editorial:
Lucida Ediciones
lucidaediciones@gmail.com

Edición:
Carla Chiappara

Diseño editorial y de tapa:
María Fernández Russomagno

Corrección:
María Eugenia Martínez

Impreso en Uruguay:
ZONALIBRO - San Martín 2437

ISBN: 978-9974-0-0697-3

Primera edición: diciembre de 2010

Los textos incluidos en esta publicación no reflejan necesariamente las opiniones del UNFPA. Este documento es para distribución general. Se reservan los derechos de autoría y se autorizan las reproducciones y traducciones siempre que se cite la fuente. Queda prohibido todo uso de esta obra, de sus reproducciones o de sus traducciones con fines comerciales.

Indice

Prólogo 7

Introducción 9

Capítulo 1:
Panorama regional del envejecimiento, género y políticas públicas 13

Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales 15

Capítulo 2:
Panorama sobre políticas públicas en la región 33

Envejecimiento, género y políticas sociales en Argentina. Reflexión a partir del paradigma de derechos 35

Mesa redonda: panorama sobre políticas públicas en la región 51

Algunos aspectos de las políticas públicas dirigidas a los adultos mayores en Brasil 51

Envejecimiento, género y políticas en Chile 59

Paraguay: Un acercamiento a la situación de las personas mayores 71

Adultos mayores, género y cuidados 91

Capítulo 3:
Envejecimiento y políticas públicas en Uruguay 99

Estudio de la significación social
del envejecimiento en Uruguay 101

El envejecimiento y la vejez desde la perspectiva
de los actores políticos 119

El caso de la enfermedad de Alzheimer en las políticas de salud..... 143

Capítulo 4:
Políticas públicas en la agenda. Perspectivas de la sociedad civil 159

Políticas públicas: perspectivas de la sociedad civil desde la
Red de Organizaciones de Personas Adultas Mayores 161

Representante de la regional Este de la Organización Nacional
de Jubilados y Pensionistas del Uruguay 165

Capítulo 5:
Relatorías 167

Mesa de trabajo: Aportes a la construcción de
políticas de envejecimiento en Uruguay 169

Mesa de trabajo: Políticas públicas en la agenda.
Intercambio con autoridades nacionales y organizaciones sociales 173

Bibliografía 175

Los autores 189

Prólogo

Es una satisfacción para mí, en nombre del Sistema de las Naciones Unidas en Uruguay y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), haber participado en el proceso que llevó a la elaboración del libro que hoy tienen en sus manos.

Contiene las presentaciones del coloquio «Envejecimiento, género y políticas públicas», que reunió a especialistas de toda la región para abordar el reto de articular estas tres dimensiones esenciales de la dinámica entre población y desarrollo. Es tarea común de todos y todas promover una sociedad inclusiva, que tenga en cuenta las diferencias generacionales.

Es significativo que este coloquio se haya celebrado en Uruguay, uno de los países más envejecidos de la región. Afrontar esta situación supone no solo un desafío importante para el país, sino también una oportunidad y un ejemplo para otras sociedades de la región que iniciarán procesos parecidos en los próximos años. Muchos países latinoamericanos en vías de desarrollo se encontrarán en situaciones similares en el futuro próximo.

Asimismo, que cada vez más personas vivan más años, con mejor salud y en mejores condiciones de vida, es un testimonio positivo del éxito del modelo de desarrollo de una sociedad. Por lo tanto, es un fenómeno al que hay que mirar con optimismo.

Uruguay posee una importante tradición de protección de las personas mayores y presenta los menores niveles de pobreza continental en ese tramo de edad. El Instituto Nacional de Previsión Social, el sistema de salud y las políticas de protección localizadas en otros organismos claves del Estado han sido fundamentales en estos logros. Hoy el desafío es extender y repensar la red de protección para la población de mayor edad y abordar aspectos que hasta ahora quedaban en la órbita de lo privado.

Las proyecciones de población pronostican que en el futuro próximo Uruguay presentará una estructura con una alta proporción de personas de la tercera edad. También se experimentará un proceso que puede denominarse *envejecimiento del envejecimiento*. Significa que en el grupo de mayores de 60 años se incrementará la proporción de personas de 75 años y más. Esto trae consigo desafíos no solo fiscales y de cobertura en materia de salud y pensiones, sino también de cuidados.

En este sentido, el proceso de envejecimiento de la población uruguaya está altamente relacionado con el debate sobre la creación de un *sistema nacional de cuidados*. Diferentes agencias de Naciones Unidas (entre ellas PNUD, UNICEF, UNIFEM y UNFPA) están apoyando ese proceso, incluyendo programas conjuntos en el marco de «Unidos en la Acción», una iniciativa para la reforma de las Naciones Unidas en la que Uruguay participa como uno de los ocho países pilotos.

En otros aspectos, las encuestas sobre el uso del tiempo nos han permitido confirmar y dimensionar situaciones que a priori considerábamos que sucedían en nuestra sociedad: las personas en situación de dependencia (niños, adultos mayores o personas con discapacidad) necesitan cuidados que el Estado y el mercado no siempre proveen. La carga de ese cuidado recae desproporcionadamente sobre los hombros de las mujeres y afecta su calidad de vida al tornarlas *pobres en tiempo*. Esta situación limita las oportunidades de trabajo remunerado y de desarrollo profesional en otros ámbitos. Para las mujeres de menores ingresos estas dificultades se hacen todavía más graves.

Por esta razón, el enfoque de género resulta esencial, no solo desde la perspectiva de las personas cuidadas, sino también para quienes las cuidan. Y, por ello, es un tema central buscar sistemas de cuidado justos, que promuevan una mayor igualdad.

Ya hay parte del camino recorrido. La cobertura y el incremento real de las jubilaciones y pensiones, las soluciones habitacionales para adultos mayores y el Sistema Nacional de Salud han permitido avances en la protección de las personas mayores en Uruguay. Asimismo, el Instituto de Seguridad Social ha desplegado una notoria capacidad para incrementar la formalización y cobertura de los actuales trabajadores y futuros jubilados y pensionistas. Sin embargo, como se sugiere en este trabajo, queda aún mucho para avanzar y amplios desafíos para abordar.

Me gustaría agradecer la excelente labor del Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento (NIEVE) de la Universidad de la República, una institución que hizo posible el coloquio. Desde una perspectiva regional y con un enfoque de género, el encuentro nos permitió apuntar líneas de trabajo con las que mejorar las políticas públicas orientadas a las personas adultas mayores. De ahí que les invite a leer el libro, que sin duda nos servirá para reflexionar sobre un fenómeno que en los próximos años será central para toda América Latina: el envejecimiento.

Susan McDade

Coordinadora residente de las Naciones Unidas y representante
del Fondo de Población de las Naciones Unidas en Uruguay.

Introducción

El envejecimiento poblacional en el Cono Sur representa un desafío social que asumimos al proponer, desde la producción de conocimiento académico, insumos y estrategias que aporten a las políticas públicas.

Si bien el tema está instalado en la agenda internacional y regional (Madrid, 2002; Santiago, 2003; Brasilia, 2008) no necesariamente genera compromisos vinculantes en los distintos países que han estado presentes en estas reuniones y suscripto los acuerdos. Uruguay tiene mucho camino en materia de políticas públicas y envejecimiento y puede ser un ejemplo para la región en más de un aspecto. Por un lado, por ser el país más envejecido de América Latina. Por otro, por tener un nivel avanzado de institucionalización en materia de políticas públicas y de desarrollo avanzado de organizaciones de la sociedad civil.

A pesar de que se ha iniciado el camino, la urgencia de hacer operativa la agenda sobre envejecimiento y vejez plantea la necesidad del intercambio entre los centros de producción de conocimiento de la región, para poder dar cuenta del desafío al que nos enfrenta el envejecimiento demográfico de nuestras sociedades.

Por esta razón, en el marco de las actividades del Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento (NIEVE) se convocó al diálogo entre expertos de la región para intercambiar perspectivas sobre la realidad demográfica y las distintas situaciones sobre el envejecimiento y la vejez en los países del Cono Sur.

El NIEVE tiene como objetivo desarrollar la investigación, la enseñanza y la extensión universitaria sobre los temas de envejecimiento y vejez en Uruguay, mediante enfoques interdisciplinarios que atiendan los aspectos demográficos, sociales, psicológicos, culturales y políticos relativos a este proceso.

Los enfoques interdisciplinarios se relacionan con la producción vinculada al desarrollo que ha tenido este tema, básicamente desde disciplinas como la psicología, la sociología, la demografía y la psicogerontología. Se busca conocer los desarrollos demográficos en forma integrada al conocimiento de los procesos psicosociales que se hallan imbricados en su producción junto con las dimensiones sociales y económicas tradicionalmente consideradas por la demografía.

El estudio del envejecimiento como proceso psicosocial supone un análisis desde una perspectiva que atienda especialmente el sentido que las personas de distintas generaciones le atribuyen al envejecimiento y la vejez, a partir del análisis de las representaciones sociales. La dimensión generacional y la perspectiva intergeneracional se vuelven un eje a través del cual analizar el contexto demográfico y las representaciones sociales sobre el envejecimiento y la vejez presentes en la sociedad uruguaya.

A esta perspectiva hay que incluir la cuestión de género, dado su escaso desarrollo en el campo de la gerontología y de las políticas sociales referidas al envejecimiento y la vejez. El tema de género atraviesa el enfoque de envejecimiento y políticas públicas tanto desde la perspectiva del propio proceso de envejecimiento como de las políticas que atienden de manera diferencial las consecuencias de este proceso en materia de cuidados y cuidadores.

El conocimiento de la situación del envejecimiento y la vejez, desde los diversos puntos de vista, es necesario para la profundización analítica y la generación de insumos para elaborar políticas pertinentes y eficientes.

La tradición de la Universidad de la República de producir conocimiento comprometido con la agenda pública nos compelió a convocar a nuestros pares del Cono Sur. Porque entendemos que aún se está lejos de encontrar políticas públicas basadas en conocimientos científicos producidos en la región, pese a todos los acuerdos establecidos en la asambleas mundiales y conferencias regionales.

Investigar sobre la temática implica reforzar el compromiso de continuar o emprender —según cada país— un proceso de implementación de los instrumentos adecuados para la elaboración de políticas sociales articuladas e integrales respecto al envejecimiento y la vejez.

Este libro da cuenta de la producción y el intercambio que resultó del coloquio regional de expertos en envejecimiento, género y políticas públicas. La reunión tuvo lugar los días 9 y 10 de setiembre de 2010 en el paraninfo, la sala Maggiolo y el Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República. El evento contó con el apoyo del Espacio Interdisciplinario y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Se reunió a investigadores, especialistas y actores políticos —del Estado y de la sociedad civil— con el compromiso de concretar tres metas: atender la necesidad de intercambio regional sobre la temática, acordar criterios de estudio y seguimiento y favorecer instancias de discusión entre las diversas aproximaciones teórico-políticas.

Esta publicación es un primer producto que permitirá continuar en un proceso de intercambio cada vez más fructífero. Pretende ser fiel al encuentro, que buscó el diálogo y el compromiso de los diferentes actores, y por eso está organizada prácticamente de la misma forma en que se realizaron las mesas de trabajo.

Sin embargo, no se incluirá en el libro la presentación del Observatorio de Envejecimiento y Vejez ni el material de la mesa correspondiente a «Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano».

El primero porque se presentó como un instrumento en constante movimiento, que tiene el objetivo de dar cuenta de la situación de la vejez y el envejecimiento en

Uruguay. Es, en efecto, uno de los principales programas permanentes del NIEVE y se propone trabajar sobre tres áreas de acción: 1) indicadores sociodemográficos, 2) acciones sociales y políticas sobre vejez y 3) representaciones sociales de la vejez. Todos estos temas pretenden abarcar la realidad nacional, profundizando en un segundo plano en el alcance y la comparabilidad regional.

El material correspondiente a los indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez es el primer producto del Observatorio; una publicación que fue posible gracias al apoyo de la Comisión Sectorial de Investigación (CSIC) y el Fondo de Población de Naciones Unidas. El segundo producto del Observatorio refiere a la visión del envejecimiento y la vejez en las políticas públicas y está contenido en este libro.

En ocasión de la presentación del libro «Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano», realizada en la primera tarde del coloquio, la doctora Sandra Huenchuan, de la División de Población de CEPAL/CELADE, realizó algunas observaciones que compartiremos aquí.

Huenchuan planteó la responsabilidad política de contemplar el trabajo sobre los indicadores como la base de un primer diagnóstico y de ahí en adelante reflexionar sobre qué es lo que se quiere como país, pensando en la concreción de un plan nacional de envejecimiento y en la implementación del Instituto Nacional del Adulto Mayor. Y subrayó la responsabilidad el grupo NIEVE en particular y de las universidades en general respecto a seguir profundizando en nuevos temas y preguntas.

A partir de algunas brechas que se abren en el estudio, sugirió continuar estudiando las desigualdades internas de la población mayor, ya que se tiende a tratar a la población en edad avanzada como un grupo homogéneo, pero se debería observar qué pasa con las diferencias de género, étnico raciales, territoriales. Es decir, no se debe tender a homogenizar a la población del Uruguay, perdiendo de vista las características de poblaciones específicas.

También planteó la necesidad de seguir trabajando sobre la generación de nuevos datos, nuevas fuentes y nuevas herramientas para interpretar la información. Mencionó especialmente la necesidad de que Uruguay incorpore en las encuestas de hogares un módulo específico sobre vejez, por ser el país más envejecido de América Latina.

Además, propuso prestar especial atención al área de entornos sociales y físicos de los adultos mayores. Es el tema en el que hay más carencia de datos; datos que podrían ser insumos de particular relevancia de cara a la creación del Instituto Nacional del Adulto Mayor. En este contexto, consideró fundamental la producción de la Universidad, en tanto que para dialogar en política pública son necesarios insumos de diversa índole que permitan argumentar las intervenciones estatales.

En las páginas que siguen se plasmará el resultado del coloquio y se intentará proporcionar un panorama actualizado del envejecimiento y las políticas públicas de la región, atravesado por una perspectiva de género —dimensión ineludible para abordar la temática—. Se ponen a disposición estos artículos que durante las jornadas se discutieron y enriquecieron con los distintos actores políticos, tanto estatales como de la sociedad civil, con la intención de contribuir a la discusión y el debate.

No podemos dejar de agradecer la presencia de la coordinadora residente del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en Uruguay, Susan McDade; del rector de

la Universidad de la República, Rodrigo Arocena; del ministro de Salud Pública, Daniel Olesker; del director del Instituto Nacional de Seguridad Social, Ernesto Murro; del director nacional de Política Social, Daniel Scagliola; de la responsable del Área de las Personas Adultas Mayores del MIDES, Adriana Rovira; de la coordinadora general de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, Graziella Romiti; del representante auxiliar del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Fernando Filgueira; del responsable de Comunicación del UNFPA, Raúl de Mora Jiménez y, por la División de Población CELADE-CEPAL, de Sandra Huenchuan. Sus presencias contribuyeron a señalar la relevancia de este tema para el país.

Para la gestión y organización del coloquio fue imprescindible el apoyo brindado por J. Daniel González y Victoria Licandro, del equipo NIEVE. Los restantes integrantes del equipo, Fernando Berriel, Nicolás Brunet, María Carbajal, Maite Ciarniello, Mathias Nathan y Pérez, contribuyen a fortalecer lo que es hoy un núcleo consolidado en el país en temas de envejecimiento y vejez.

A las compañeras del Espacio Interdisciplinario Lidia Silva, Maida Silva, al compañero Alvérico Hernández y a toda la unidad académica, un agradecimiento por la disposición y la energía de cada día, que contribuyen a tener un espacio privilegiado para trabajar.

También agradecemos la colaboración para el registro de las auditorías de Andrea Bechlian, Sara García y Analía Fraigola, y de Victoria Licandro para su transcripción y unificación. El aporte de J. Daniel González fue fundamental en la traducción y armado del “puzle” que implica una construcción colectiva como este libro.

Sin la colaboración de los asistentes al coloquio, tanto expositores, invitados extranjeros y nacionales, escuchas y discutidores, este trabajo sería imposible. Reconocemos esta como una tarea de todos. Muchas gracias.

Mónica Lladó y Mariana Paredes
Responsables de equipo NIEVE

Montevideo, octubre de 2010

Capítulo 1:
Panorama regional del envejecimiento, género y políticas públicas

Envejecimiento y género: acercamiento a la situación específica de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales

Dra. Sandra Huenchuan

Introducción

Debido a la supervivencia femenina en las edades avanzadas, los problemas de la vejez son, en su mayoría, de las mujeres. Por lo tanto, lejos de ser una bonificación, sus años de más se pueden caracterizar por enfermedad, pobreza, dependencia, soledad e institucionalización. Por eso, cuando se habla de calidad de vida más que de su cantidad, los hombres tienen la ventaja. Ellos mantienen su salud por más tiempo y así sus años de expectativa de vida e independencia activos son mayores (Katz, 1983).

Si bien esta situación es conocida, lo cierto es que las mujeres mayores constituyen el mayor grupo demográfico que aún no se ha erigido como una categoría teórica de relevancia para las ciencias sociales en general. Esta desconexión entre género y envejecimiento entorpece la interpretación de los efectos sociales de este proceso en las funciones, relaciones e identidad de mujeres y hombres en la vejez (Arber y Ginn, 1995).

Aunque los estudios de las personas mayores suelen tener en cuenta el sexo como una variable importante para los indicadores sobre el envejecimiento poblacional, lo cierto es que está poco desarrollado en teoría social. Los teóricos que se ocupan del envejecimiento y la vejez suelen *agregar* el género, tratándolo como una variable, pero no como algo fundamental en la organización de la sociedad (Mc Mullin, 1995).

Como resultado, se suele interpretar la vida de las mujeres mayores a partir de los paradigmas ya establecidos, muchos de los cuales pasan por alto las relaciones de edad. Con ello se insiste en la distancia que separa a las mujeres mayores del arquetipo dominante, sea que se refiera al varón en edad productiva o a las mujeres en edad reproductiva. Esto se aprecia claramente en la teoría de economía política del envejecimiento que incluye a la mujeres pero no modifica el modelo vigente y en las teorías feministas que no logran conceptualizar claramente el ciclo de vida como un componente intrínseco de su análisis (Huenchuan, 1999).

Combinar el género y la edad tiene un efecto multiplicador que puede contribuir a la comprensión de las vidas de las mujeres. Implica reconocer que el envejecimiento femenino es diferente al masculino y que, con frecuencia, conlleva un doble riesgo para las mujeres, derivado de su género y de su edad (Posner, 1977).

En efecto, hombres y mujeres sufren discriminación en la vejez, pero su experiencia es diferente. Las relaciones de género estructuran el ciclo de vida desde el nacimiento hasta la edad madura e inciden en el acceso a los recursos y en las oportunidades, además de configurar las opciones de vida en todos los estadios vitales. Prueba de ello es que la vulnerabilidad a la que se ven expuestas las mujeres mayores se puede originar en las inequidades de acceso a la educación en las edades tempranas o en las dificultades para mantener un empleo estable durante toda su vida laboral (Begum, 2010).

En muchos casos, aunque las mujeres disfruten de autonomía y buena salud, no es suficiente. Las expectativas subjetivas y de la sociedad con respecto a la madurez es una construcción cultural y dependen no solo de la edad sino también del género, como una variable diferenciadora central. Así, la vida de las mujeres mayores se desenvuelve dentro del marco de normas sociales que rigen sus roles, comportamientos y funciones, parte de los cuales se encuentran arraigados en concepciones anacrónicas sobre la vejez o bien se fundamentan en estereotipos altamente negativos sobre esta etapa de la vida.

De esta manera, en la vejez las mujeres pueden ver agudizados los problemas que deben enfrentar. Su mayor longevidad implica que un alto porcentaje de ellas se encuentre en situación de viudez, lo que conlleva muchas veces soledad y abandono.

Por otra parte, las mujeres mayores, por lo general, tienen menos años de estudio, reciben menores ingresos que los hombres durante su vida laboral y llegan a la vejez con desventajas económicas y sociales. Aun así, muchas continúan desempeñando un papel importante en la familia, como jefas de hogar o encargadas de la crianza de los menores dependientes. Incluso, en edades avanzadas, pueden ser la única fuente de provisión de cuidados ante situaciones de enfermedad y discapacidad.

Ambos elementos (la construcción cultural negativa de la vejez femenina y la continuidad de las desigualdades de género) suelen con frecuencia ser reforzados por las instituciones políticas y jurídicas. Ello ha sido reconocido en diferentes informes y resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, muchas de las cuales llaman la atención a los Estados miembros acerca de que la segregación por motivos de edad, sumada a los estereotipos del sexo, agudiza aun más los problemas sociales y económicos de las mujeres mayores, las que a menudo son consideradas como beneficiarias del desarrollo y no contribuyentes a él (CEDAW, 1999).

En este documento se presenta un panorama general de la situación de las mujeres mayores, desde una perspectiva de género, en los ámbitos de seguridad económica, salud y cuidados. Y se exponen brevemente las recomendaciones internacionales que existen en relación a sus derechos.

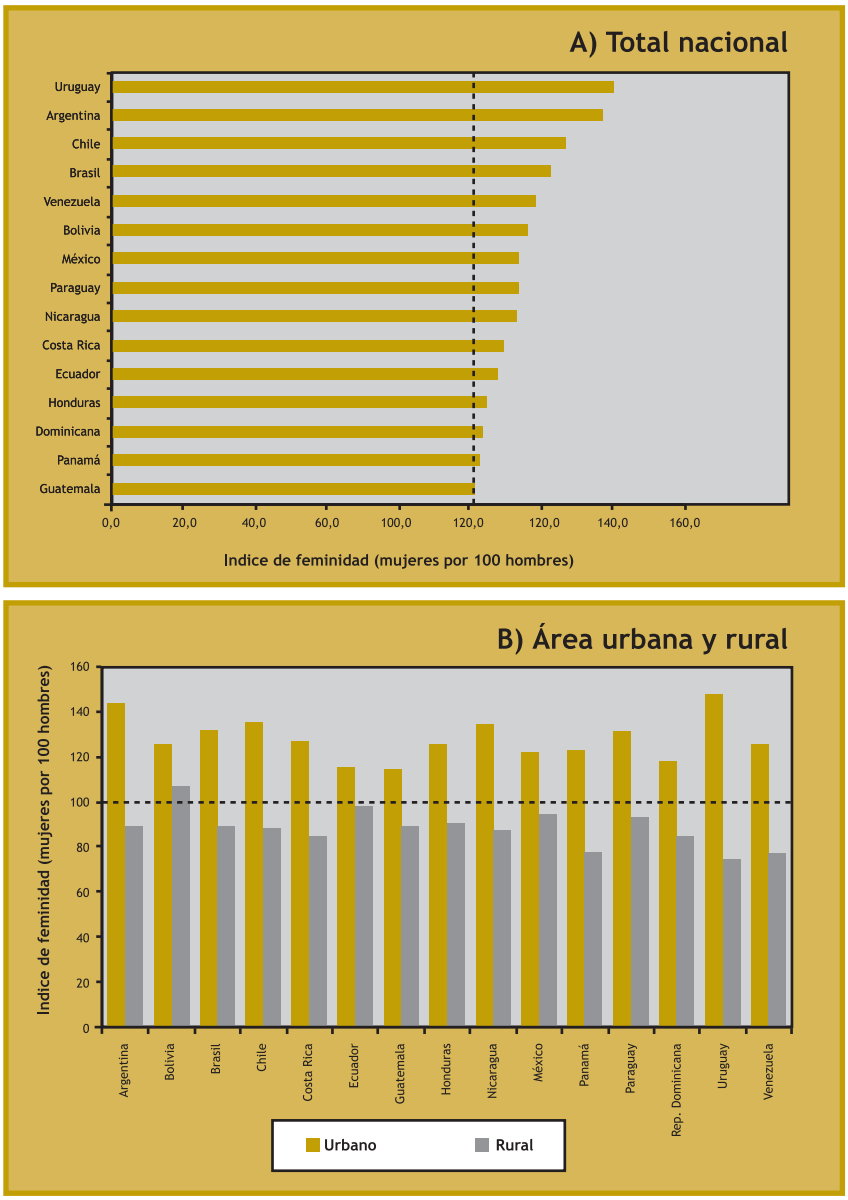
La población en edad avanzada y su composición según sexo[1]

En la actualidad, en América Latina y el Caribe, la población de 60 años y más suma algo más de 53 millones de personas, lo equivale al 9% de la población total. De esos 53, 29 millones son mujeres, que representan el 55% de la población adulta mayor y el 10% de la población femenina. Los hombres suman 24 millones y representan el 45% de la población adulta mayor y el 8,3% de la población masculina (Naciones Unidas, 2007).

1 Esta sección fue extraída de Sandra Huenchuan (2009), *Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas*, Libro 100 de la CEPAL, 2009.

El índice de feminidad en la población de edad avanzada en la región es de 121 mujeres por cada 100 hombres. Este predominio femenino suele acentuarse en los países con una esperanza de vida a los 60 años más elevada. Y se suma el hecho de que la brecha entre mujeres y hombres se ensancha a medida que la población envejece.

Gráfico 1: América Latina y el Caribe (países seleccionados). Índice de feminidad de la población de 60 años y más. Total urbano y rural. Censos de 2000.



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, sobre la base de microdatos censales de los países de la región.

Según los censos de la ronda del año 2000, Uruguay, Argentina y Chile tienen los índices más altos de feminidad en este grupo etario (entre 130 y 140 mujeres por cada 100 hombres). Panamá y Guatemala, en cambio, presentan los valores más bajos, aunque superiores a 100 (véase el gráfico 1.a). También se verifican diferencias de género según el área de residencia de las personas mayores: en las áreas urbanas hay un predominio femenino y en las rurales el índice es favorable a los hombres. En casi todos los países analizados el índice de feminidad en las áreas rurales es inferior a 100 (véase el gráfico 1.b). Lo anterior puede ser resultado de que, desde hace tiempo, las ciudades han sido más atractivas para las mujeres, por lo que la migración rural-urbana del pasado tuvo un importante componente femenino, que aumentó la proporción de mujeres en las ciudades.

El predominio femenino está en directa relación con las diferencias en la expectativa de vida a los 60 años, que, por lo general, es mayor para las mujeres. En el pasado, los años que les restaba por vivir a las personas de 60 años eran muy similares entre hombres y mujeres. Sin embargo, a medida que fue descendiendo la mortalidad (en particular, la materna) y aumentó la esperanza de vida de la población, la brecha entre hombres y mujeres se fue acentuando.

Esta diferencia no es igual para todos los países de la región. Según las estimaciones y proyecciones para el período 2000-2005, Uruguay y Argentina exhiben la brecha más amplia, pues las mujeres de más de 60 años vivirían, en promedio, cinco años más que los hombres, alcanzando los 83 años de vida.

Guatemala, en cambio, no presenta diferencias entre hombres y mujeres (ambos vivirán 19,8 años más) y en Haití las mujeres mayores vivirán en promedio solo un año más que los hombres. Si bien esta diferencia seguirá vigente en las próximas décadas, no existe una tendencia única en la región, ya que en algunos países se continuará ampliando y en otros podría hacerse menos ostensible (véase el cuadro 1).

Cuadro 1: América Latina y el Caribe (países seleccionados): diferencia en años de sobrevivencia entre hombres y mujeres a los 60 años, 1950-2050.

Países	Diferencias en años de sobrevivencia entre hombres y mujeres a los 60 años				
	1950-1955	1975-1980	2000-2005	2025-2030	2045-2050
Argentina	2,9	4,1	5,0	5,4	5,5
Bolivia	1,1	1,2	1,9	2,8	3,6
Brasil	0,6	0,8	3,0	3,7	4,3
Chile	2,3	3,0	3,7	4,3	4,7
Colombia	1,1	1,6	2,2	3,1	3,4
Costa Rica	1,0	2,3	2,7	3,4	3,8
Cuba	0,7	2,0	2,3	3,1	3,4
Ecuador	1,3	1,3	2,1	3,1	3,7
El Salvador	1,1	2,9	3,1	3,9	4,4
Guatemala	0,4	1,0	0,0	2,8	3,8
Haití	0,3	0,6	1,1	2,3	3,2
Honduras	0,9	1,6	2,6	3,2	3,7
México	1,0	1,9	1,8	2,8	3,2
Nicaragua	1,4	2,2	1,7	3,3	3,7
Panamá	1,1	1,9	2,0	3,2	3,9
Paraguay	1,9	1,9	1,9	2,7	3,0
Perú	0,9	1,7	2,6	3,2	3,8
República Dominicana	1,1	1,8	2,4	3,3	3,7
Uruguay	3,6	4,1	5,3	5,0	4,9
Venezuela	1,2	2,6	2,1	3,2	3,9

Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL, estimaciones y proyecciones.

Como se verá más adelante, el aumento de la esperanza de vida implica que la etapa de la vejez se prolonga. Las familias han de ocuparse de sus miembros mayores por más tiempo y las mujeres irán envejeciendo al mismo tiempo que cuidan a sus descendientes y ascendientes. Una mujer que tuvo sus hijos o hijas a los 25 años puede ser madre por 45 o 55 años. A pesar de la visión tradicional que concibe que las mujeres se ocupen de los hijos y las hijas los primeros 10 años, la experiencia muestra que la responsabilidad de prestar ayuda permanece. El aumento de longevidad femenina alargará este rol, que coexistirá con el rol de hija, ya que los padres vivirán por más tiempo (Calasanti, 1996).

Las desigualdades de género en la seguridad económica en la vejez

De acuerdo a la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (1999), las desigualdades de edad y género están vinculadas a la pobreza. Y el hecho de que su mayor incidencia se exprese en las mujeres y no entre sus pares masculinos no es accidental, sino multidimensional, por cuanto nace de las múltiples desigualdades que estas sufren a lo largo de la vida.

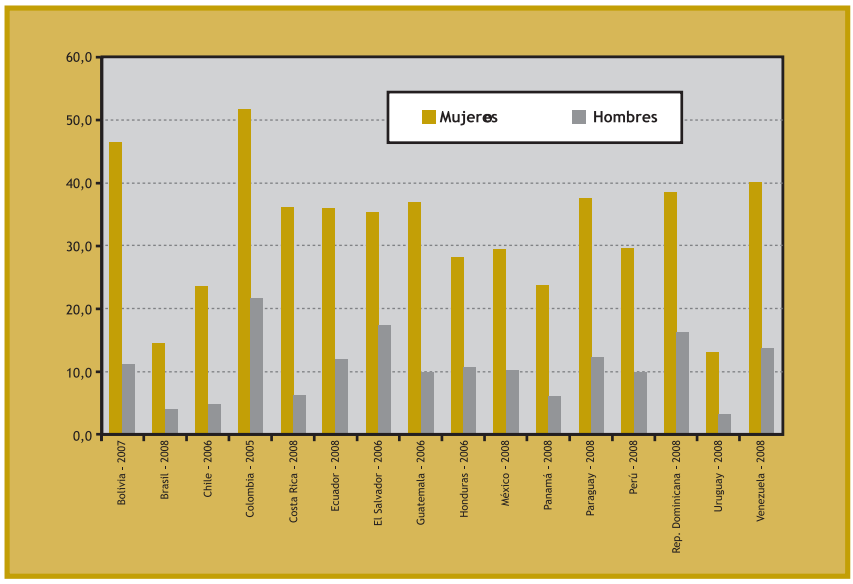
Desde esta perspectiva, el género como variable estratificadora de la situación socioeconómica en la vejez tiene su origen en la división sexual del trabajo, debido a que el rol de las mujeres en la reproducción social limita sus oportunidades de emplearse remuneradamente, limita los logros educacionales y la adquisición de conocimientos prácticos (Stone, 1999). Y cuando se insertan en el mercado laboral lo hacen en puestos con bajas remuneraciones y poco valorados, con lo que se generan desventajas económicas y sociales que se traducen en desigualdades durante la vejez. Un aspecto a destacar en este sentido son las dificultades existentes en las estructuras políticas y jurídicas. Específicamente, las leyes y tradiciones relativas al patrimonio, el crédito y la herencia suelen ser favorables a los hombres.

De acuerdo al Centro de Desarrollo Social y Asuntos Humanitarios de la Oficina de las Naciones Unidas en Viena (Naciones Unidas, 1991) “en todo el mundo las mujeres de edad tienen más posibilidades de vivir en la pobreza que los hombres”.

En efecto, los datos de las encuestas de hogares disponibles demuestran que, en la región, las mujeres mayores sufren profundas desigualdades respecto a los hombres en la situación de ingresos y muchas de ellas carecen de ingresos propios (véase el gráfico 2). Las cifras son más elevadas en el Estado Plurinacional de Bolivia, Colombia y la República Bolivariana de Venezuela, donde representan el 40% o más.

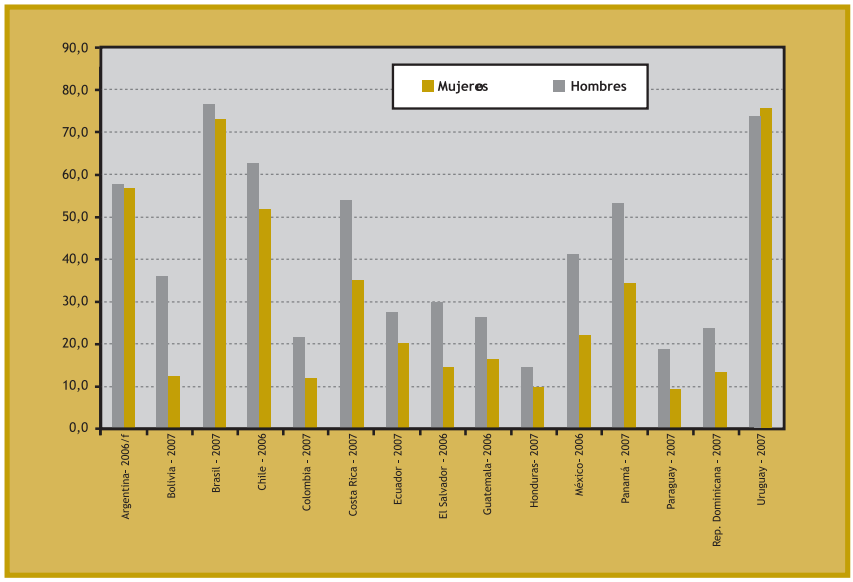
Por otra parte, su acceso al sistema de pensiones y jubilaciones también es limitado. En Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Paraguay y la República Dominicana menos del 30% de las mujeres mayores recibe ingresos por jubilación y pensión. Y en la mayoría de los países, con la excepción del Uruguay, las mujeres se encuentran en evidente desventaja con respecto a sus coetáneos (véase el gráfico 3).

Gráfico 2: América Latina (16 países): población de 60 años y más sin ingresos propios según sexo. Total nacional, alrededor de 2007.



Fuente: elaboración propia en base a **estadísticas e indicadores de género. División de Asuntos de Género de la** CEPAL.

Gráfico 3: América Latina (15 países): percepción de ingresos por jubilaciones y pensiones en la población de 60 años y más por sexo. Zonas urbanas, alrededor de 2007.



Fuente: elaboración propia en base a **estadísticas e indicadores de género. División de Asuntos de Género de la** CEPAL.

Parte de estas desigualdades se derivan de las condiciones en que se desarrolla la actividad laboral femenina a lo largo del curso vital, o de las limitaciones estructurales derivadas de las leyes y normas que rigen los sistemas de seguridad social. De tal manera, la débil perspectiva de género de las políticas públicas explica, en parte, que la protección social durante la vejez en América Latina —calculada mediante las pensiones recibidas— es en general menor para las mujeres que para los hombres.

En efecto, si bien la inserción laboral femenina registra un aumento considerable en los años 70, es más acelerada y global a fines de la década de 1980 y principios de 1990. Esto significa que las mujeres se convirtieron en participantes regulares del mercado del trabajo en un período en que las condiciones laborales se fueron restringiendo (mayor precarización y más informalidad) y los sistemas de seguridad social se estaban reformando, con consecuencias importantes en términos de acceso y cobertura contributiva.

Las mujeres, en este sentido, fueron invisibles en los procesos de reformas, que no dieron ninguna respuesta a las inequidades de género que históricamente presentaba su inserción en la actividad económica y en los sistemas de protección social. Por el contrario, las inequidades se fueron acentuando (Pautassi y Rodríguez, 2006). Como corolario, las mujeres han tenido y siguen teniendo menores ahorros previsionales y sus derechos a prestaciones y a garantías públicas son restringidos (Marco, 2004).

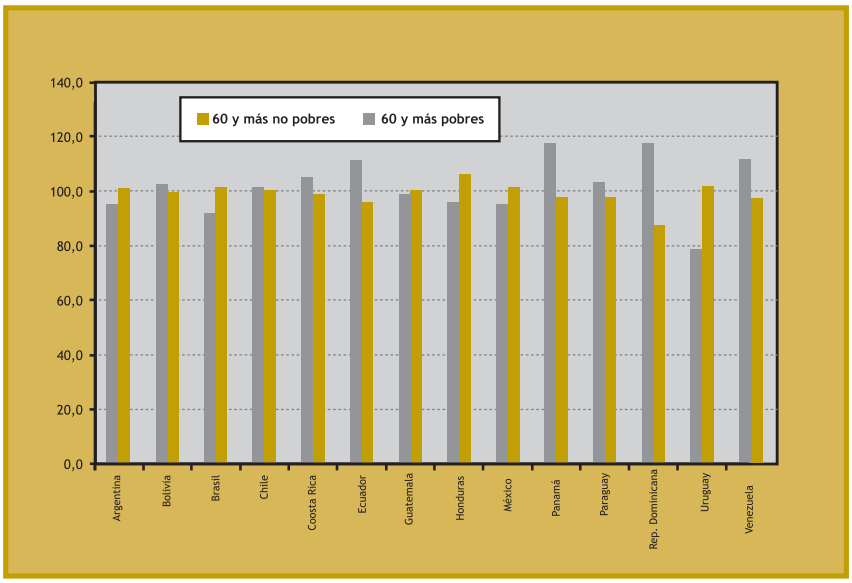
Las inequidades del sistema de transferencias públicas se traducen fácilmente en situaciones de pobreza femenina en la vejez, tal como se puede observar de los índices de feminidad de 60 años y más de los hogares pobres de algunos países de América Latina (véase el gráfico 4).

En 8 de 14 países para los que se cuenta con información, la población adulta mayor que reside en hogares pobres es mayoritariamente femenina (Estado Plurinacional de Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, Panamá, Paraguay, República Dominicana y República Bolivariana de Venezuela).

En cambio, en aquellos países con sistemas de seguridad social más sólidos y con un componente importante de pensiones no contributivas (como Argentina, Brasil y Uruguay) la situación es diferente y los índices de feminidad de la población adulta mayor descienden.

En el caso de otros países con niveles de pobreza generalizada (como Guatemala, Honduras y México) la menor presencia de mujeres mayores en hogares pobres puede deberse a transferencias privadas como remesas u otro tipo de ayuda.

Gráfico 4: América Latina (14 países): índices de feminidad de la población de 60 años y más en hogares pobres y no pobres. Zonas urbanas, alrededor de 2007.



Fuente: elaboración propia en base a **estadísticas e indicadores de género. División de Asuntos de Género de la** CEPAL.

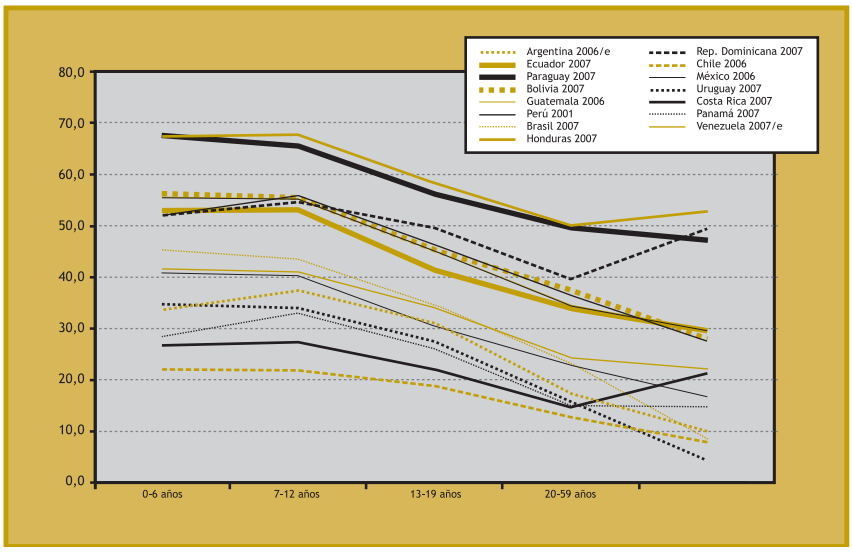
Al igual que cuando se trata el tema de pobreza en general, es importante hacer algunas diferenciaciones dentro de la población femenina. Los datos de las encuestas de hogares demuestran que en la mayoría de los países la pobreza es menos frecuente en la vejez que en otras etapas del ciclo de vida (CEPAL, 2009) y ello se repite también entre la población femenina.

En la mayoría de los países la población femenina que vive en hogares pobres disminuye a medida que avanza la edad, con la excepción de Costa Rica, Honduras y República Dominicana. En el caso de Uruguay, por ejemplo, el 4,1% de las mujeres de 60 años y más vive en hogares pobres. Esta cifra es 8 veces más elevada en las niñas menores de 6 años, en las que el valor es de 35%.

La situación regional, sin embargo, es bastante heterogénea debido a que en países donde la pobreza es extendida (como Honduras, Paraguay y República Dominicana) cerca de la mitad de la población femenina adulta mayor vive en hogares pobres. Estos porcentajes se mantienen relativamente similares en todos los grupos de edad.

En definitiva, el estudio de seguridad económica en la vejez, desde una perspectiva de género, debe obligadamente problematizar los factores que inciden en la situación y posición actual de las mujeres y hombres mayores. Por ello, si bien para los hombres es fundamental estudiar la trayectoria laboral y el funcionamiento de las transferencias del sistema de seguridad social; en las mujeres mayores se debe poner especial atención en el capital social que han logrado acumular durante su vida y en cómo este se puede ver modificado a partir de las nuevas realidades que enfrentarán las próximas generaciones de mujeres mayores.

Gráfico 5: América Latina (15 países): población femenina que vive en hogares pobres según grupos de edad. Zonas urbanas, alrededor de 2007.



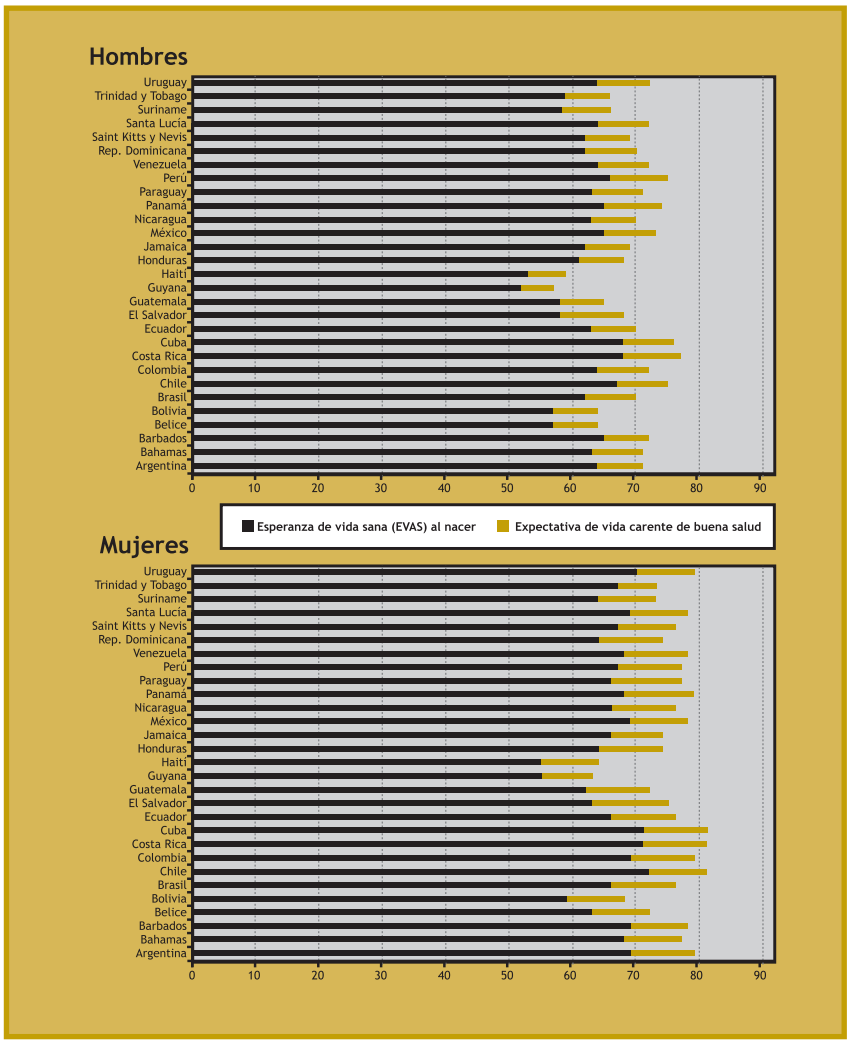
Fuente: elaboración propia en base a **estadísticas e indicadores de género. División de Asuntos de Género de la** CEPAL.

Los riesgos de dependencia según género en la vejez, derivados del estado de salud

En la región, el proceso de envejecimiento se caracteriza por una velocidad sin precedentes y por un crecimiento también acelerado en la demanda de los servicios de salud. Es muy probable que, desde inicios de este siglo, las cohortes que alcancen la edad de 60 años presenten peores niveles de salud que los observados entre las personas mayores de países desarrollados. Ello, en razón de que sus ganancias *de supervivencia* obedecen más a la reducción exitosa de la exposición a enfermedades infecciosas, los mejores tratamientos y las recuperaciones más rápidas que a las mejoras en los niveles de vida (Palloni, De Vos y Peláez, 2002).

En cambio, en los países desarrollados el incremento de la longevidad ha venido acompañado de un aumento de la esperanza de vida sana y de la comprensión de la morbilidad, producto de la mejora sustancial de la calidad de vida de la población (CEPAL/CELADE, 2003, Naciones Unidas, 2007).

Gráfico 6: América Latina y el Caribe: esperanzas de vida al nacer por sexo, 2007[2].



Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS), *World Health Statistics*, 2009.

Para acercarse a la medición de la cantidad de años que pasa una persona en mal estado de salud, es útil emplear el indicador de la esperanza de vida sana, la cual comparada con la esperanza de vida al nacer facilita una indicación del tiempo de vida en mal estado de salud. Los datos disponibles muestran que, en promedio, la población latinoamericana y caribeña tiene una menor esperanza de vida que la de los países desarrollados y se caracteriza por vivir una buena parte de la misma las condiciones de salud. En 2000, la esperanza de vida sana al nacer en los países de América Latina y el Caribe era de 58 años, mientras que en los países desarrollados

2 Expresada en años de esperanza de vida saludable al nacer (EVAS) y expectativa de vida carente de buena salud. La expectativa de vida carente de buena salud se calcula como diferencia entre la esperanza de vida y la esperanza de vida saludable al nacer y se expresa en cantidad de años.

alcanzaba a los 66, 1 años (PNUD, 2006). Esto significa que a partir de esas edades es probable que las personas padezcan una limitación de sus funciones a causa de una o varias enfermedades crónicas.

De tal manera, a pesar de que, en promedio, la mayoría de los países de la región presenta un holgado aumento de la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida sana continua siendo inferior. En el gráfico 6 se muestra que para ambos sexos el valor de este último indicador es de 64 años (62 para los hombres y 66 para las mujeres).

A su vez, se estima que, en promedio, la expectativa de vida carente de buena salud es de 9 años (8 años para los hombres y 9 para las mujeres), lo que equivale en algunos países a casi la mitad de la esperanza de vida a los 60 años del período 2005-2010 (Barbados, Colombia, El Salvador, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía).

Aunque hay dificultades para comparar este indicador entre distintos países, es posible observar la heterogeneidad de situaciones. Las diferencias de género son de las más evidentes y documentadas (Romero, Da Costa Leite y Landmann, 2005; Naciones Unidas, 2007). La información disponible para 29 países de América Latina y el Caribe muestra que, con la excepción de Trinidad y Tobago, en todos los demás los años de vida carente de buena salud son más elevados en las mujeres que en los hombres.

En ocho de ellos, la diferencia entre ambos sexos es igual o superior a tres años. Al respecto, la OMS (2005), en base a previsiones de la esperanza de vida saludable para 45 países, llega a la conclusión de que esta situación no es solo privativa de los países de la región, sino que se da tanto en los países desarrollados como en desarrollo.

Así, las mujeres suelen pasar más años de su vida con limitaciones funcionales que los hombres debido a las inequidades sufridas en el transcurso de la vida. Para ellas, la enfermedad ha dejado de ser un momento agudo que generalmente desembocaba en la muerte para convertirse en un estado crónico que, sin los cuidados necesarios, deteriora de manera notable la calidad de vida en la vejez.

Sistemas de cuidados, género y envejecimiento: un tema en construcción

El aumento de la población adulta mayor y el paulatino incremento de la esperanza de vida han suscitado interés por el funcionamiento de los sistemas de cuidados y el rol de las mujeres en la prestación de servicios de asistencia no remunerados.

El énfasis reciente en este tema se debe principalmente a tres factores. Primero, en la vejez puede aumentar la demanda por servicios de asistencia debido a que las personas mayores experimentan con frecuencia cierto deterioro de sus condiciones económicas y de salud (física y/o mental) y un debilitamiento de las redes sociales por la pérdida de la pareja, los amigos y/o parientes.

Segundo, el cuidado ha descansado tradicionalmente en las mujeres y estas cada vez con mayor frecuencia —debido a presiones económicas, sociales o a una opción personal— se van alejando progresivamente de esas tareas. Como contrapartida, la inserción de las mujeres en el mercado del trabajo *extradoméstico* no está siendo acompañada, con el mismo énfasis, por una mayor presencia de los hombres en las responsabilidades de cuidado.

Tercero, los servicios sociales de apoyo a la reproducción social de la población adulta mayor no han logrado un pleno respaldo público, y la familia —y en menor medida, el mercado— actúa como el principal mecanismo de absorción de riesgos asociados a la vejez.

Los países de la región son particularmente sensibles a este tema debido a que el proceso de envejecimiento ha sido más rápido y reciente que en los países desarrollados, y a que las condiciones socioeconómicas no han permitido instaurar medidas públicas suficientes para cubrir las necesidades de asistencia de una población adulta mayor en aumento.

En varios países, una minoría recibe protección social formal en la vejez. Se trata de personas mayores jubiladas y pensionadas que ejercen de manera relativamente eficaz sus derechos económicos. El resto de la población de edad avanzada —compuesta mayoritariamente por mujeres, habitantes rurales y personas indígenas o migrantes— no tiene acceso expedito a mecanismos institucionales para satisfacer plenamente sus necesidades de atención.

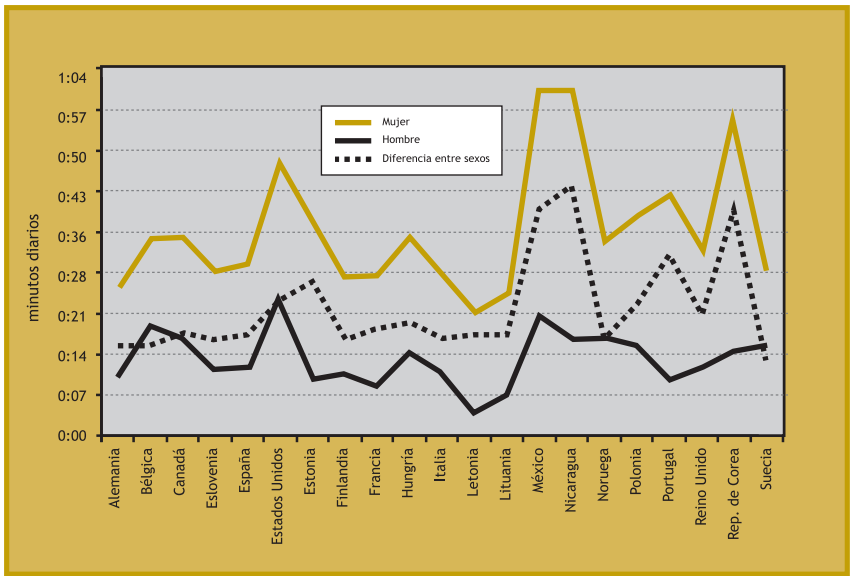
Ello se origina en el limitado acceso a pensiones no contributivas, a la escasa e inadecuada cobertura de atención de los sistemas públicos de salud y a la falta de servicios sociales para fortalecer la autonomía. En la práctica, estos grupos dependen casi exclusivamente de la posibilidad de recibir cuidados de sus parientes para su sobrevivencia cotidiana, asunto en el cual las mujeres cumplen un rol fundamental.

En efecto, la división sexual del cuidado implica que las mujeres contribuyan en forma desproporcionada al bienestar social, especialmente de los hogares pobres, a través de la prestación de servicios no remunerados de asistencia. Basta mencionar como ejemplo que en México el trabajo doméstico no remunerado, que incluye la provisión de cuidado a los miembros de la familia, representó el 22,6% del PBI en 1996, ocupando el primer lugar en la composición de este indicador, seguido de la industria manufacturera con el 21,5%. (CEPAL, 2007).

Es por tanto imprescindible abordar el cuidado que brinda la familia desde una perspectiva de género, lo que supone el análisis de quién y cuánto tiempo invierte, en la práctica, en estas tareas (Carbonero Gamundí, 2007). Al respecto, una mirada comparada muestra que el tiempo que dedican hombres y mujeres al cuidado de los niños difiere notablemente. Y es un fenómeno que atraviesa las fronteras regionales y que afecta a todas las sociedades, con independencia del nivel del desarrollo de los países.

Como se aprecia en el gráfico 7, en 21 países del mundo las mujeres dedican más tiempo que los hombres a las tareas de cuidado y la brecha entre ambos es ostensiblemente más elevada en los países de la región, la que casi se cuadruplica en relación a Suecia y se duplica respecto a España e Italia.

Gráfico 7: Tiempo dedicado al cuidado de los niños(as) según género. Últimos años disponibles.



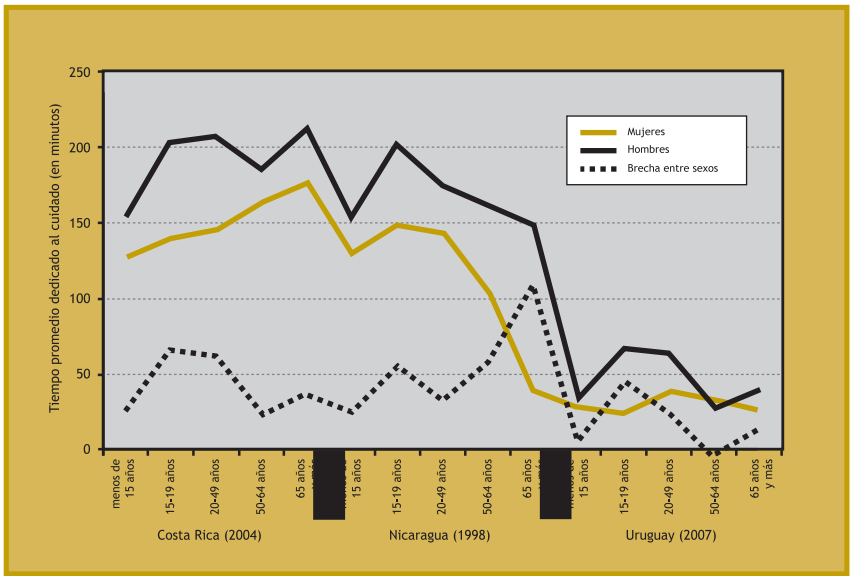
Fuente: elaboración propia en base de United Nations Development Programme (PNUD), *Human Development Report 2007/2008*, New York and Oxford, Oxford University Press, 2007, y de procesamientos especiales de las encuestas de uso del tiempo.

En México, por ejemplo, el promedio de horas semanales que las mujeres dedicaban en 2002 al cuidado de los niños y al apoyo a los miembros del hogar era de 13, mientras que el de los hombres se reducía prácticamente a la mitad, con 7 horas. Respecto del cuidado de las personas con limitaciones físicas, la brecha era igual de amplia: las mujeres destinaban 10 horas semanales a esta labor y los hombres cinco (CEPAL, 2007).

A diferencia de otros procesos, una mirada generacional a la distribución de las tareas de cuidado según género no muestra diferencias importantes (véase el gráfico 8). Las encuestas de uso del tiempo para tres países latinoamericanos —no comparables entre sí— indican que en la juventud la brecha entre hombres y mujeres es más amplia. En algunos países se mantiene hasta los 49 años y suele disminuir en las edades avanzadas.

No obstante, como una constante, la dedicación horaria nunca llega a igualarse entre los géneros, y tanto las niñas (menores de 15 años) como las mujeres de edad (mayores de 65 años) siguen invirtiendo una considerable cantidad de tiempo en estas labores. Esto contradice la clásica percepción que, por el hecho de que las mujeres tienen a su cargo a los hijos pequeños, la carga de cuidado se concentra únicamente en la juventud.

Gráfico 8: Tiempo dedicado al cuidado de los niños según género y edad. Últimos años disponibles.[3]



Fuente: elaboración propia en base de United Nations Development Programme (PNUD), *Human Development Report 2007/2008*, New York and Oxford, Oxford University Press, 2007, y de procesamientos especiales de las encuestas de uso del tiempo.

Debido a que el cuidado se asocia únicamente a los niños, los otros tipos de cuidado pasan a ser invisibles. Unido a lo anterior, generalmente se piensa que la carga de cuidado se concentra en la juventud porque las mujeres tienen a su cargo a los niños, pero las evidencias muestran que estas pueden ser cuidadoras también en otras etapas de la vida y que terminan prestando cuidados más de una vez en su ciclo de vida: empiezan por lo hijos para luego seguir con los padres y concluir cuidando al cónyuge enfermo. Estos tres episodios corresponden, por lo general, a tres momentos demográficos de las mujeres: la juventud, la adultez y la madurez (Kahan y et.al. 1994 en Robles 2001).

Lo anterior se evidencia claramente en la razón de apoyo parental, que surge de la relación entre la cantidad de personas mayores de 85 años y la correspondiente a los adultos de edad media (CELADE, 2006).

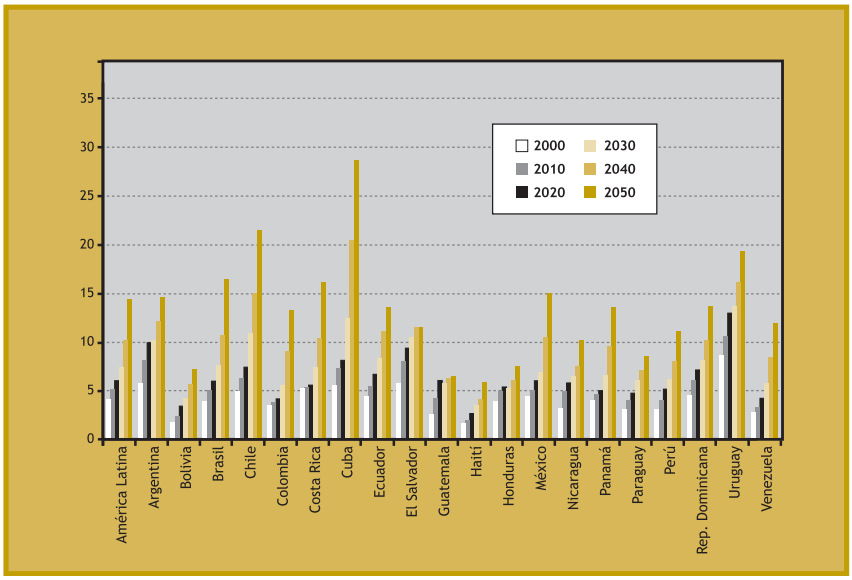
De acuerdo a las proyecciones, en el 2000 la región tenía 4 personas de 85 años y más por cada 100 de entre 50 a 64 años. En 2050 esta cifra se habrá triplicado en siete países y llegado a su valor más elevado en Cuba (29) y Chile (21). De este modo, el aumento de la esperanza de vida impactará directamente en las familias, que

3 a) En Canadá, Irlanda, Estados Unidos, Portugal, México: el valor presentado incluye, junto al cuidado de los niños, la asistencia a adultos con necesidades de apoyo o a personas de edad.

b) En Costa Rica y Uruguay se pregunta a personas de 12 años y más. Nicaragua consulta a personas de 6 años y más.

habrán de ocuparse de sus miembros mayores por más tiempo. Y en las mujeres (las principales cuidadoras), que irán envejeciendo mientras cuidan a sus descendientes y ascendientes (véase el gráfico 9).

Gráfico 9: América Latina (países seleccionados): razón de apoyo parental, 2000-2050.



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL. Estimaciones y proyecciones de población, 2008.

La tradición, la socialización y las relaciones económicas sitúan a las mujeres en el centro de la tarea de cuidado de las personas mayores —y por cierto de otros grupos sociales— y esto suele ser así independientemente de si la mujer realiza un trabajo remunerado o se dedica a las labores domésticas.

De lo anterior se concluye que las posibilidades de prestar cuidados a las personas mayores son variables entre las familias. Partiendo del hecho de que las mujeres son las principales cuidadoras de las personas mayores cuando conviven en el hogar, habría una importante diferencia entre las familias en las que la mujer tiene un trabajo *extradoméstico* y aquellas que se dedican a las labores del hogar.

En el primer caso, las posibilidades de prestar asistencia a una persona mayor son más limitadas, aunque cada vez es más frecuente que las mujeres asuman tareas productivas fuera del hogar y las combinen con tareas de cuidado. En el segundo caso, y dependiendo de la situación económica del hogar, es probable que se recurra a servicios externos, desarrollados también por mujeres. Con todo, en ambas circunstancias, la falta de apoyo y previsión con respecto a este tema contribuye a alimentar el círculo vicioso de las desigualdades de género.

Las recomendaciones internacionales de políticas sobre la situación de las mujeres mayores desde una perspectiva de género

Los derechos de las mujeres mayores han sido abordados en distintos instrumentos internacionales de derechos humanos de orden vinculante y no vinculante. Especial referencia a la situación de las mujeres de edad se puede encontrar en las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, así como en directrices y orientaciones de la Organización Mundial de la Salud, la Convención de Belem do Pará de la Organización de Estados Americanos y, por supuesto, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, además de los Planes de Acción Internacional de Viena y de Madrid sobre el Envejecimiento, entre muchas otras. Los principales temas abordados tienen que ver con la discriminación basada en el género y en asegurar el pleno reconocimiento y respeto de los derechos de las mujeres de todas las edades.

Como medidas especiales de protección contra la discriminación y la violencia se recomienda a los Estados ofrecer una especial protección a las mujeres mayores y asegurar su derecho a no ser víctimas de violencia, incluyendo la violencia sexual.

Con respecto al derecho a la jubilación y a la protección social, y particularmente en el caso de las viudas, se exige a los Estados reconocer el papel que desempeñan las mujeres mayores como participantes en el desarrollo político, social, económico y cultural de sus comunidades, así como en el trabajo familiar no remunerado.

Se les conmina a garantizar el acceso a la seguridad social y a otras medidas de protección social de las mujeres de edad, particularmente de las que carezcan de pensiones contributivas debido a su trabajo intrafamiliar o a modalidades informales de ocupación.

Se insta a los Estados a adoptar acciones, incluyendo las de carácter legislativo, para garantizar a las viudas sus derechos de propiedad y posesión y a erradicar las prácticas tradicionales dañinas para su integridad.

En relación a la protección de las mujeres de edad frente a la pobreza, el Plan de Acción Internacional de Madrid insta a los Estados a tener en cuenta la importante contribución que realizan las mujeres de edad en el desarrollo. Con ese fin se recomienda que las mujeres de edad participen en la elaboración y ejecución de los planes de desarrollo a todos los niveles, organicen grupos de autoayuda y cooperativas a fin de obtener igualdad de acceso a las oportunidades económicas mediante el empleo por cuenta propia o ajena. También que participen en todas las actividades comunitarias y que tengan acceso a los créditos y préstamos, a los servicios de comercialización y a las tecnologías apropiadas. Y a recibir un trato igual en los planes de reforma agraria y de reasentamiento.

En el ámbito del trabajo, la Organización Mundial de la Salud promueve que los gobiernos adopten medidas y programas que reconozcan y promuevan la contribución que realizan las mujeres y hombres de edad a través del trabajo no remunerado en el sector informal y en la prestación de cuidados domésticos.

Con respecto a la situación de grupos específicos de mujeres mayores, la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer indica que

los Estados partes deben tener en cuenta los problemas especiales que enfrentan las mujeres de edad en el medio rural y el importante papel que desempeñan en la supervivencia económica de su familia, incluido su trabajo en los sectores no monetarios de la economía. Y que han de tomar todas las medidas apropiadas para asegurar la aplicación de las disposiciones de la Convención a las mujeres de las zonas rurales.

Otro ámbito donde es posible encontrar recomendaciones sobre las mujeres mayores son los comités de los tratados, los que tienen una importante función para avanzar en la comprensión de los derechos en la vejez en razón de que no han sido estandarizados en un instrumento vinculante, como ocurre con otros grupos sociales —mujeres, niños y personas con discapacidad.

De tal manera, los comités, por medio de sus comentarios generales o sus recomendaciones a los Estados, definen con mayor precisión las principales obligaciones en relación a los pactos de derechos humanos, así como el contenido de los derechos protegidos por estos instrumentos.

Un aporte central en este sentido lo ha hecho el Comité de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, que en 2009 elaboró una nota conceptual relativa al proyecto de recomendación general sobre la mujer de edad y la protección de sus derechos humanos (CEDAW, 2009).

En ella, el Comité reconoce que los cambios en las estructuras de edades de la población tienen profundas consecuencias para los derechos humanos y aumentan la necesidad urgente de que, por medio de la Convención, se trate de solucionar el problema de discriminación que sufre la mujer de edad, toda vez que no existe ningún otro instrumento internacional de derechos humanos jurídicamente vinculante que se ocupe de estas cuestiones.

Además, llama la atención acerca de que la falta de datos estadísticos desglosados por edad y sexo sobre el maltrato, el abandono y la violencia contra las mujeres de edad y la inseguridad desde el punto de vista de la atención de las necesidades financieras, médicas y de vivienda, y en particular por la exclusión de las redes nacionales de documentación de identidad, las expone cada vez más a múltiples formas de discriminación.[4] Asimismo, se alienta a los medios de difusión a corregir las actitudes negativas hacia las mujeres de edad y proyectar imágenes positivas relacionadas con la contribución que aportan a sus familias y a la sociedad en su conjunto.

El Comité también expresa su preocupación por las elevadas tasas de analfabetismo de las mujeres mayores, lo que limita gravemente el acceso a la información sobre sus derechos y su capacidad de participar en el desarrollo y las actividades comunitarias. Pone acento en las labores de cuidado que realizan las mujeres mayores y alienta a los Estados a adoptar medidas apropiadas para afrontar los costos físicos y emocionales que significa equilibrar las tareas productivas y reproductivas en las distintas etapas del ciclo de vida.

4 Por ejemplo, en países con problemas de documentación, las mujeres rurales e indígenas con frecuencia pueden tener dificultades de acceso a los subsidios por vejez que proporciona el gobierno. Así ocurre en el Estado Plurinacional de Bolivia, donde la administración actual está impulsando una campaña nacional sobre el derecho a la identidad con la finalidad de promover el acceso a la cédula con la para eliminar las barreras de acceso a la *Renta dignidad*.

Aunado a ello, llama a los Estados a adoptar políticas de salud para proteger esta necesidad en las mujeres de edad, en particular las dificultades que pueden surgir tras la menopausia y las enfermedades, la desatención de la discapacidad y la ausencia de medicina geriátrica, entre otros aspectos.

No obstante, la labor del Comité y sus recomendaciones sobre mujeres de edad que anteceden a la nota conceptual de 2009, la cuestión de sus derechos no se examina de manera sistemática ni en los informes de los Estados ni en los informes paralelos de las organizaciones gubernamentales. En la mayoría de los casos, ha dicho el Comité, la mujer de edad y la discriminación de que es objeto siguen teniendo poca atención (CEDAW, 2009).

Esta misma invisibilidad se presenta en las legislaciones nacionales de protección de los derechos de las personas mayores en los países de la región, con la excepción de México y Colombia.

México, en el artículo 10, disposición IX de la ley n.º 245 de 2002 dispone: "impulsar el desarrollo humano integral de las personas mayores, observando el principio de equidad de género, por medio de políticas públicas, programas y acciones a fin de garantizar la igualdad de derechos, oportunidades y responsabilidades de hombres y mujeres así como la revalorización del papel de la mujer y del hombre en la vida social, económica, política, cultural y familiar, así como la no discriminación individual y colectiva hacia la mujer".

Colombia, en el artículo 11 de la ley n.º 1251 de 2008 considera a las mujeres mayores como un grupo que merece especial protección y cuidado, motivo por el cual se "incluirán medidas y acciones destinadas a atender las necesidades y demandas de las mujeres adultas mayores para lograr su desarrollo integral; promoverán condiciones de equidad y género respecto al hombre, así como para erradicar y sancionar todo tipo de violencias, abusos y discriminación individual y colectiva contra las mujeres, en esta etapa de la vida".

La falta de consideración de sus derechos en materia legislativa se traslada fácilmente al ámbito de las políticas públicas. En una revisión de la información proveniente de más de 25 países de la región, muy pocos han implementado acciones favorables a las mujeres mayores en ámbitos distintos a la seguridad social. La discriminación de que es objeto, producto de las desigualdades acumuladas en el transcurso de la vida, no es abordada más allá de la seguridad económica. Y se siguen presentando enormes brechas entre hombres y mujeres en la seguridad de ingresos en la vejez.

Capítulo 2: Panorama sobre políticas públicas en la región

Envejecimiento, género y políticas sociales en Argentina. Reflexión a partir del paradigma de derechos

Dra. Adriana Fassio

Introducción

El eje de análisis de este artículo son las políticas públicas como forma de respuesta a la problematización social del envejecimiento poblacional en Argentina. Partimos para ello del concepto de política pública como el conjunto de las tomas de posición del Estado sobre una cuestión que concita la atención, interés o movilización de otros actores de la sociedad civil, los que tienen o van modificando posiciones en el marco de los procesos de planificación e implementación o de su omisión (Chiara y Di Virgilio, 2009: 54). Esta toma de posición se da a través de un complejo proceso político y social de confrontación y disputa.

El concepto de política social supone el bienestar/malestar de las personas a través de la acción social, tanto como objeto de estudio como conjunto de prácticas (Adelantado, 2009: 10-11). A partir del enfoque de la política social se intenta en este artículo explorar el contexto social, político, ideológico e institucional en el que el bienestar/malestar se produce y distribuye.

Esta aproximación incluye el debate moral sobre las aspiraciones y los resultados en espacios definidos territorialmente y sobre cómo lo que se hace o se omite afecta el bienestar/malestar de las personas, en este caso las personas mayores, y sus entornos familiares y comunitarios.

En esta dirección se destaca el concepto de *autonomía* como capacidad de llevar adelante una vida satisfactoria (en términos relativos, en función de las características de la sociedad en la que se vive), que implica que "un sujeto es más autónomo cuanto más libremente puede llevar adelante sus decisiones en las distintas esferas de la vida. Si se trae el tema al terreno de la política social, *libremente* significa que las formas en que organice su vida, en tanto no violenten reglas de convivencia, no lo exponen a someterse a la *necesidad social*, de manera que material y simbólicamente el sujeto *domina acciones, en lugar de que las mismas sean resultado de condiciones que no controla*. En política social no se trata de cualquier sometimiento sino, fundamentalmente, del sometimiento a las necesidades sociales de la reproducción primaria. Y eso es lo específico de la disputa por la autonomía en este campo" (Danari, 2009:43).

Son tres los ejes de dependencia potencial y sometimiento:

1) la mercantilización, debido al supuesto de que el mercado es quien dará satisfacción a las necesidades y que las políticas amenguan o refuerzan esta dependencia.

2) la familiarización, relacionada con la forma en que las personas pueden tener limitada la capacidad de seguir y elegir en la vida, en función de sus ataduras a la familia y no solamente al mercado. Esto, con una diferencia entre géneros en detrimento de las mujeres y entre generaciones (estereotipos de conducta e imposición social en los adultos mayores).

Un ejemplo de esto es cuando se estimula (y el Estado lo hace) la informalización de la asistencia. O cuando se responsabiliza a la familia por los problemas sociales, es decir, se deposita en la familia y la comunidad la responsabilidad del logro del bienestar.

3) la clientelización, como una relación de desigualdad social en sentido amplio (común también en el asistencialismo, pero que tiene mayor alcance) que supone, además de la desigualdad y asimetría de poder una solidaridad, significados compartidos y reciprocidad que sostienen este tipo de relación a través del tiempo, que enajena la autonomía en la toma de decisión de quienes son los *clientes* (Cardarelli y Rosenfeld, 2000:49; Danani, 2009:46).

Finalmente, otro eje de la discusión es el concepto de *merecimiento*, como el debate sobre quiénes quedan fuera y quiénes dentro de la población *objetivo* de las políticas sociales y, por lo tanto, del quehacer del Estado, llevado al extremo en las políticas focalizadas de las dos últimas décadas del siglo pasado.

El encuadre regional de las políticas en relación a la temática del envejecimiento poblacional

En la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento llevada a cabo en Santiago de Chile en noviembre de 2003 se formuló la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. En las dos reuniones posteriores (en Brasilia y en Buenos Aires) se llevó a cabo el inicio del seguimiento del cumplimiento del Plan.

Esta conferencia fue la primera reunión de los gobiernos de los países de la región para el análisis de la situación del envejecimiento y de las personas mayores, fundamentado en el incremento del peso absoluto y relativo de la población adulta mayor en el continente y su impacto en todos los sectores sociales en el escenario presente y, especialmente, en el futuro.

En ella se planteó un marco de referencia regional que los países fueron adaptando a sus realidades. En esta dirección además de enfrentar los desafíos ante el envejecimiento poblacional como logro de la humanidad, se propuso avanzar en la construcción de sociedades más democráticas y solidarias desde el punto de vista de la edad, donde las personas mayores ejerzan sus derechos y responsabilidades y se consoliden como una fuerza más para el desarrollo.

Tradicionalmente la vejez ha sido concebida como una etapa de carencias (económicas, físicas y sociales) y el cambio de paradigma, enunciado en el Plan como un proceso,

implica la aplicación del enfoque de derecho a las políticas públicas. Este enfoque promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de las edades. Las personas mayores son sujetos de derecho y no solamente objetos de protección. Por lo tanto, disfrutan de garantías pero también tienen responsabilidades respecto de sí mismos, sus familias y su sociedad.

El enfoque de derecho traspasa la esfera individual e incluye los derechos sociales de las personas mayores (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la salud, entre otros) que requieren de la acción positiva del Estado y de la sociedad.

Se conceptualiza el envejecimiento poblacional (bono) como una oportunidad demográfica en el sentido de una masa crítica de personas mayores con potenciales y saberes para brindar a una sociedad con menos niños y jóvenes dependientes. Pero esta situación puede desaprovecharse en la medida en que no sea posible que los mayores vuelquen en la sociedad sus capacidades.

Es necesario indagar sobre cuáles son las decisiones respecto de la protección social en una sociedad cada vez más individualista. En el pasado se daba una articulación entre el trabajo y la vida fuera del trabajo, desarrollada en marcos comunitarios como el club, el café, el barrio, el sindicato. Esta articulación compleja entre los colectivos, las protecciones y los procesos de individualización se encuentra hoy cuestionada.

Al mismo tiempo que la vida se extiende, el ciclo de vida se ha vuelto flexible y se han corrido las edades de la adolescencia, de la inserción en el mercado de trabajo, con cada vez menor cantidad de años de permanencia, conjuntamente con una propuesta de jubilaciones más tardías y crisis de los sistemas previsionales (Comisión Europea, 2010).

En el análisis de las políticas sociales recientes en la Argentina retomamos las tres líneas de acción del Plan:

1) las personas de edad y su rol en el desarrollo,

2) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez,

3) la creación de un entorno propicio y favorable.

En lo que respecta **a *las personas de edad y su rol en el desarrollo*,** se propone una meta general relacionada con la "protección de los derechos humanos de las personas mayores y la creación de las condiciones de seguridad económica, participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo".

Los objetivos a cumplir están relacionados con la promoción de los derechos humanos de los mayores; el acceso al empleo y a la inclusión laboral formal, a la formación continua y al crédito. También a la ampliación y el mejoramiento de la cobertura de la seguridad social, la participación de las personas de edad en la sociedad y la promoción de igualdad de oportunidades y de acceso a la educación durante toda la vida.

En lo que respecta al ***fomento de la salud y el bienestar*** en la vejez, la meta general plantea que "las personas mayores deberían tener acceso a los servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de la funcionalidad y la autonomía".

Para alcanzar esta meta se proponen los siguientes objetivos:

- cobertura universal de las personas mayores a los servicios de salud;
- servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas de edad;
- promoción de conductas saludables a través de legislación, políticas y programas;
- protección de los derechos de las personas que se encuentran en residencias para mayores;
- promoción de recursos humanos a través de un plan de formación en gerontología, con énfasis en la atención primaria;
- mejora de la información relacionada con el estado de salud de los mayores y monitoreo de los cambios.

La tercera línea de acción plantea ***la creación de un entorno propicio y favorable***. La meta general es que las personas gocen de "entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez". Los objetivos relacionados con el alcance de la meta comprenden la adaptación del entorno físico a las necesidades de las personas de edad para mantener su independencia, el aumento de la disponibilidad de los sistemas de apoyo para las personas mayores, la eliminación de toda forma de maltrato y discriminación contra las personas de edad y la promoción de una imagen positiva en la vejez.

La población de adultos mayores en Argentina

El proceso de envejecimiento poblacional se evidencia en la Argentina en la medida en que se ha duplicado la proporción de mayores entre los años 1950 y 2000. Y se profundizará de modo tal que se estima que para el año 2050 casi 1 de cada 4 habitantes será un adulto mayor y disminuirá concomitantemente el peso relativo de los jóvenes: habrá 9 adultos mayores por cada 10 jóvenes de entre 0 y 14 años.

Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2001, la población de adultos mayores alcanzaba a 4.871.957 personas, de los cuales el 42% (2.054.151) eran varones y el 58% (2.817.806) mujeres. Tres de 10 diez adultos mayores tenían entre 60 y 64 años, un poco más de 4 de cada 10 entre 65 a 74 años y casi 3 de cada 10 tenían 75 años o más (1.481.307).

En 2005, según las proyecciones poblacionales (INDEC, 2005), la población adulta mayor era de 5.322.536 personas (13,8% de la población total proyectada).

Las personas mayores en Argentina habitan en su gran mayoría en zonas urbanas. El 91% vive en áreas urbanas de 2.000 habitantes y más (4.421.696), el 3% en áreas rurales agrupadas (menos de 2.000 habitantes) y el resto (6%) en área rural dispersa.

El peso de los adultos mayores sobre la población total no se distribuye de manera uniforme en todo el país. La jurisdicción con población más envejecida es la ciudad autónoma de Buenos Aires (22%) y la que tiene menos es Tierra del Fuego (5%).

Por otro lado, la tendencia es un aumento del peso relativo de los *viejos-viejos* respecto de la población global mayor de sesenta años. Mientras que 16 de cada 100 mayores tenían 75 años y más en 1950, actualmente las personas de 75 y más años son el 30% de la población de 60 años y más (1.481.307).

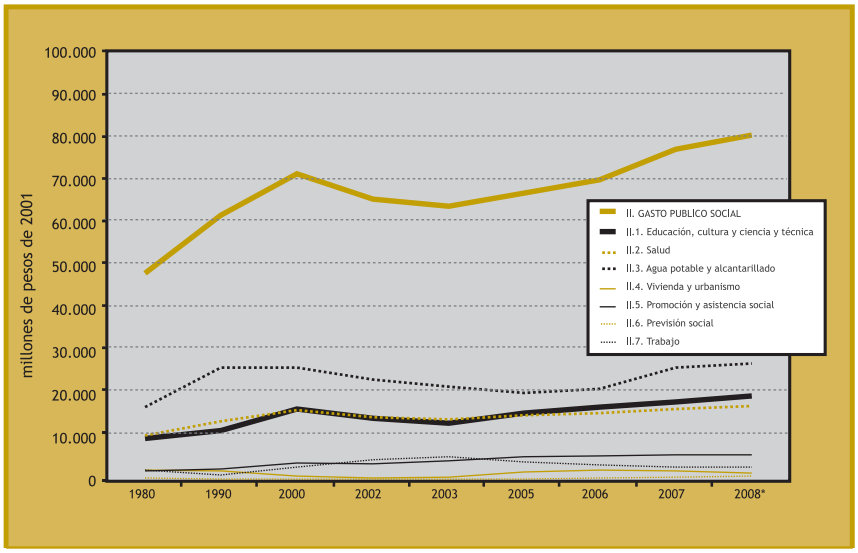
Se observa un proceso de creciente feminización: a mitad del siglo pasado había 103 varones por cada 100 mujeres de edad. En la actualidad son 73 varones por cada 100 mujeres y solo 56 varones por cada 100 mujeres mayores de 75 años.

Las políticas sociales frente al envejecimiento poblacional en Argentina

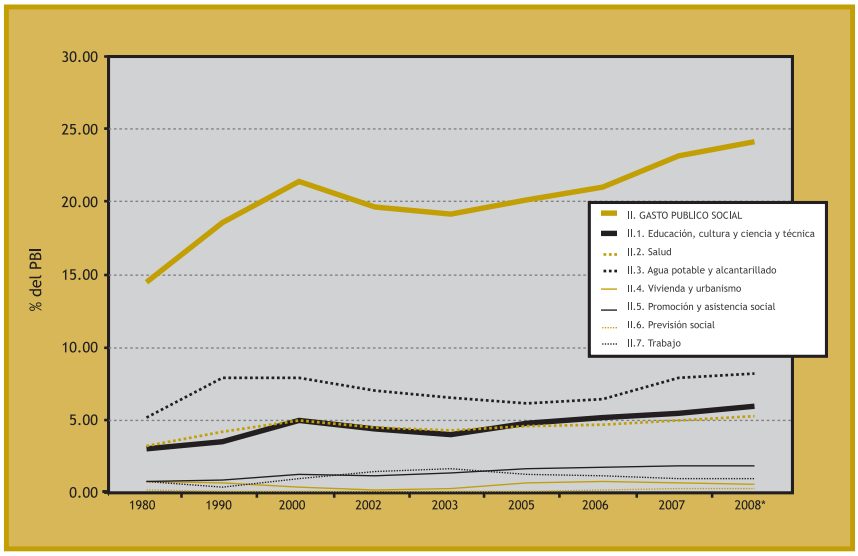
En líneas generales, en 2008 la inversión social en millones de pesos constantes superó el doble del momento más dramático de la crisis del 2001. La recomposición del gasto en seguridad social, cuya población objetivo son fundamentalmente las personas mayores, alcanzó un incremento del 50% respecto al año 2002, al igual que el gasto en salud. En tanto, la evolución del gasto como porcentaje del Producto Bruto Interno, si bien creciente debido al fuerte incremento del PBI, no es tan marcada (Gráfico 1).

Gráfico 1: Evolución del gasto público social en valores constantes (pesos 2001) (a) y en porcentaje del PBI (b). Argentina 1980-2008.

A)



B)



Fuente: Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales-Secretaría de Política Económica, Ministerio de Economía de la Nación.

Las personas mayores y su derecho a la seguridad económica

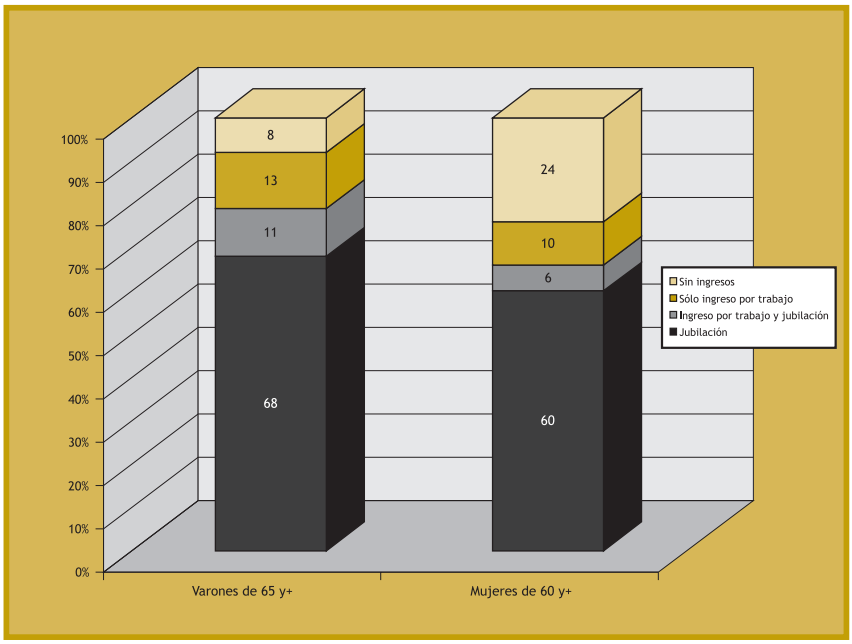
El enfoque de derechos propone la participación activa del adulto mayor y su familia a fin de mantener el máximo grado posible de autonomía por parte de la persona mayor. La cobertura previsional y su monto son reconocidos indicadores de autonomía.

El gran salto cualitativo fue dado a partir de 2003, con una decisión política que se orientó a lograr la universalización de la cobertura previsional para las personas mayores. Se trabajó en tres momentos. Por un lado, liberando el acceso a pensiones no contributivas para las personas sin cobertura ni recursos mayores de 70 años. En este primer momento quedó una franja de población comprendida entre los 60/65 años y los 70 años que por edad no podía acceder a la pensión no contributiva y que no reunía las condiciones para jubilarse (falta de años de aportes).

En un segundo momento se flexibilizaron las condiciones de acceso a la jubilación ordinaria contributiva para las personas que, habiendo cumplido la edad jubilatoria, no tuvieran la cantidad de años de aportes requeridos o nunca hubieran aportado (jubilación de amas de casa). A partir de esta política, se incorporaron dos millones de personas mayores a la cobertura de la seguridad social. En tiempos sucesivos se incrementaron los montos de los haberes, en especial los mínimos, en tanto que el incremento de los de mayor cuantía fue gradual y menor.

Sin embargo, todavía hoy existe una brecha de género que da cuenta de la familiarización en las políticas de seguridad social y de la dificultad del acceso previsional para las mujeres por derecho propio: el 8% de los varones y el 24% de las mujeres en condiciones de jubilarse no perciben ingresos (Gráfico 2).

Gráfico 2: Población adulta mayor de edades jubilables por sexo según fuente de ingresos. Año 2009



Fuente: Elaboración propia según datos Encuesta Permanente de Hogares (EPH)-INDEC, último trimestre de 2009.

La no percepción de jubilación está asociada a la pobreza. Existen varios factores para comprender la relación entre la jubilación/pensión como fuente de ingresos y la incidencia de la pobreza:

a) el bajo tamaño promedio de los hogares donde viven los mayores

b) el importante impacto que puede tener la percepción de una jubilación o pensión, que con frecuencia puede ser el determinante principal (cuando no exclusivo) de los ingresos del hogar.

La política de incremento de la cobertura previsional impactó fuertemente en las condiciones de pobreza de los mayores y la redujo a la mitad (33% en 2003 contra 12,5% en 2006 por debajo de la línea de la pobreza. Y 7% y 4% respectivamente por debajo de la línea de indigencia) (Cuadro 1). Sin embargo, es importante considerar que la metodología utilizada para medir la pobreza por ingresos no da cuenta de una canasta específica para las personas de edad en la que determinados servicios y bienes tengan un peso mayor que para los otros grupos etarios (salud, calefacción, colaboración para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, etcétera.). Entre los mayores, los menos son pobres estructurales y los más nuevos son pobres que se inscriben en esta situación tanto desde la etapa del ciclo vital que enfrentan, como por haber contado con recursos escasos durante toda su vida.

En este sentido, las cifras que mencionamos más arriba no dan cuenta de la diversidad de las desigualdades, ya que estas son muy dinámicas y, en el caso de las personas de edad, generalmente irreversibles. Son los adultos mayores de sectores medios y

medios bajos que se han vulnerabilizado, trasformándose en una población invisible, oculta en sus hogares, que pone en juego múltiples estrategias de supervivencia.

En contextos de pobreza, el efecto redistributivo de las jubilaciones ordinarias y de las pensiones no contributivas es muy importante, ya que en muchos hogares estas son el único ingreso regular del grupo familiar y es el adulto mayor quien transfiere ingresos al resto.

La aparente ventaja comparativa de la situación de las mujeres se aclara cuando comprendemos que un único ingreso previsional se divide entre los dos miembros de la pareja cuando proviene del varón y que luego, en la etapa de viudez, es sustento solo de la mujer (Cuadro 1).

Cuadro 1: Porcentaje de población de 60 años y más bajo la Línea de Pobreza (LP) por sexo y grupos de edad. Total de aglomerados. Segundo semestre 2006.

	Grupos de edad			
Condición de pobreza	Total	60 a 74 años	75 años y más	
Población 60 años y más				
Total	3.413.656	2.360.509	1.053.147	
Bajo la línea de pobreza	12,5	14,4	8,4	*
Varones				
Total	1.402.894	1.002.992	399.902	
Bajo la línea de pobreza	13,9	15,5	9,7	*
Mujeres				
Total	2.010.762	1.357.517	653.245	
Bajo la línea de pobreza	11,6	13,5	7,6	*

* coeficiente de variación entre el 10 y 20 %

Fuente: elaboración propia según datos de EPH-INDEC, segundo semestre de 2006.

El 24% de los varones y el 16% de las mujeres percibe ingresos por su trabajo (combinado con el haber previsional o no). A partir de los 50 años, son reglas de juego corrientes la subocupación, el empleo informal y flexible, el cuentapropismo, períodos crecientes de desempleo hasta encontrar una nueva ocupación en peores condiciones o la inactividad encubriendo la desocupación por largo tiempo.

Existe una clara correlación entre el lugar que se ocupa en la división social del trabajo y la participación en el sistema de protección social: trabajo estable-protección social-integración social. La ausencia de inserción produce la desafiliación. En muchos casos vemos cómo la precariedad de las condiciones de trabajo y luego de jubilación es compensada por las redes de protección social familiar comunitarias o vecinales.

En contextos de pobreza la permanencia de los adultos mayores en el mercado de trabajo es fundamental para su superviviencia y no se constituye en una decisión

voluntaria. En otros casos es un buen complemento del ingreso proveniente de la seguridad social y no siempre se trata de los sectores socioeconómicos más relegados.

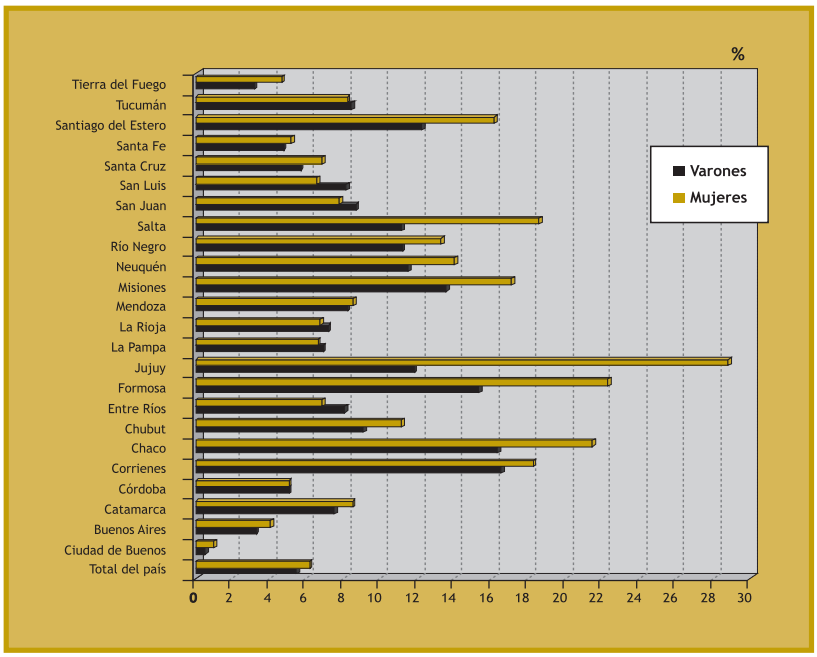
Es fundamental abrir nuevas opciones de inserción económica de los adultos mayores a partir de microemprendimientos, cooperativas de trabajo, estrategias de trueque, enseñanza de oficios, que permitan, no solo la percepción de ingresos, sino también la transferencia de sus saberes a los otros grupos etarios.

Para ello es necesario reconocer el derecho de los adultos mayores de seguir contribuyendo económicamente con sus comunidades e incorporar a la evaluación económica (cálculo del producto bruto) los servicios informales e intercambios que los adultos mayores brindan a sus familias (trabajo doméstico, cuidado de niños, realización de trámites, etcétera).

La Experiencia Cuenta (Dirección de Políticas para Adultos Mayores, Ministerio de Desarrollo Social, DINAPAM-MDS) es una línea de acción que se propone la transferencia de los saberes de las personas mayores a otras generaciones a partir de la concepción de que la experiencia acumulada en una vida de trabajo puede canalizarse a través de prácticas que empoderen a los adultos mayores, al mismo tiempo que personas jóvenes y de mediana edad adquieran nuevas herramientas para mejorar sus oportunidades de inclusión en el mercado laboral.

Respecto del acceso a la educación a lo largo de la vida, menos del 3% de las personas de edad asisten a algún establecimiento educativo (138.177 en todo el país) y 6% de la población mayor es analfabeta (283.529). Esta carencia es de mayor peso entre las mujeres y diferencial en el territorio (Figura 3).

Figura 3: Población de 60 años y más analfabeta según sexo y grupos de edad por provincia. Total del país. Año 2001.



Fuente: Elaboración propia según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001. INDEC.

Hacia el interior de la población adulta mayor se observan diferencias según género no muy notorias para su conjunto (5% de los varones y 6% de las mujeres mayores son analfabetos). Esta inequidad se profundiza en la CABA, Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Santiago del Estero.

En Jujuy —la provincia con mayor tasa de analfabetismo en los adultos mayores— el porcentaje de mujeres mayores que no saben leer y escribir es 2,5 veces mayor que el de varones (29% y 12% respectivamente). En Entre Ríos, La Pampa, La Rioja, San Luis y Tucumán el porcentaje de varones analfabetos supera al de mujeres. (Gráfico 3).

El 73% de la población mayor ha alcanzado como máximo nivel educativo el secundario incompleto (INDEC, 2010). Si bien existen alternativas educativas no formales para los adultos mayores en las grandes ciudades (programas universitarios para adultos mayores, PUAM y PEPAM), muchos de ellos son pagos y no lo suficientemente institucionalizados en el ámbito de las universidades públicas. Recientemente existe una línea de apoyo financiero y fortalecimiento por parte del MDS y del del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP).

En la reciente Ley Nacional de Educación no se hace mención a la temática salvo en el artículo 11 inciso h, en el que se declara el derecho de la educación "para desarrollar capacidades y ofrecer oportunidades de estudio y aprendizaje necesarias para la educación a lo largo de toda la vida".

Es necesario redoblar los esfuerzos para reducir las brechas entre géneros y generacionales: alfabetización, finalización del ciclo primario, así como de ampliar la cobertura en la educación en el uso de nuevas tecnologías de información y comunicación (TICS).

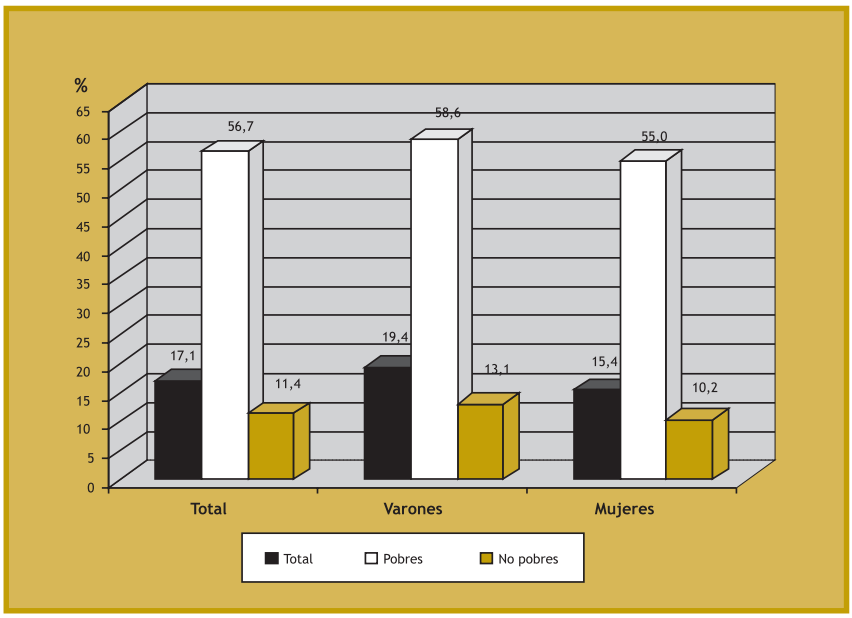
Las personas mayores y el derecho a la salud y al bienestar

Entre la población mayor, hay un 17% que carece de cobertura en salud. La franja más desprotegida está entre los 60 y 64 años (el 37% no tiene cobertura). Si se es pobre, la probabilidad de no contar con obra social se triplica (Gráfico 4) y la condición de ser varón marca una desventaja respecto de las mujeres.

Es cierto que, en caso de necesidad, recurren al hospital público, pero la mirada no especializada, la falta de insumos, la demora en el otorgamiento de turnos y la falta de recursos para pagar los medicamentos o el transporte necesario para acceder a la atención en salud son obstáculos habituales. El ingreso de casi dos millones de nuevos beneficiarios a la seguridad social irá dando cobertura por obra social a esta población, pero al mismo tiempo, debido a la explosión de la demanda de la etapa inicial del proceso, se han producido demoras.

Las personas mayores acuden al médico y tienen diagnósticos sobre sus patologías pero no llevan adelante acciones para minimizar los riesgos o sobreponerse a patologías crónicas (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo; INDEC-Ministerio de Salud, 2005). Entre un 20% y un 30% de los mayores con diagnóstico de enfermedades no transmisibles como diabetes, hipertensión o colesterol no realizan ningún tratamiento, a pesar que se han desarrollado claras políticas de prevención (Programa HADOB del INSSJYP, y Programas de prevención del tabaquismo y sedentarismo del Ministerio de Salud).

Gráfico 4: Población de 60 años y más sin cobertura de obra social y/o plan médico o mutual, por sexo y condición de pobreza. Total de aglomerados. Segundo semestre 2006.



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC, segundo semestre de 2006.

Por esta razón es necesario profundizar la discusión y la reflexión sobre algunos mitos relacionados con la irreversibilidad y falta de control sobre los cambios fisiológicos en el cuerpo. Por ejemplo, los olvidos, el incremento de la presión arterial, el incremento de la sensación de cansancio, que son considerados y aceptados culturalmente como producidos por la *edad*.

Esta idea es asociada a la *goffmaniana* de *estigma* en la medida en que el cuerpo envejecido en la dimensión íntima, en contraste con las manifestaciones externas (como canas y arrugas, reconocidas como parte de la construcción social de la vejez) es visto como inflexible, sin oportunidad de cambio de la trayectoria biológica irreversible. Tanto los profesionales de la salud como los mayores comparten este prejuicio del deterioro inevitable (Ballard et al., 2009) que se visualiza como fuera del propio control y como signo inevitable del tránsito a un nuevo estadio de deterioro.

El 7% de la población tiene algún tipo de discapacidad, en tanto que para los mayores se quintuplica (35% según la Encuesta Nacional de Discapacidad, INDEC, 2004). Es decir que 1 de cada 3 mayores potencialmente necesita de algún apoyo para poder integrarse a la sociedad. Nueve de cada 10 adultos mayores con discapacidad son ayudados por sus familiares para realizar las actividades de la vida cotidiana.

La asistencia de otras personas fuera de la familia se da fundamentalmente para la realización de quehaceres domésticos. A medida que avanza la edad la familia es reemplazada con más frecuencia por otros cuidadores. Si se es mujer de edad muy avanzada la probabilidad de recibir ayuda de personas no familiares es mayor.

El Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios (MDS-Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores), que se desarrolla con algunas interrupciones desde 1996, es una herramienta fundamental para garantizar el derecho de las personas mayores a envejecer en casa.

A la fecha, se han formado 17.000 cuidadores domiciliarios. El Ministerio de Desarrollo Social ha firmado un convenio con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados para que brinde esta prestación a sus afiliados en todo el país. Se lleva adelante a partir de dos componentes:

a) el curso de formación de cuidadores domiciliarios, cuyo propósito es el de capacitar recursos humanos para la implementación de servicios de cuidados en domicilio

b) el sistema de prestación de cuidados domiciliarios, en el que los cuidadores capacitados brindan cuidados a las personas mayores en función de una evaluación integral del caso.

Por medio de convenios con provincias y municipios, se brinda la prestación a las personas mayores que no cuentan con cobertura de obra social y que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad.

Se retoma aquí la discusión relacionada con las mujeres como cuidadoras profesionalizadas o no, la escasez de varones realizando estas tareas y la necesidad de debate sobre aspectos como las brechas sociales entre el cuidador y el adulto mayor (servicios para sectores medios y medios altos en condición de pobreza, tanto el cuidador como el adulto mayor/inmigrantes).

Es de destacar que las políticas sociales destinadas a favorecer la permanencia de los mayores en sus hogares (cuidados domiciliarios y hogares de día, entre otros) no están suficientemente desarrolladas territorialmente. Por esto, o no se brindan, o quedan en manos privadas sin suficientes controles; controles que en muchos casos podrían llevar adelante las propias organizaciones de mayores.

Solo un 2,3% de los mayores habita en instituciones colectivas (70.003 viven en instituciones geriátricas). El resto de las personas mayores lo hace en hogares particulares.

En la encuesta SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe, OPS) se indaga sobre la opinión de los adultos mayores respecto de la posibilidad de entrar en una residencia de larga estadía. En el aglomerado metropolitano de Buenos Aires, el 15% de los encuestados acepta la posibilidad futura de entrar en una residencia geriátrica, el 76% no la acepta y el 9% no sabe si la aceptaría.

En estas respuestas queda manifiesta la voluntad de las personas mayores de vivir en su domicilio el mayor tiempo posible y la mala imagen social de estos servicios. Los adultos mayores enuncian como principales causas de internación el no poder valerse por sí mismos y la soledad (Fassio, 2007).

En el país existen residencias de larga estadía del sector privado, el sector público estatal en sus diversas jurisdicciones (nacional, provincial y municipal) y públicas no estatales. Son centros de alojamiento y convivencia que tienen una función sustituta del hogar familiar, sea temporal o permanente, donde se presta a la persona mayor

una atención integral. Puede tener una orientación de instituto para válidos o de instituto con cuidados especiales por discapacidad (residentes asistidos).

La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM-MDS) dispone de nueve residencias mixtas (varones y mujeres) para personas dependientes como para *autoválidas* 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.

Estas residencias cuentan con equipos interdisciplinarios conformados por un grupo básico de médico/a geriatra, enfermera/o, kinesióloga/o, nutricionista, psicóloga/o, trabajador/a social y terapista ocupacional, concurrente de médica/o fisiatra, médica/o psiquiatra, recreador/a, fonoaudióloga/o, etcétera. El objetivo fundamental de su gestión es que sean referentes de buenas prácticas y de formación (residencias escuela).

Por otro lado, la línea de acción "Curso para responsables y equipos técnicos de residencias y centros de día para adultos mayores" (DINAPAM-MDS) es una capacitación para dirigentes de los centros de día y de larga estadía a fin de lograr la mejora de la calidad de los servicios que prestan y su calificación. El propósito es asegurar un incremento de la calidad de vida en sus residentes. Se busca la capacitación a fin de modificar el sesgo asilar y convertir estos servicios en estructuras organizacionales más complejas y humanas.

Sin embargo, falta un largo camino por transitar en dar respuesta a la atención de los adultos mayores con deterioro cognitivo y patología mental severa. Los esfuerzos para preservar los derechos humanos de los mayores en residencias colectivas deben ser prioritarios, así como la adecuada provisión de servicios especializados.

Existen, además, vacíos relacionados con un desarrollo limitado de las regulaciones que rigen estas instituciones, así como de una fiscalización sobre el respeto a los derechos de los residentes en dichos contextos.

Entornos propicios y favorables. Las personas mayores y su derecho a la participación y aporte a la comunidad

El concepto de empoderamiento resalta el protagonismo de las personas de edad en el desarrollo, a partir de la invocación de los derechos humanos y como fuente de estrategias que apunten a fortalecer la independencia de los adultos mayores.

La participación en la formación de organizaciones autogestionadas y en el voluntariado asigna poder. A partir de ellas, se da respuesta a necesidades de pares, administrando y controlando proyectos sociales dirigidos a este u otros grupos etarios y a su posicionamiento como interlocutores de organismos públicos.

Desde mi perspectiva, se vislumbra este proceso como una alternativa de inclusión a la *ciudadanía social*, tradicionalmente garantizada a partir de la inserción en el mercado de trabajo, espacio del que los viejos están, en su mayoría, excluidos.

Son 329.800 las personas mayores que realizan tareas voluntarias y representan el 8,9% de la población adulta mayor (Fassio, 2009a). Las mujeres participan más activamente

pero son en menor proporción dirigentes, dada la división tradicional del trabajo por género (las mujeres en el ámbito privado y los varones en el ámbito público).

Es de importancia significativa el Voluntariado Social de Adultos Mayores (DINAPAM-MDS) a partir del cual se ponen en práctica acciones de auspicio y fortalecimiento de las formas de entramados solidarios en los que participan los adultos mayores y sus organizaciones. Se promueve el fortalecimiento de las capacidades existentes vinculadas a los voluntarios adultos mayores que contribuyan a crear y/o consolidar acciones a favor de la comunidad, relacionándose así con otras generaciones.

El movimiento asociativo de adultos mayores forma organizaciones de segundo y tercer nivel a partir de la unión de centros y clubes de abuelos en federaciones, cuyo ámbito territorial son las provincias. Y en confederaciones, cuyo alcance territorial es regional o nacional.

Aproximadamente 5.500 centros, 147 federaciones y 6 confederaciones constituyen este movimiento que involucra aproximadamente un 1.5 millones de adultos mayores. El Consejo Federal de los Mayores (DINAPAM-MDS) creado en 1997 funciona ininterrumpidamente desde 2003 y es el ámbito en el que se concentra el trabajo conjunto de todos los sectores comprometidos con la temática de las personas mayores.

Hay participación mayoritaria de los representantes del sector (61% de organizaciones de adultos mayores) pertenecientes a todas las provincias y regiones del país. Tiene como objetivo institucionalizar la colaboración y participación de los adultos mayores, de sus organizaciones y de los gobiernos provinciales en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas públicas relacionadas con este grupo etario, en estrecha colaboración con los organismos gubernamentales nacionales.

Dada la organización política federal de Argentina, existen consejos de mayores provinciales (15 de 24 provincias los tienen) y municipales. El debate sobre la representatividad y el personalismo de los dirigentes de los mayores a partir de estructuras verticalistas es un tema no agotado, en el que sin duda el Estado podría desarrollar un rol fundamental a partir de promover el empoderamiento de nuevos líderes.

El Programa de Prevención de la Discriminación, Abuso y Maltrato hacia los Adultos Mayores (DINAPAM-MDS) aborda el problema desde una visión totalizadora. Su objetivo es prevenir las situaciones de discriminación, abuso y maltrato hacia los adultos mayores desde una perspectiva de los derechos. Abarca desde la sensibilización y prevención hasta el asesoramiento y asistencia de casos, con cuatro ejes:

- capacitación a equipos técnicos provinciales
- sensibilización comunitaria
- fortalecimiento a los adultos mayores y cuidadores informales
- asesoramiento y derivación de casos.

En esta dirección, la capacitación de los técnicos y funcionarios que trabajan en la temática en las diversas jurisdicciones, tanto en las organizaciones públicas estatales como en las no estatales, se está trabajando con una profundidad y alcance inéditos en la Argentina.

La carrera de especialización en gerontología comunitaria e institucional es de carácter público, gratuito y federal. Se lleva a cabo a partir de convenios del MDS con las universidades nacionales de Mar del Plata, del Nordeste, de Salta y de San Juan. Este posgrado tiene una duración de dos años y está dirigido a profesionales y docentes que trabajan en el área de los adultos mayores. Se busca profundizar sus conocimientos e interiorizarlos sobre la gerontología comunitaria e institucional desde el paradigma de derechos. Han egresado 270 alumnos de todo el país (primera cohorte) y se encuentran cursando 300 alumnos de la segunda cohorte.

Reflexiones finales

Si bien es imposible imaginar las vejeces de las generaciones que aún no han nacido, podemos plantear los escenarios de las próximas cohortes de personas mayores. Es decir, aquellas que han podido acceder a la mayor oferta educativa de nuestra historia, a la que las mujeres han tenido creciente acceso y, en el caso de las de menor edad, en mayor medida que sus pares varones.

Las diversas formas de familia, monoparentales, ensambladas, serán mucho más frecuentes que hoy como alternativa a la familia nuclear, modelo predominante desde la segunda mitad del siglo pasado. Las mujeres, mejor educadas y cada vez más involucradas en el ámbito público, delegarán con mayor asiduidad su rol de cuidadoras informales.

La problemática de la desafiliación a partir de las formas flexibles de empleo, la no cotización en la seguridad social, la crisis de los regímenes de seguridad social a partir de la disminución de aportantes y de la sobrevida después del retiro permanecen como problemas sin resolver en contextos de incertidumbre y de recuperación de la credibilidad en el Estado, a los que se propone el corrimiento de las edades jubilatorias y el ahorro durante la vida como alternativa de balance. Se suma a este panorama las inequidades del complejo mapa territorial y jurisdiccional y la convivencia de paradigmas.

Se ha recorrido un camino de recuperación de derechos, pero los desafíos a corto plazo son, tanto la institucionalización de las políticas de Estado a partir de la elaboración de un *plan gerontológico,* de profundización de las estrategias asociativas y de articulación de los recursos, como de los procesos de monitoreo y evaluación concomitantes.

Mesa redonda: panorama sobre políticas públicas en la región

Algunos aspectos de las políticas públicas dirigidas a los adultos mayores en Brasil

Dr. Sergio Antonio Carlos

Introducción

Brasil, que para muchos es un país continental, abarca un área territorial de 8.514.205 km^2 y una densidad poblacional de 22,55 habitantes por km^2, con una amplitud que va desde el 1,79 (en el estado de Roraima) a los 410,8 habitantes por km^2 en el distrito federal.

La población está formada por descendientes de inmigrantes de diversas nacionalidades, lo que genera que la cultura y las costumbres sean bastante heterogéneas. Fue considerado, hasta hace muy poco tiempo, un país de jóvenes. Para muchos, esta imagen aún persiste.

Cuando analizamos la estructura de la población brasileña, vemos que a partir de 1960 se verifica la presencia significativa de personas con 60 años y más, o sea, de adultos mayores. Según los datos del Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), el porcentaje de adultos mayores en la población creció de 4,4% en 1960 a 7,9% en el año 2000 (Heredia: 2000).

Para que se pueda entender mejor el envejecimiento poblacional brasileño es necesario detenerse un poco en algunos aspectos. Por las características geográficas, demográficas y culturales, se constata un envejecimiento muy diversificado. La preeminencia de mujeres entre los adultos mayores brasileños puede ser observada en el cuadro 1.

Con estos datos, se pueden realizar varias lecturas, de las que se destacan dos: una de los valores absolutos y otra de los relativos. Al compararse los números absolutos de los adultos mayores presentes en la población brasileña de 1980 a 2005, se percibe que su número se duplicó.

Las proyecciones para 2050 establecen que se cuadruplicará el número de adultos mayores del 2005. Este comportamiento puede ser observado en la población en general de adultos mayores, así como también en cuanto a la división por sexo. Este no es un comportamiento proyectado para la población en general puesto que, de 1980 al 2050 no llegará a duplicarse.

Cuadro 1: Distribución de la población con 60 años y más, por sexo de 1980 a 2050.

	Población adultos mayores					Población	
	Masculina		Femenina		Total		
Año	N	%	N	%	N	Total	% idoso
1980	3.405.006	47,30	3.792.898	52,70	7.197.904	118.562.549	6,07
1990	4.579.214	46,27	5.317.938	53,73	9.897.152	146.592.579	6,75
2000	6.309.588	45,34	7.605.769	54,66	13.915.357	171.279.882	8,12
2005	7.289.630	44,76	8.997.087	55,24	16.286.717	183.383.216	8,88
2010	8.549.259	44,34	10.732.790	55,66	19.282.049	193.252.604	9,98
2020	12.355.835	43,63	15.965.964	56,37	28.321.799	207.143.243	13,67
2030	17.605.759	43,50	22.867.045	56,50	40.472.804	216.410.030	18,70
2040	22.789.682	43,79	29.256.937	56,21	52,046,619	219.075.130	23,75
2050	28.329.840	44,23	35.721.140	55,77	64.050.980	215.287.463	29,75

Fuente: IBGE. Dirección de Investigaciones. Coordinación de Población e Indicadores Sociales. *Proyeccción de población del Brasil por sexo y edad, 1980-2050: revisión 2008*. Série Estudos e Pesquisas n. 24, Rio de Janeiro, 2008.

Si se compara el porcentaje de adultos mayores en relación a la población total, se percibe un gran crecimiento. Del 6,07% en 1980 se proyecta un 29,75% para el año 2050. Al analizar la presencia de mujeres en la población de los adultos mayores, se percibe que su porcentaje siempre superó el 50%. Por las proyecciones, existe una previsión de que ese crecimiento siga hasta el 2014, que alcance un 56,21%, sufra una leve caída en 2050 y llegue al 55,77%.

Cuando esta información se analiza más detalladamente, por grandes regiones o unidades de la federación, hay diferencias bastante acentuadas. El mismo criterio vale para las poblaciones del medio urbano y rural. Para las cinco regiones brasileñas de 1980 al 2000.

Para ejemplificar un aspecto de estos datos, se presenta en el cuadro 2 el índice de envejecimiento para las cinco regiones brasileñas entre 1980 y 2000.[5]

La región sudeste, con un proceso de industrialización que se inició ya en la primera mitad del siglo XX, presenta el mayor índice de envejecimiento. Le siguen el sur, nordeste, centro oeste y norte, respectivamente. Se visualiza que el índice de envejecimiento está aumentando en todas las regiones y que existe una tendencia de mantenimiento en el 2000 de las posiciones de cada región observadas en el año 1980 y 1991.

Comparando los índices de envejecimiento de 1980 con los del 2000 se verifica que en las regiones centro oeste y sur el índice se duplica, al mismo tiempo que en la región norte, hubo un aumento de poco más del 50%.

Cuando se analiza detalladamente cada una de las grandes regiones, se verifica que el envejecimiento poblacional y el porcentual de adultos mayores de la población de cada uno de los 26 estados (además del distrito federal) o de cada uno de los 5.564 municipios presentan comportamientos diversos.

5 Índice de envejecimiento = (Pop65+ / Pop)-14) *100

Cuadro 2: Índice de envejecimiento por regiones brasileñas – 1980/2000.

Grandes Regiones	1980	1991	2000
Norte	6, 09	7,08	9,77
Nordeste	10,01	12,84	17,73
Sudeste	12,27	16,46	23,88
Sur	10,58	15,57	22,60
Centro -Oeste	6,35	9,27	14,29
Brasil	10,49	13,90	19,77

Fuente: IBGE-Censo Demográfico 1980/2000. <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/tabela17.shtm>. Acceso: 04/09/2010.

Para el año 2009 ya se identificó la existencia de municipios, en el estado de Rio Grande del Sur, con más del 20% de la población envejecida. O sea que ya habrían alcanzado un porcentaje de adultos mayores superior al proyectado para toda la población brasileña en el año 2030. Frente a este cuadro de crecimiento acelerado de la población de adultos mayores es necesario pensar la construcción de políticas públicas para ese sector de la población.

Sobre la construcción de políticas públicas brasileñas dirigidas a los adultos mayores

Para pensar en la construcción de políticas públicas relacionadas con la población de adultos mayores, necesitamos hacer referencia al proceso de redemocratización brasileño. Uno de los aspectos más destacados de este proceso es la Constitución brasileña de 1988, conocida también como la *Constitución ciudadana*.

Cuando se habla de protección al adulto mayor o políticas de atención, las personas lo asocian al *Estatuto del Idoso* (2003), como si con él se hubiera iniciado la atención a este segmento poblacional. A pesar de que la legislación brasileña trató el tema de manera dispersa, desde principios del siglo XX se preocupaba por abordarlo.

Un ejemplo es el Código Civil de 1916, que en el párrafo único del artículo 399 preveía que los hijos mayores y capaces deberían proporcionar el sustento de sus padres en la enfermedad o vejez cuando estos no pudieran proveerse su propio sustento.

El Código Penal (decreto ley n.° 2848) de 1940 ya preveía que el ser mayor de 70 años en la fecha de una sentencia sería causa atenuante para la pena. Estas preocupaciones del legislador ciertamente no son una respuesta al envejecimiento poblacional, pero sí a situaciones puntuales.

En casos específicos, el sustento económico para personas mayores de 70 años pasa a ser responsabilidad del Estado cuando en 1974 se crea la renta mensual vitalicia a través de la ley 6179, que previó el pago de medio salario mínimo.

Hasta la década del 70, el trabajo realizado con los adultos mayores "era de cúneo caritativo, desarrollado especialmente por órdenes religiosas o entidades meso filantrópicas" (Rodríguez, 2001: p. 149). Rodríguez señala que en el inicio de 1970 algunos técnicos, tanto en el área gubernamental como en el sector privado, iniciaron investigaciones dirigidas a conocer y paliar la problemática de este sector poblacional. A partir de entonces, fueron desarrolladas acciones y programas por organizaciones no gubernamentales y por el Estado en el marco de algunos de sus ministerios. Por ejemplo, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social a través del Instituto Nacional de la Seguridad Social, que en 1976 creó el Programa de Asistencia al Adulto Mayor (Programa de Assistência ao Idoso, PAI).

El PAI estuvo activo durante varios años, aun cuando alteró su denominación y la responsabilidad de su ejecución. Al ser transferido para la entonces Legión Brasileña de Asistencia (LBA), el programa cambió de nombre y pasó a realizar atención directa al adulto mayor a través de su red de servicios, principalmente a través de grupos de convivencia. Básicamente, celebró convenios con casas de salud (Rodrigues, 2001).

En la Constitución de 1988 existen seis artículos que tratan más específicamente los temas relacionados a los adultos mayores. Considera en esa franja a los mayores de 65 años (antes englobaba a los mayores de 70). El carácter facultativo del voto para mayores de 70 años consta en el párrafo 1.º del artículo 14.

En la ella se introdujo el concepto de seguridad social, abarcando el trípode de seguridad social, salud y asistencia. La seguridad social es entendida como un beneficio contributivo, siguiendo los principios que guían toda su historia. Es decir, un beneficio para aquellos que a ella contribuyen.

La gran innovación fue desvincular la salud y la asistencia de la obligatoriedad de contribución a la seguridad social. La salud pasa a ser universal, sin necesidad de ninguna comprobación de vínculo de empleo o contribución a la seguridad social. Lo mismo sucede con la asistencia social.

La ayuda que las familias deben darle a los adultos mayores consta en el artículo 229 y 230. Está otra vez tomada la cuestión de la obligatoriedad del amparo de los padres en la vejez —previsto inicialmente en el Código Civil de 1916— que aseguraba la participación del adulto mayor en la comunidad, la ejecución de programas de ayuda a los adultos mayores con ejecución *preferentemente en sus hogares* y la garantía de la gratuidad del transporte urbano a los mayores de 65 años.

Vamos ahora a detenernos un poco más en las cuestiones de la asistencia social. El artículo 203 de la Constitución dice que la asistencia social será para "quien de ella necesita, independientemente de la contribución a la seguridad social". Este artículo tiene entre otros objetivos la protección de la vejez y retoma la idea de la atención a adultos mayores que no tienen condiciones de proveer de su propia manutención (que dio origen a la renta mensual vitalicia). El artículo precisó de una ley para su reglamentación que fue promulgada en 1993.

La Ley Orgánica de Asistencia Social (LOAS) reglamentó el artículo 203 de la Constitución de 1988 que creó el beneficio no contributivo. En su inciso 5 garantiza "un buen salario mínimo a la persona con deficiencia física y al adulto mayor que comprueba no tener medios para lograr su manutención o de que la familia se la provenga".

El estatuto del adulto mayor (ley 10741 de 2003) reafirma los dispositivos contenidos en la LOAS e introduce algunas actualizaciones que ya venían siendo discutidas y habían sido aprobadas en la I Conferencia Nacional de Asistencia Social en el año 1995 y confirmadas en las conferencias siguientes.

La ley 8842 que creó la Política Nacional del Adulto Mayor (PNAD), sancionada en enero de 1994, fue desarrollada a partir de una discusión amplia en colaboración con las entidades de profesionales que trabajaban con la cuestión del envejecimiento, de consejos de adultos mayores existentes en la época y con otros movimientos y sociedades relacionadas con la problemática o con personas de esa franja etaria.

Esto llevó a Moreria (1998: 4383) a afirmar que "en el movimiento de los adultos mayores, hasta la última década del siglo XX, el protagonismo se dio por medio de voceros o representantes de entidades tecnócratas como la Asociación Nacional de Gerontología, la Sociedad Brasileña de Geriatría y Gerontología, y los consejos de las instituciones que trabajan en el tema".

Una situación algo diferente ocurrió con la construcción del estatuto para la tercera edad. Además de la participación efectiva de los colegios profesionales, los Consejos Estatales del Adulto Mayor y la Confederación Brasileña de Jubilados y Pensionistas y sus federaciones de los estados, tuvieron un papel junto a la sociedad civil, promoviendo un amplio debate sobre el proyecto cuando se trataba por la Cámara de Representantes.

La Cámara, a través de un comité especial, alentó una amplia discusión y ha aceptado muchas de las posiciones de los segmentos que se encuentran interesados en este tema.

Aspectos actuales del trabajo con adultos mayores

El trabajo actual de la atención a los adultos mayores en Brasil está ligado fuertemente a las concepciones y propuestas presentes en el Estatuto del Adulto Mayor, que incorporó y sistematizó la legalización hasta entonces, principalmente del PNI (Programa Nacional do Idoso).

Una discusión presente, entre los profesionales que trabajaban en el área, es hasta que punto el Estatuto del Adulto Mayor representó un avance en relación a la garantía de los derechos de las personas mayores. En el Estatuto se reafirma la edad de 60 años como el marco para que una persona sea considerada adulta mayor; algo que ya se encontraba en el PNI.

Tanto el PNI como el Estatuto, traen indicaciones de acciones de entidades gubernamentales o asistenciales donde el adulto mayor usufructúa de los derechos asegurados para él. Esto se puede ejemplificar con el artículo 10 del PNI, cuando describe las acciones gubernamentales para implementar en todas las áreas. Tiene como competencias en el área de la promoción de la asistencia social: "estimular la creación de incentivos y de alternativas de atención al adulto mayor, como centros de convivencia, centros de cuidados diurnos, casas de actividades extras, atendimiento domiciliario y otros".

En el área de la salud se establece “garantizar al adulto mayor la asistencia sanitaria en los diversos niveles de atención del sistema único de salud”. Y en el área de la vivienda “destinar, en los programas habitacionales, unidades en régimen de arrendamiento al adulto mayor, en la modalidad de *casa hogar*”.

El comportamiento también aparece en el estatuto cuando se describen los derechos fundamentales. El PNI ya daba indicaciones sobre elementos que pueden tener relación con las acciones del control social, pero es solo con el Estatuto del Adulto Mayor que estas son explicitadas de manera clara.

Los artículos del PNI que preveían la creación del Consejo Nacional del Adulto Mayor fueron vetadas cuando se promulgaron, a pesar de que se mantuvieron artículos que preveían acciones de Consejo Nacional relacionados a proyectos y programas.

El Consejo Nacional fue creado poco antes del estatuto, pero con un carácter consultivo. El carácter deliberativo y de control social fue establecido de forma clara en el Estatuto del Adulto Mayor a través de la aclaración de las funciones que tendrían el Consejo Nacional, así como también, los estaduales y municipales.

A través de los consejos de adultos mayores, se vuelve a poner en el tapete la cuestión de la participación del adulto mayor en la vida política. En cuanto la concepción de consejos de carácter igualitario, prevé la participación de entidades representativas de los adultos mayores (con un pequeño filtro en cuanto al nivel de participación pretendida, estatal, o municipal).

Podemos preguntarnos: ¿cómo los adultos mayores van a organizarse para garantizar la representación en los consejos? ¿Qué adulto mayor podrá organizarse? El segmento de los adultos mayores aún es poco organizado. Los jubilados y los pensionistas tienen una organización de ámbito nacional bastante estructurada con sus ramificaciones en los diversos estados y en distintas ciudades.

A través de la participación y el seguimiento de diversos consejos de adultos mayores, tanto municipales como estatales, existe alguna dificultad en que algunos miembros comprendan su papel como representantes de grupos y/o entidades, así como el control de deliberación y social que debe ser ejercida por el/los consejo(s).

Estas cuestiones son mucho más difíciles cuando se refieren a grupos de mayor edad con escasa participación en el proceso político. Pueden añadirse a estas dificultades unas características de la población de edad avanzada: mayoritariamente mujeres y de origen rural. En ciertos ambientes donde nacieron y/o se criaron estas personas existía una clara dependencia de la figura masculina (padre y marido), por lo que la mujer tenía dificultades para tomar decisiones y relacionarse políticamente.

Por otro lado, hay una relación de dependencia en el amiguismo en el poder también hacia los hombres. Estas relaciones y formas de trabajo también estarán presentes en la forma en que las personas mayores ejercerán su representación.

Son estos aspectos los que necesitan ser considerados cuando se pretende trabajar en la dirección del adulto mayor como protagonista. Es una dimensión a ser explorada no solo en la acción directa con las personas adultas mayores sino también en las acciones educativas junto a los aspectos de formación profesional.

Felizmente, ya existen varias experiencias donde la situación está siendo modificada, fundamentada en el valor de la efectiva participación de los actores. Estas reafirman la capacidad del adulto mayor de luchar, teniendo, por lo tanto, condiciones para hablar por sí mismo, de saber su historia y de trazar caminos que todavía puede recorrer.

Consideraciones finales

Muchos consideran que el aumento de la población adulta mayor brasileña es ¤un problema de orden público para el Estado" (Alencar y Carvalho, 2009: 438). Por otro lado, estas autoras afirman la existencia de una gran laguna en la discusión sobre el asunto en las distintas esferas, sean estas institucionales, jurídicas o académicas. Además, se discute acerca de los aspectos relacionados con la predominancia de la población femenina entre los adultos mayores; género que, como asegura Camarano (2002), vive más que los hombres y está más vulnerable a las enfermedades.

Es necesario pensar a la población adulta mayor considerando sus diferencias, ya sea en relación a la distribución geográfica, a los aspectos culturales y de género o bien como la característica de los que viven en el medio urbano o en el medio rural. La ejecución de políticas públicas para los adultos mayores precisa considerar, dentro de otras cuestiones, las características antes apuntadas. ¿Es lo que efectivamente ha sucedido?

Una vez más, utilizando la opinión de la profesora Nara da Costa Rodrigues, se afirma que existen proyectos para la atención del adulto mayor, pero que estos no son ejecutados. Existe una falta de continuidad de programas gubernamentales por cuestiones de presupuesto o cambios de gobierno.

Se puede, por otro lado, pensar que todavía no existen mecanismos para la ejecución de estas políticas establecidas. Políticas que deberían ser de Estado y no de gobierno, y en las que sean previstas las fuentes de financiamiento y la estructura de la gestión en los diversos niveles.

Los que gestionan las políticas públicas deberían tener poder de articulación y de decisión y no estar a la merced de favores de quien las ejecute. Hay que pensar una política no sectorizada, pero que complemente y articule las diversas interfaces relacionadas con el envejecimiento y con el adulto mayor; que tome en cuenta las características de la población mayor y no solo los intereses políticos partidarios y/o la obtención de votos por la aprobación de los proyectos y presupuestos.

Por otro lado, podemos considerar que hubo grandes avances con la promulgación del Estatuto del Adulto Mayor. La cuestión del adulto mayor pasó a tener mayor visibilidad en los medios. Parece que la prensa descubrió la existencia de personas mayores de 60 años que hasta entonces parecían no existir.

Claro que fueron tratados, en el inicio, muchos temas de la violación del Estatuto. Estas cuestiones tal vez hayan sido enfatizadas debido a la incorporación del Estatuto en la tipificación de crímenes cometidos contra el adulto mayor; una situación nueva, que trajo la esperanza de una nueva mirada sobre la cuestión, pero que no parece suficiente.

Considerando también la efectiva creación de los consejos del adulto mayor, que fue reforzada por el Estatuto, se colocan en cuestiones referentes a la participación y la organización para que puedan estar representadas en las instancias deliberativas y de control social.

Jamás se considera a los consejos como un espacio exclusivo de los adultos mayores, pero se piensa en formas de garantizar la presencia de ellos. La cuestión puede ser ampliada para que se cuestione su representación en los demás consejos de políticas públicas de los que también participan.

Así, se entenderá que el adulto mayor es un ciudadano que no solo se beneficia de las políticas públicas, sino que además participa de las decisiones, tanto en el planificación como en la fiscalización de los programas y proyectos a él destinados.

Cuando estos proyectos se concreten, se podrá tener un número más alto de adultos mayores que sean realmente parte de la construcción de una sociedad que deje de ver a la vejez —únicamente— como la ante sala de la muerte y pase a considerarla como una etapa de la vida donde también es posible ser activo, participativo y básicamente ciudadano.

Envejecimiento, género y políticas en Chile[6]

Dra. Paulina Osorio

Resumen

El actual contexto de análisis de los científicos sociales es el de una sociedad que envejece. Los cambios en la estructura de edad de la población tienen una implicancia significativa para la sociedad en general, a la vez que caracterizan la complejidad social contemporánea.

La revolución demográfica tiene consecuencias en todos los ámbitos del saber y la prolongación de la duración de la vida genera en el mundo entero cambios estructurales de gran alcance. Esto se deja sentir en el quehacer científico y en la aplicación del nuevo conocimiento en políticas sociales hacia este segmento de la población.

Las sociedades humanas se han organizado históricamente en base a la diferenciación, ya sea de clase, de género o de edad. Dentro de las distintas edades, la vejez constituye una categoría social y un elemento de identidad de las personas. Vale decir, ser persona mayor y vivir la vejez adquirirá una especificidad de acuerdo a la posición que se ocupe dentro de la estructura social, el género, el lugar de residencia y a una serie de características socioeconómicas y políticas.

Si observamos la realidad actual de América Latina, nos daremos cuenta de que esa diferenciación de funciones en razón de la edad y sus características es muchas veces un factor de exclusión más que de privilegios y derechos para muchos hombres y mujeres. A través de esta presentación los invito a mirar reflexiva y críticamente el proceso de envejecer, su relevancia de género y las políticas sociales en el presente siglo.

Introducción

El interés de las ciencias sociales por el envejecimiento responde o es una consecuencia directa del acelerado y acentuado envejecimiento de la población en la actualidad.

6 Esta presentación se basa, principalmente, en las publicaciones *Exclusión generacional: la tercera edad* (2006), *Envejecer en Chile: Una mirada femenina* (2008) y en investigaciones y trabajos realizados por la autora en los últimos tres años.

Ser viejo o vieja no es una cuestión exclusiva de nuestros tiempos o un acontecimiento de las últimas décadas, pero lo que sí es nuevo es la problematización del tema en términos científicos y disciplinarios.

No responde, eso sí, a una necesidad científica o disciplinaria, sino que surge como una necesidad sociopolítica de enfrentar en forma óptima e integral el envejecimiento de la población, pues en las últimas décadas el envejecimiento se ha tornado un acontecimiento sociodemográfico de relevancia nacional, regional y mundial.

Por lo tanto, la historia de las ciencias sociales nos muestra la estrecha y necesaria relación que se da entre la realidad social y el desarrollo de determinados campos de estudio con relevancia científica. De la mano, va su relevancia científica y sociopolítica.

El fenómeno del envejecimiento de la población y el aumento en la cantidad de personas mayores suele verse como un problema y una alarma, sobre todo, por el impacto que ello tiene sobre las políticas de pensiones, de salud y seguridad social. Sin embargo, sobre lo que no debe caber ninguna duda es que tanto el envejecimiento de la población, como la prolongación de la vida y el descenso de la mortalidad son un gran logro de las sociedades y del desarrollo económico-social.

El envejecimiento ya no solo se presenta como característico de los países desarrollados: ha comenzado a manifestarse seriamente en países en desarrollo como los nuestros. La experiencia acumulada en términos de envejecimiento poblacional de los países desarrollados nos muestra caminos a seguir y determinadas formas de actuar desde un punto de vista demográfico. Sin embargo, esa experiencia es viable para un contexto económico, social e institucional propio de países avanzados.

Dentro de las distintas edades, la vejez constituye una categoría social y un elemento de identidad de las personas. Si bien la vejez como etapa de la vida está presente en toda sociedad humana, su manifestación es particular y los contenidos y significados que las diferentes sociedades les atribuyen difieren de una cultura a otra y de un momento histórico a otro. Pero aparte de cuestiones estructurales, las sociedades y las diferentes culturas van creando imaginarios en torno a la edad, el proceso de envejecimiento, la vejez y lo que *ser vieja* y *ser viejo* significa.

Envejecimiento y longevidad

La longevidad es una característica importante de los tiempos modernos. Los avances en biomedicina han permitido mejorar las condiciones de vida durante la vejez. Este aumento en la esperanza de vida genera un cambio cultural significativo en cuanto a la proyección socio-individual. Vivimos un futuro cada vez más extenso. La vejez así entendida no es solo sinónimo de experiencia pasada, sino de vivencia presente y de proyección hacia el futuro.

Cuando la vejez es corta, se le vive en términos de ancianidad, pues efectivamente significa o representa los últimos años antes de la muerte, es su preámbulo. Dentro del proceso de envejecimiento, entiendo a la ancianidad como la cuarta edad, o sea, como la etapa del deterioro físico y mental, cuando las personas ya están enfermas, postradas y no les cabe ninguna posibilidad de interacción social.

Sin embargo, cuando a finales del siglo XX la longevidad es una realidad, la vejez adquiere otra significación socio-temporal, pues la distancia entre la adultez mayor y la muerte es mucho más amplia y la frontera entre ellas ya no resulta *biocronológicamente* muy clara.

Con el cada vez mayor alargamiento de la vida, llega un momento en que la edad cronológica ya no es el mejor referente para predecir intereses, actitudes, capacidades intelectuales y sociales, o incluso vitalidad y fortaleza. La última etapa de la vida —producto de su alargamiento— se ha tornado cada vez más compleja y multiforme. La vida misma y la vejez se tornan diferentes, con otros significados. El aumento de la esperanza de vida y las características del proceso de envejecimiento están desdibujando la entrada hacia la vejez, a la vez que se van experimentando cambios en las transiciones vitales tradicionales y configurando nuevas identidades etarias.

Incluso, en algunos países industrializados la etapa anterior a la jubilación, la prejubilación, se ha convertido en un nuevo período de transición (Osorio, 2004). La prolongación de la vida no solo se manifiesta en una jubilación más larga, sino que todas las etapas de la vida se han alargado: la niñez y la juventud duran más, los períodos de aprendizaje y formación también se han alargado. Incluso el momento de la maternidad y la paternidad son cada vez más tardíos. Se experimenta así, la construcción de un nuevo imaginario de la vida, sus etapas y sus identidades etarias.

El envejecimiento se debe entender como un proceso, pero no solo como un proceso lineal en el interior del ciclo vital. Como construcción social presenta muchos retrocesos y también da algunos saltos cualitativos de cambio cultural, como por ejemplo, los ligados a la revolución demográfica y a la mayor longevidad del siglo actual.

A nivel individual, este proceso es dinámico y discontinuo. Para ser entendido no solo se debe observar y conocer desde un estado de vejez, desde una situación estática de solo estar viejo o vieja, sino también como una construcción social y biográfica.

Desde la adultez a la vejez y después de esta, la edad manifiesta una serie de mutaciones en relación a su significado social. Los cambios son una realidad que acompaña a los seres humanos a lo largo de todo su ciclo vital. Ahora bien, cuanto más vive una persona, mayor será su posibilidad de cambios. Vale decir, que el inicio o la llegada de la vejez no necesariamente se traduce en la uniformidad y permanencia de un único estado en las personas.

La vida de mujeres y hombres se va abriendo en una gama de intereses, experiencias, prioridades y relaciones a medida que envejecen. De tal forma que si las personas cambian a lo largo de su proceso de envejecimiento, entonces la longevidad traerá mayor diversidad hasta que esas diferencias se vayan equilibrando.

Interesante resulta, por lo tanto, la temática de continuidad y cambio a lo largo de la vida para la comprensión de este fenómeno. En la actualidad, socioculturalmente hablando, los marcadores de la edad social se diluyen, desaparecen o no son reelaborados a través de nuevos ritos de paso de transiciones vitales.

Deberemos crear nuevos *ritos* de paso para nuevas etapas y sentidos al interior del ciclo de vida. Quizá sea la infancia-adolescencia el período del curso vital mayormente definido y delimitado. El sistema educativo formal marca una cronología clara a los acontecimientos y experiencias durante esta etapa de la vida en mujeres y hombres.

En otro tiempo lo fueron también el matrimonio, la actividad laboral o la llegada del primer hijo. Los cambios de la modernidad han relativizado estos últimos. No así la institución social de la educación.

Ser persona mayor y significados culturales

A pesar de que estemos vaticinando una nueva vejez en términos más positivos, socialmente aún es un tema tabú. Aunque las personas se saben viejas, raramente se reconocen como tal. El no reconocerse como persona mayor puede responder a varios factores.

Primero, el relacionado con la edad sentida *versus* la edad cronológica. Sin negar el peso de la edad real, esta también entra en juego con la subjetividad (individual y colectiva). El punto de partida de esta edad sentida es la realidad subjetiva de cada hombre y cada mujer, la definición que la persona hace de sí misma.

Por ejemplo, 'me he jubilado, pero yo aún me siento joven'. La edad sentida "se configura a partir de cualidades personales y de carácter que manifiestan grados de autoestima, salud, capacidad de adaptarse a los cambios, habilidades sociales, así como aspectos relacionados con las características del entorno social y afectivo" (Del Valle, 2002: 49).

Si se le pregunta a una persona de 65 años si se considera de la tercera edad, lo más probable es que su respuesta inmediata sea que no, pues se siente y mantiene activo y saludable. Con la jubilación —como edad social— suele ser diferente. La persona jubilada se reconoce como jubilada, pues su identidad la encuentra en el hecho de haber participado activamente en el mercado de trabajo. Por lo tanto, en su ser de persona trabajadora está su ser de persona jubilada; no únicamente en su ser persona mayor.

Segundo, el relacionado con el actual imaginario social de vejez en las sociedades occidentales. En la cultura occidental moderna se configuran imágenes negativas de la vejez, principalmente ligadas a ideas de negación y pérdidas. La vejez se asocia a imágenes de carencias, deterioro y enfermedad y en una relación directa con la muerte.

Las personas mayores son caracterizadas como dependientes, inactivas, improductivas, enfermizas, intolerantes y en términos opuestos a la juventud, que es la etapa de la integración, de la vida laboral, en la que se establecen y consolidan la mayoría de las redes y relaciones sociales. Los valores ideales de vida están dados, socialmente, por lo que ser joven significa: cánones de belleza, vitalidad, salud, sexualidad y agilidad.

Para el caso de las mujeres, la menopausia —a los 50 o 55 años, aproximadamente— es el acontecimiento que ha marcado simbólicamente el comienzo de la adultez mayor o vejez. Curiosamente, la ley establece que a los 60 o 65 años una persona es considerada un adulto mayor. [7]

La mujer que envejece ha marcado el comienzo de esta etapa del ciclo vital diez años antes, y lo hace desde su cuerpo, cuando vive la pérdida de su capacidad reproductiva.

7 En algunos países de América Latina se marca una distinción de género, y la mujer es considerada adulta mayor a partir de los 60 años y los hombres desde los 65 años. Dicha diferencia responde a que legalmente las mujeres tienen derecho a jubilarse y pueden comenzar a recibir la pensión de jubilación a esa edad, y los hombres cinco años después.

Esto significa que no solo se ha jubilado en la esfera de lo público, sino que, en la esfera de lo privado y lo doméstico, también ha perdido su rol: el reproductivo.[8]

La identificación culturalmente arraigada de la menopausia como "el comienzo del deterioro del cuerpo de la mujer (…) contribuye a fijar en las mujeres el comienzo de la vejez de una manera distinta de como se hace en los hombres" (Del Valle, 2002: 53).

El cuerpo adquiere así una dimensión simbólica antropológica cargada de respuestas y significaciones culturales en torno a sus cambios, transiciones y transformaciones biológicas. Lo corporal no es solo natural, sino que siempre es construido social y culturalmente. El cuerpo es un *lugar* que cambia en su funcionamiento, configuración, en la interacción con él mismo y en su (auto) percepción. De aquí se desprende también que la edad cronológica de hombres y mujeres mayores no coincida con su edad sentida y social (Del Valle, 2002: 53).

Envejecimiento y género

Socioculturalmente hablando, al aproximarnos al fenómeno de la vejez y el envejecimiento, la perspectiva de género resulta relevante, no solo como principio estructurador de toda la sociedad humana (Moore, 1996), sino también porque el mundo del envejecimiento es y será principalmente femenino en términos de longevidad y mayores esperanzas de vida. Cada momento histórico y cada particularidad cultural aporta contenidos sociales a la biografía de cada mujer y la acompañan a lo largo de su proceso de envejecimiento.

En términos demográficos, los últimos años han sido cruciales para el incremento del número de personas mayores en relación al total de la población, particularmente en el caso de las mujeres.

En Chile, al año 2005 la población estimada de personas mayores es de 1.814.125, de las cuales 1.023.456 son mujeres. Así, las mujeres mayores constituyen un grupo dominante en términos demográficos, dentro de su segmento de edad. Sin embargo, su mayoría numérica no necesariamente se traduce en una mayor incidencia en determinadas toma de decisiones en torno a su persona, salud y transiciones vitales y sociales; situación que debiera ir cambiando en los próximos años pues, al menos en términos de números, esa tendencia continuará.

Al hacer una proyección al 2020, por ejemplo, las mujeres mayores en Chile podrían llegar a 1.658.834 dentro de una población general de 3.002.867 personas mayores. Así, si hay algo que caracteriza a las mujeres mayores a lo largo y ancho de Chile en la actualidad es su heterogeneidad. Y dentro de esa diversidad, su mayoría numérica. Sabemos que del total de la población en nuestro país, el 50.9% son mujeres. En el caso de la población mayor de 60 años, esa cifra aumenta al 56.3%.

La edad y la condición de hombre o mujer son partes integrantes de la identidad de las personas. Ambas condiciones suponen realidades dinámicas (no estáticas) a lo largo de la vida, actúan de forma inseparable, como elementos de su identidad en su

8 Entendemos como rol reproductivo no solo la capacidad de parir hijos. En su significación sociocultural, denota todo el quehacer dentro del ámbito de lo doméstico: criar, educar, socializar, alimentar y sustentar a la familia.

interacción social e individual. En este marco, debemos observar el envejecimiento como un proceso que da cuenta de la articulación entre aspectos subjetivos de hombres y mujeres. Y "su ser social en un proceso de construcción histórica. (…) Entender la vejez como un estado, por esto mismo, resulta complicado. La entendemos más bien, como una construcción biográfica individual e histórica cultural" (Osorio, 2006b).

Cada momento histórico y cada particularidad cultural aporta contenidos sociales a la biografía de cada mujer y la acompañan a lo largo de su proceso de envejecimiento. Esto nos permite comprender cómo desde esa identidad de *ser mujer envejeciente* se van tomando decisiones, enfrentando situaciones y definiendo estrategias. En el fondo, viviendo y experimentando transiciones vitales que dan cuenta del envejecimiento como un proceso dinámico y complejo. De esa forma las mujeres logramos una perspectiva general de nuestro curso de vida, interpretando un pasado, experimentando un presente y proyectando un futuro; un futuro cada vez más extenso producto de la mayor longevidad.

Cuando hablamos de longevidad necesariamente nos cruzamos con un tema de género. Primero, porque las mujeres viven más que los hombres. A pesar de que estadísticamente nacen más hombres en el mundo, estos no logran sobrevivir a las mujeres. Por lo tanto, la longevidad es una realidad experimentada principalmente —para no decir exclusivamente— por mujeres.

Segundo, por la feminización social de la vejez. Frente a ella, Pérez (1999) postula la siguiente hipótesis: la revolución demográfica no solo provoca una nueva distribución por edades y sexo en la estructura poblacional, sino también una nueva significación social de roles y relaciones de género en todas la edades.

De esta forma, el cambio en la estructura por edades afectará las dinámicas y funciones de hombres y mujeres de todas las edades, las cuales se redistribuirán de acuerdo a nuevos modelos de ser mujer joven, hombre mayor, etcétera. Por lo tanto, más que ser una alarma y una hecatombe demográfica, la longevidad abre nuevas posibilidades y muestra nuevas potencialidades.

Las mujeres mayores estarían encarnando un nuevo modelo de feminidad, invisible e inadvertido a la luz de las transformaciones que protagonizan las mujeres jóvenes en relación a los varones de su misma edad. Desde este punto de vista, la dimensión de género del envejecimiento se ha caracterizado por las ausencias. Los estudios se han limitado principalmente al conocimiento de mujeres mayores y sus condiciones desfavorables en el interior de la sociedad, producto de que el envejecimiento demográfico es una realidad predominantemente femenina (Bernard, 2001).

El conocimiento de la construcción y las relaciones de género durante la vejez y de lo que ser hombre y ser mujer mayor significa en los y las *envejecientes* no ha sido tratado mayormente por los estudios de la vejez y el envejecimiento. Pérez (1999) sostiene que esta omisión y confusión es producto de cómo han sido caracterizadas las mujeres durante la vejez y cómo ha sido presentada esta realidad. Y ello, principalmente, porque ha sido descritas con los elementos que intervienen y caracterizan las trayectorias vitales masculinas y a la luz de valores propios de la juventud.

Tercero, la feminización del envejecimiento la vemos también en el hecho de que los cuidados durante la vejez recaen en mujeres. Son ellas, dentro de la estructura familiar, las principales cuidadoras. "Las aportaciones de las personas ancianas

mediante su trabajo gratuito resulta hoy en día tan imperceptible como lo era hace 20 años el trabajo gratuito de las mujeres en el ámbito doméstico y en el del cuidado de otras personas" (Arber y Ginn, 1996: 24).

En Chile, muchas mujeres envejecen siendo cuidadoras y aportando mediante su trabajo gratuito e invisibilizado en su rol de abuelas. Sobre todo en los sectores urbanos populares, hacen un incalculable aporte informal al mantenimiento y desarrollo de la familia y las redes sociales de base.

Estas abuelas han sido y son protagonistas y brindan un gran apoyo en la crianza de muchos nietos, nietas (y hasta bisnietos y bisnietas) cuando las hijas deben salir a trabajar. Vale decir: detrás de miles de mujeres jóvenes que se incorporan al mercado laboral —formal o informal— hay miles de mujeres mayores siendo un soporte de esa situación.

La desigualdad en el mercado de trabajo (que se deja ver en la diferencia salarial, por ejemplo) entre hombres y mujeres es un antecedente importante en cuanto a que las desigualdades de género presentes durante la vida laboral suelen proyectarse hacia la jubilación.

Así, "la pobreza en la vejez comienza cuando se trabaja a cambio de salarios bajos, y en las mujeres se da una constante histórica en este sentido" (Bazo, 2001: 25). Es una cuestión preocupante a la hora de percibir la pensión de jubilación pues, si ya sabemos que las cotizaciones de las mujeres suelen ser más irregulares que las de los hombres (por concepto de maternidad, cuidado de hijos o familiares), estas se ven mayormente afectadas por la merma que significa cotizar por un sueldo más bajo.

"Al tiempo que las mujeres continúan siendo en su período de vida activa un ejército de reserva de mano de obra, se mantiene y perpetúa el sistema de desigualdad entre géneros que culmina en la ancianidad" (Bazo, 2001: 25). Por lo tanto, los mayores desniveles económicos se presentan en la vejez en las mujeres mayores. Se constata que dentro de las mujeres son las más ancianas y las que viven solas quienes se encuentran en la escala de ingresos más baja.

En sectores rurales y en algunas zonas del sur de Chile, la jubilación en términos de dejar de trabajar prácticamente no existe. Incluso decir *mujer trabajadora* adquiere una connotación de redundancia. La mujer mayor es de por sí trabajadora, lo ha sido desde muy temprana edad, sobre todo dentro del hogar y otras veces fuera del hogar. Ambas actividades —la doméstica y la laboral— están muy imbricadas y las constituye en un solo estado de mujeres trabajadoras. Para ellas la vejez se asocia a estados de salud, sobre todo a aquel momento de la vida en que llegan las enfermedades que les impiden seguir trabajando en sus labores de artesanas, agricultoras, pescadoras y recolectoras.

Producto de la política pública de pensiones asistenciales y de gracia, al cumplir los 65 años, gran parte de estas mujeres comienza a recibir este dinero, que en el fondo no solo significa un ingreso para ellas, sino también el sustento de toda una familia: sus hijos y los hijos de estos (sobre todo, hijos e hijas solteros).

Este hecho es tremendamente significativo y grafica muy bien la situación de las mujeres mayores jefas de hogar en Chile. Representan el 38,2%; cifra superior a la proporción de mujeres jefas de hogar en otros tramos de edad (en menores de 29 años es de 21,3%, y entre 30 y 59 años es del 22%).

Dentro de la precariedad económica que caracteriza la situación de las mujeres mayores, dada la feminización de la pobreza, las mujeres durante la vejez son un verdadero sustento de sus núcleos familiares, no solo de cuidados y emocional, sino también económico.

Los cambios sociales y demográficos han generado nuevos patrones de vida familiar, social, profesional y personal en las mujeres maduras. Y nuevas configuraciones y expectativas hacia la vejez como por ejemplo ser abuela a edad madura o ser bisabuela en la vejez.

Frente a ello, debemos considerar que la vejez no es solo una realidad cronológica, sino también una realidad fuertemente ligada a experiencias en el paso del tiempo. Es, ante todo, una realidad social y *experiencial*. Las mujeres mayores viven aprendizajes de construcción de identidad constante sobre la base de lo que han sido y de lo que les ha tocado vivir. Son conscientes de los cambios en las diferentes etapas vitales, sin negarse como *envejecientes*.

Las principales transformaciones demográficas, sociales y económicas acaecidas en Chile en los últimos 100 años han repercutido en la experiencia vital de las personas: la niñez dura cada vez menos, la juventud es cada vez más larga. Y la vejez no ha sido la excepción. Esta llega después y dura cada vez más.

Las mujeres mayores comenzarán a protagonizar una vejez más preventiva. Al generar expectativas frente a lo que esperan que no sea su vejez, aparece con mucha fuerza la dependencia y ser una carga o preocupación para la familia más directa.

El deterioro se asume como natural, como parte del ciclo vital y de la última etapa. Se sabe que llegará, aunque también son conscientes de que les llegará mucho más tarde de lo que les pudo llegar a sus madres o abuelas, pues pertenecen a una generación con mayores esperanzas de vida y posibilidades de llegar en mejores condiciones de vida y salud. No es la cercanía de la muerte a lo que más temen: es al deterioro y a las condiciones en que vivirán la vejez. Porque el deterioro genera dependencia y la dependencia es vista como una muerte social.

Lo relevante de los avances en biomedicina y de las mejoras en las condiciones de vejez de las personas es que justamente retarda la llegada y reduce sus grados de dependencia. Si bien la dependencia también se relaciona con un estado de vejez, es posible prevenirla y prepararse para que no sea sinónimo de carga social o familiar.

Para ellas, gran parte de esa prevención radica en conocer, organizar y preparar la llegada del estado de dependencia por medio de una vejez más autónoma. Desde ahí también emerge la imagen o idea de vejez como no poder valerse por sí mismo, que ya la han vivido en sus propias madres. De la familia demandan compañía y preocupación, no abandono, pero no proyectan su vejez sobre la expectativa de ser una responsabilidad de hijos o familiares cercanos.

Las mujeres mayores en Chile comenzarán a protagonizar una nueva generación, donde la vejez que esperan vivir es activa, saludable, participativa en su propio cuidado y productiva en términos sociales e individuales. La construcción de identidad como *mujer mayor* va muy vinculada a la identificación con una edad social y una edad sentida, o sea, sentirse y saberse mayor y desde ahí construir redes de relaciones sociales.

Sin embargo, a pesar de que ellas se han ido ganando espacios, gran parte de las mujeres que envejecen lo hacen desde la invisibilidad y la vulnerabilidad. Las mujeres en nuestra región no envejecen ejerciendo derechos ciudadanos. Desde este punto de vista, la discriminación es una característica que atraviesa la realidad de la vejez femenina. Como sociedad tenemos mucho que hacer al respecto y una gran tarea en el marco de los inicios del siglo XXI.

La persona mayor como sujeto de política

Cuando la problemática de la vejez era competencia casi exclusiva de determinadas instituciones públicas o privadas de beneficencia, la construcción social de la edad mayor, se enmarcaba dentro de los llamados grupos vulnerables.

Los individuos más necesitados son vistos como frágiles y receptores pasivos de beneficios y asistencia, sin ninguna capacidad o derecho que ejercer. De todas formas, la idea de igualdad está implícita en la de *beneficencia paternalista*, pero no la de derecho, que deviene de ciudadanía. El ciudadano es aquel que no solo tiene derechos, sino que también los conoce y los ejerce conciencia ciudadana.

Las primeras aproximaciones a la adultez mayor, por lo tanto, han sido aquellas que la perciben y conceptualizan desde la vulnerabilidad, la filantropía y la protección. El argumento de protección hacia las persona mayores encubre un argumento o idea discriminatoria, en cuanto el estado de protección los reduce a sujetos pasivos y solo receptores de beneficios, invalidándonos socialmente y neutralizando su calidad de sujetos de derecho, de ciudadanía. La protección a la ancianidad la fue marginado y construyendo con elementos de discriminación (Osorio, 2006a).

En algunas sociedades, la exclusión social de la vejez responde también, entre otros factores, al hecho de que las personas mayores se fueron constituyendo como sujetos de beneficio y de asistencia que los margina, que no les da un lugar y un rol activo como recurso para el desarrollo y ejercicio de ciudadanía.

Una de las características de la sociedad actual, es que es cada vez más individualista y con una política económica y social que favorece a un sector económicamente productivo por sobre la vejez, las personas ancianas, jubiladas y los económicamente *improductivos* (Walker, 1980).

Al jubilar y al llegar a la adultez mayor, tanto a hombres como a mujeres se les enmarca en el interior de una categoría que no es ni productiva ni propiamente reproductiva en su quehacer cotidiano. No es económicamente productivo, por lo tanto, ya no participa activamente ni incide dentro de la esfera pública. Las personas mayores han sido, en el sentido sociológico del término, marginadas. Están integrando la sociedad pero no participan de ella: solo pueden recibir beneficios sin dirigir ni tomar decisiones. Comfort (1984: 22) se refiere al fenómeno de la siguiente forma: “se les arrincona como ciudadanos acabados y desprovistos de toda utilidad pública, al mismo tiempo que se les adoctrina para que se aparten del mundo... hasta que la muerte venga por ellos”.

Si miramos adelante haciendo una proyección del futuro de la vejez, el panorama cambia. Se perfilan nuevos modelos de vejez, con mayores recursos sociales,

culturales, educacionales y financieros que las generaciones precedentes. El contexto sociocultural del envejecimiento ha ido cambiando progresivamente. Las futuras generaciones protagonizarán una vejez diferente.

En este contexto, el marco de políticas sociales y públicas hacia este sector también ha ido cambiando, pues el aumento de la población no solo modifica la estructura demográfica sino que se presentan cambios en el interior de la compleja dinámica social y su estructura.

Si bien las cifras son demasiado objetivas, este no es solamente un problema de números. El problema social y político que puede significar para una sociedad envejecida no considerar a este segmento de la población como un importante recurso humano para el desarrollo del país puede ocasionar considerables problemas al sistema de seguridad social (pensiones, montepíos, jubilaciones), al sistema de salud y, en general, consecuencias socioeconómicas desfavorables y de exclusión.

Ante ello se propone la figura del envejecimiento activo y productivo bajo una conjunción de deberes o responsabilidades individuales y sociales y el ejercicio de derechos, para no ser excluido del entorno de la toma de decisiones. Y que se generen políticas sociales sobre la base de un paradigma de envejecimiento activo y ciudadano, que provea de los mecanismos necesarios para una real inclusión y participación ciudadana de hombres y mujeres mayores.

La participación social y la satisfacción consigo mismo son claves para que la experiencia de la vida en la vejez sea significativa. Es cargarla de significado y sentido para uno mismo y para los demás. O sea, que aquel significado se traduzca en un compromiso permanente.

A lo largo del proceso de envejecer es importante el reconocimiento y la valoración de la contribución que hacen los viejos y las viejas, tanto en el ámbito familiar como comunitario y social. Las instituciones deben ofrecer la oportunidad a las personas mayores de contribuir y participar activamente, de forma de no traicionar sus propias capacidades.

Por tanto deberemos replantearnos la pregunta por la adultez mayor en los actuales contextos de cambio y experiencias asociadas con el envejecimiento al interior de nuestras sociedades. Incluso se enfatiza la necesidad de un nuevo contrato social intergeneracional ante el creciente envejecimiento poblacional, en el que las personas mayores sean ciudadanas activas a la vez que un recurso de participación social real.

Uno de los desafíos para las generaciones futuras y sus gobiernos es promover un nuevo contrato intergeneracional. Y para que no peligre la solidaridad y las relaciones entre ellas, las políticas orientadas hacia la superación de la pobreza en la vejez juegan un rol clave. Incluso, la reducción de la dependencia de los mayores debe ser una labor conjunta entre generaciones (Osorio, 2006a).

A pesar de los numerosos cambios que se han ido dando en relación al proceso de envejecimiento, la pobreza y la desigualdad son aún realidades que caracterizan la vejez de numerosas personas en América Latina en el siglo XXI. Sabemos que se envejece en determinados contextos sociohistóricos y esto no ha sido favorable o inclusivo para las personas de edad.

Numerosas sociedades aún invisibilizan la realidad de la vejez, pues tanto hombres como mujeres envejecen en la soledad, la pobreza y el aislamiento. Ello nos muestra cómo la problemática de la vejez y el envejecimiento y su situación de exclusión social se encuentra justo en la intersección de cambios sociales claves del siglo XX y comienzos del XXI, pues trasciende hacia una serie de realidades, tales como el mercado de trabajo, el sistema de producción, la seguridad social, los sistemas de pensiones, las reformas en el sistema público de salud, la estructura familiar y el consumo (Osorio, 2006a).

Todo ello cruzado por uno de los fenómenos sociodemográficos más significativos del siglo pasado, como es el aumento en la esperanza de vida y la consiguiente mayor longevidad en hombres y, sobre todo, en mujeres. Producto de esta conquista del tiempo, la vejez será cada vez menos sinónimo de muerte, muerte biológica. El desafío de las generaciones y las políticas es, justamente, que el envejecimiento sea sinónimo de equidad y calidad de vida.

Paraguay: Un acercamiento a la situación de las personas mayores

Lic. Ariel Miño Worobiej

A modo de introducción: situación demográfica en Paraguay

La población de adultos mayores en Paraguay

De acuerdo con las proyecciones de población con base en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2002, la población paraguaya en el 2010 es de 6.451.122, con un leve predominio de la población masculina (50,5%), así como una ligera predominancia de la población en áreas urbanas (56,7%).

La alta fecundidad (2,7 hijos por mujer, con una tasa de natalidad de 27 nacimientos por cada 1.000 habitantes), la baja mortalidad (5,3 por 1.000) y un saldo migratorio negativo pero moderado (-1,6 por 1.000), determinan una alta tasa de crecimiento, que ha hecho que en el último medio siglo el país haya cuadruplicado su población. De mantenerse las tasas de crecimientos de la década 1992-2002 (2,2% anual), la población se volvería a duplicar en unos 30 años.

Paraguay tiene una población joven (el 37% es menor de 15 años) y cuenta con unos índices de envejecimiento bajos. El número de personas mayores de 60 años residentes en el país ha sido cifrada por el censo de 2002 en 368.233 (un 7,1% de la población total). La proporción que suponen las personas mayores de 65 años sobre el conjunto de la población no llega a superar el 6%. Y los mayores de 85 son solo el 0,5%.

En la población mayor de 60 años hay una preponderancia femenina que se va intensificando con la edad. Mientras que en el conjunto de la población, teniendo en cuenta todos los grupos de edad, la proporción global de mujeres es del 49,6%, entre los mayores de 60 años esa proporción se eleva hasta el 53,2%. Y sigue aumentando conforme lo hace la edad, pues las mujeres representan el 55,3% de los mayores de 70 años y el 58,9% de los mayores de 80.

La distribución según área de residencia de los adultos mayores es muy similar a la de la población total de Paraguay. Según el censo de 2000, el 56,9% de las personas mayores de 60 años residían en áreas urbanas. Conforme avanza la edad, se observa una ligera tendencia al incremento de la proporción de residentes en áreas urbanas, que es del 57,4% entre los mayores de 70 años y del 57,8% entre los mayores de 80.

Evolución de la población mayor en el período 1975-2050

De acuerdo con los datos recogidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía en el número 73 de su *Boletín demográfico sobre estimaciones de población para América Latina y el Caribe* (2004), en el año 1975 la población de 60 años y más en Paraguay era de unas 191.000 personas y representaba el 7,2% de la población total.

Debido a las altas tasas de fecundidad que ha habido en Paraguay en el último cuarto del siglo XX, las estimaciones de la CEPAL señalan que en el año 2000 la población mayor, aunque superaba ya las 292.000 personas, habría reducido su proporción respecto al total hasta un porcentaje del 5,3%. Sin embargo, esa baja proporción ha de ser corregida al alza, pues la población total tomada como referencia, está sobreestimada, como han demostrado los datos del censo de 2002.

Las previsiones apuntan a que el porcentaje de personas adultas mayores se incrementará de forma significativa en los próximos años, hasta representar el 9,3% de la población paraguaya en 2025 y el 16,1% en el año 2050.

Durante el período comprendido entre 1975 y 2000, el conjunto de la población paraguaya mantuvo un crecimiento mayor que el de la población de 60 años y más, con tasas anuales de crecimiento del 29 por 1.000 y de 17 por 1.000, respectivamente.

Las previsiones señalan que esta situación cambiará a lo largo de las próximas décadas y las tendencias se invertirán de manera que entre el año 2000 y el 2025 la población mayor crecerá el doble que la población total, con tasas estimadas de crecimiento anual medio del 21,3 por 1.000 para el total de la población y del 43,8 por 1.000 para la población de 60 años y más.

La población de adultos mayores seguirá aumentando a un ritmo mucho más rápido que el de la población total en el período comprendido entre 2025 y 2050, con una previsión de tasas anuales medias de crecimiento del 11,3 por 1.000 para el conjunto de la población frente al 33,2 por 1.000 en el caso de la población mayor.

Las pirámides de población paraguaya correspondientes a los años 2000, 2025 y 2050 reflejan la transición de una población joven que lentamente va envejeciendo. La imagen que ofrece la pirámide correspondiente al año 2000 es la de una población muy joven. El número de efectivos en cada grupo de edad es inferior al que le precede (la diferencia es particularmente notoria si se compara el grupo de personas de entre 25 y 30 años con el de entre 20 y 24. Esto refleja, sin duda, una importante emigración de personas jóvenes). La población de 60 años y más supone un volumen muy pequeño respecto del total.

Gráfico 2: Pirámide 1: población por sexo y edad, 2000.

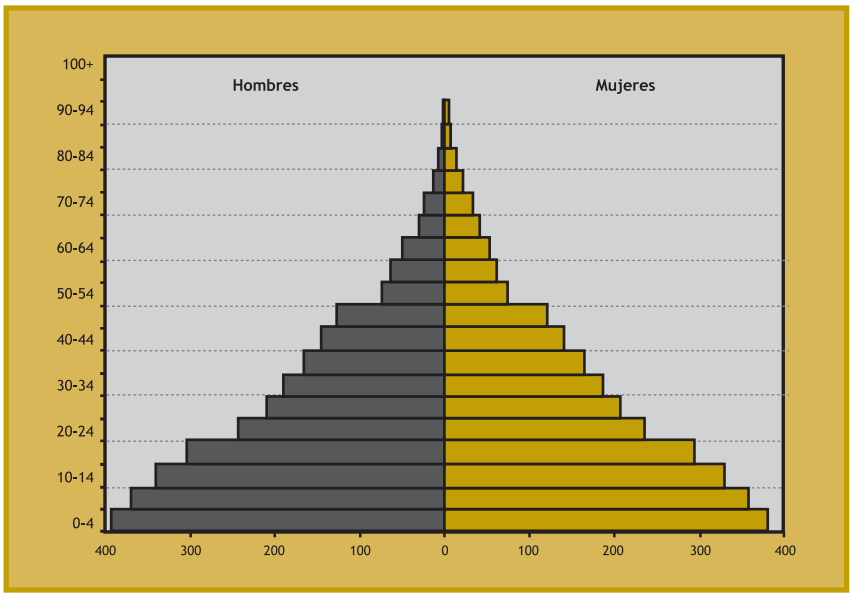


Gráfico 3: Pirámide 2: población por sexo y edad, 2025

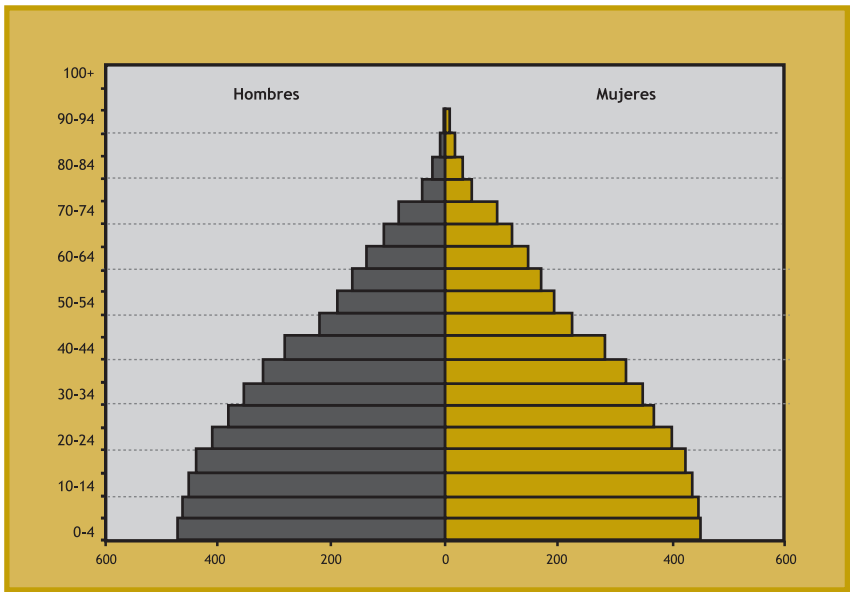
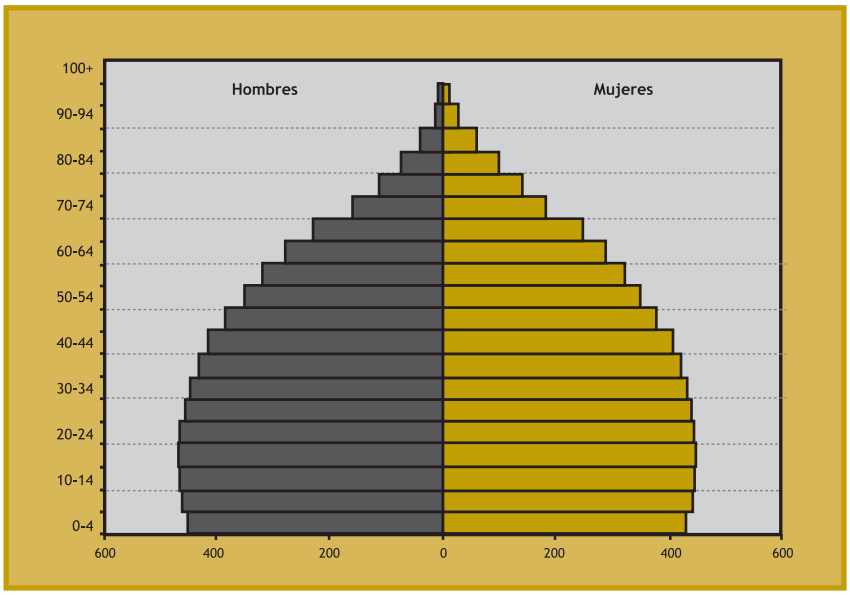


Gráfico 4: Pirámide 3: población por sexo y edad, 2050



Fuente: Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores 2002. CELADE.

Si bien las pirámides de los años 2000 y 2025 siguen manteniendo una base amplia, se puede observar cómo las cohortes de edad por encima de los 24 años empiezan a aumentar en volumen y, poco a poco, la base de la pirámide va moderando su crecimiento.

La perspectiva futura de la estructura demográfica en Paraguay nos deja, a mitad del siglo XXI, una pirámide poblacional madura, que empieza a decrecer por la base y a perfilar una imagen de carácter rectangular. La edad media de la población paraguaya, que era de algo menos de 18 años en 1975 y rondaba los 20 años en 2000, se espera que se eleve hasta los 26 años en el año 2025 y supere los 33 años en 2050.

Paraguay ha mantenido durante largo tiempo una tasa de fecundidad bastante alta. En el quinquenio 1970-1975 el número de hijos por mujer se situaba en 5,65, y para el período 1995-2000 era de 4,17. Se estima que para los quinquenios 2020-2025 y 2045-2050 la tasa se haya reducido a 2,77 y 1,9 hijos por mujer, respectivamente.

La mortalidad mantiene una tendencia descendente. La tasa bruta de mortalidad anual estimada para el quinquenio 1970-1975 se situó en 8,54 fallecimientos por cada 1.000 habitantes. En el quinquenio 1995-2000 esta cifra era de 5,43 fallecimientos por cada 1.000.

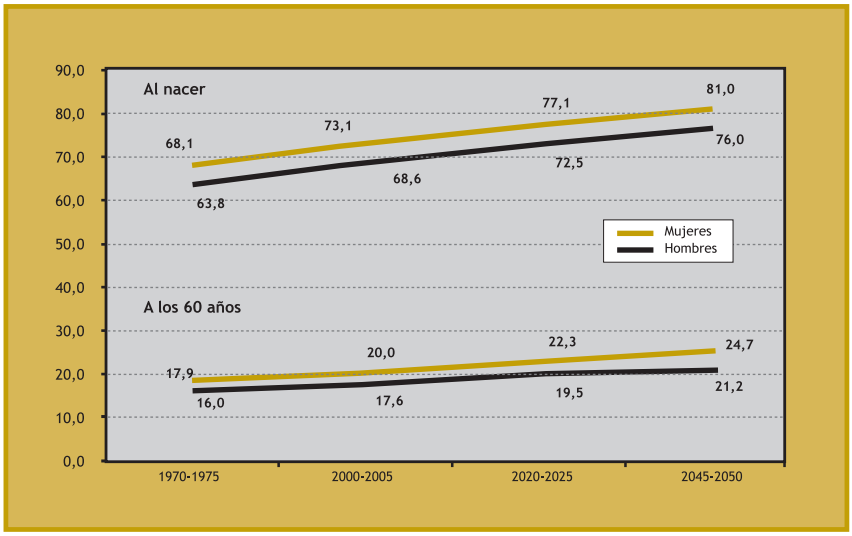
Se prevé que la tasa siga disminuyendo y alcance la cifra de 4,82 muertes por cada 1.000 habitantes en el 2020-2025 para volver a aumentar en casi dos puntos a mitad de siglo. Paraguay ha visto aumentar su esperanza de vida al nacer. En el quinquenio 1970-1975 la expectativa vital era de 65,9 años. En el período 2000-2005 pasó a los

70,8 años. La esperanza de vida proyectada al filo del primer cuarto de siglo (2020-2025) se estima en 74,8 años y se podrían alcanzar los 78,4 en el quinquenio 2045-2050.

Al igual que en los demás países de la región, las mujeres sobreviven alrededor de cinco años más que los hombres. En el quinquenio 1970-1975 la esperanza de vida se situaba en 63,8 años en los varones frente a los 68,1 que alcanzaban las mujeres, mientras en el primer lustro del siglo XXI esta cifra era ya de 68,6 años en los varones y de 73,1 años para las mujeres. La esperanza de vida proyectada mantiene estas diferencias entre hombres y mujeres, de forma que para el quinquenio 2020-2025 la expectativa vital de varones y mujeres estará en 72,5 y 77,1 años, respectivamente.

Por lo que respecta al número de años que le restarían por vivir a una persona al cumplir los 60, es importante señalar no solo la mayor longevidad de las mujeres, sino también el número de años que se ganarán. En 1975 la expectativa vital al cumplir 60 años era de 16 años adicionales para los varones y 18 para las mujeres, mientras que para el quinquenio 2045-2050 las cifras estimadas para varones y mujeres son 21,2 y 24,7 años respectivamente.

Gráfico 5: Esperanza de vida al nacer y a los 60 años.



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico n.º 72*, «América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050», CELADE, 2003.

La mayor tasa de supervivencia de las mujeres determina su mayor peso en el grupo de las personas mayores, así se refleja en el índice de masculinidad.

Aunque el aumento en la esperanza de vida de los adultos mayores tiende a generar un envejecimiento interno, de manera que las personas de 75 años y más aumentan

su volumen y peso dentro del grupo de los adultos mayores y, por supuesto, en la población total, las estimaciones y proyecciones de población disponibles para Paraguay no muestran con claridad ese fenómeno, debido a que las altas tasas de natalidad mantenidas a lo largo de todo el pasado siglo aseguran una afluencia continua y creciente de personas al grupo de adultos mayores.

El paulatino envejecimiento de la población paraguaya repercute en el aumento de la relación de dependencia (porcentaje de mayores respecto de la población potencialmente activa). Aunque las estimaciones se encuentran por debajo de las cifras que mantienen otros países del Cono Sur, la tendencia proyectada de esta variable en la primera mitad del siglo XXI es de carácter ascendente.

Las tasas de dependencia altas tienen una connotación negativa, ya que el número de personas en edades usualmente *improductivas* en relación a aquellos en edades productivas es muy elevado. Así, en el caso de Paraguay, estos datos sugieren que la composición por edad será más favorable al desarrollo socioeconómico en el futuro de lo que es actualmente.

Nótese, sin embargo, que la tasa de dependencia de los adultos mayores aumenta. Esto se asocia a una situación demográfica desventajosa, ya que los mayores de 65 años también se considerarían *improductivos*. Sin embargo, el aumento es limitado (de 5,8% a 19,2% en este período).

Es importante mencionar que en una población envejecida esta cifra puede superar el 50%. De hecho, en Paraguay, la razón de dependencia total experimenta una importante disminución durante el período de la proyección, proceso en el que disminuye la proporción de niños y adolescentes en relación a los adultos y a una población mayor aún pequeña, esto es el *bono demográfico*.

Condiciones de vida de los adultos mayores en Paraguay

Salud

Dada la falta de una política específica de salud destinada a los adultos mayores, estos cuentan con los mismos servicios que la sociedad en general. El porcentaje total de la población paraguaya que cuenta con cobertura de salud asegurada es el 19%. Se destacan las severas limitaciones de los asegurados fuera del Instituto de Previsión Social, IPS, que incluso cuenta con un Hospital Geriátrico. El resto utiliza los servicios de la sanidad pública en general, compuesta mayoritariamente por los servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y en menor medida por Hospital de Clínicas dependiente de la Universidad Nacional de Asunción, el Hospital Municipal dependiente de la Municipalidad de Asunción y la Sanidad Militar y Policial, o servicios privados.

En una aplicación de este informe a los adultos mayores se puede determinar que, a excepción de los asegurados en el IPS y un mínimo porcentaje en el aseguramiento privado, más del 83 % de los adultos mayores no tienen ningún tipo de seguro médico.

Cobertura de salud en Paraguay

Seguro público:

- Instituto de Previsión Social, IPS. Obligatorio para trabajadores del sector privado en situación de dependencia, titulares del Magisterio estatal, personal del servicio doméstico y veteranos de la Guerra del Chaco (no contributivos). Su cobertura alcanza al 10,9 % de la población. Incluye consultas, internaciones, cirugías, partos, medicamentos de una lista básica, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

- Sanidad Militar y Policial. Solo para sus integrantes y familiares. Da cobertura al 1,1 % de la población.

- Seguros mixtos: Pequeños emprendimientos municipales de cobertura simple. Sin significación porcentual en la cobertura de la población total.

- Seguro privado: La extensión depende de las cotizaciones. Mayoritariamente de cobertura simple, excluyendo medicamentos, accidentes, enfermedades crónicas o preexistentes, complejidad, tratamientos prolongados con severas restricciones al igual que terapia intensiva. Plazos de exclusión inicial. Su cobertura alcanza al 6,9% de la población.

La Encuesta Integrada de Hogares (EIH) 2000/01 revela que 46% de los adultos mayores se han enfermado o accidentado en el período de referencia considerado. La cifra es mayor a la observada en 1997/98, que fue de 42,5%. De los que han estado enfermos o accidentados, solo el 62,4% han consultado para atender sus dolencias, dato que demuestra la necesidad de realizar esfuerzos para acercar mejores y más oportunos servicios de salud a la población mayor.

Situación económica y pobreza

La cobertura de los sistemas de jubilaciones y pensiones en Paraguay es baja. A nivel nacional, el 14% de las personas de 60 y más años de edad es beneficiaria de la seguridad social. En las áreas urbanas, el 20% de los adultos mayores gozan de ese beneficio, frente al 6,8% en las áreas rurales.

Según los resultados finales del Censo Nacional de Población y viviendas del año 2002 hay en el país 33.956 jubilados (de los cuales 26.649 son mayores de 60 años) y 10.204 pensionados, de los cuales 8.708 son mayores de 60 años, por lo cual el total de adultos mayores que perciben jubilación o pensión es de 35.357. Esto es 0,69% del total de la población y 9,6% del total de adultos mayores del país.

No hay uniformidad en las cuantías de jubilaciones y pensiones. Ni siquiera se toma como referencia al salario mínimo establecido por ley para los trabajadores activos. La cobertura de la seguridad social, además de ser en general baja, prácticamente excluye a los adultos mayores en condiciones de pobreza.

A nivel nacional, la proporción de la población adulta no pobre beneficiaria de los sistemas de jubilación o pensión es 6 veces superior a la cobertura de la población

pobre. Por otro lado, si bien en el área rural la población adulta presenta menor cobertura, las diferencias entre pobres y no pobres son más acentuadas.

A pesar de la baja cobertura prestacional, la incidencia de la pobreza entre las personas de 60 años y más en Paraguay es más baja que la observada en las personas de 10 a 59 años, tanto en áreas urbanas como rurales, como ocurre en la mayor parte de los países latinoamericanos para los que se cuenta con información comparable.[9]

La menor incidencia de la pobreza entre los adultos mayores podría deberse, entre otros factores, al resultado de una acumulación de los recursos a lo largo de su vida productiva o, simplemente, a un efecto de selectividad por ingresos, ya que las personas más pobres están sujetas a tasas de mortalidad más elevadas.

Un hecho notable de los últimos tiempos, con el incremento de la emigración hacia otros países, es que las remesas de los nacionales que trabajan en el exterior se haya constituido en una de las tres primeras fuentes de ingresos de divisas para el país; si bien la motivación fundamental es la ayuda a los hijos que quedan en el país, los adultos mayores también se ven favorecidos por esta situación.

Políticas, programas o planes dirigidos hacia los adultos mayores en Paraguay

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través del Instituto de Bienestar Social (Dirección de Adultos Mayores) cuenta con un Plan de Acción a favor de las Personas Adultas Mayores (aprobado por la Resolución 550 del MSPBS para el quinquenio 1998-2002), que se fundamenta en las premisas 'Envejecer en Casa' y 'Participar', y cuyas líneas de acción son:

En favor del sector de los adultos mayores en general:

- Solidaridad con las personas de edad sin recursos económicos suficientes.
- Sensibilización, tanto de la sociedad en su conjunto como de determinados sectores, sobre los aspectos que conciernen al envejecimiento y a la vejez.
- Entorno accesible.
- Actualización permanente de datos e información.

En favor de los adultos mayores capaces de vida autónoma o independiente:

- Desarrollo de la participación social.
- Promoción de la educación y la cultura.

9 De acuerdo con CELADE (Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e Indicadores. Boletín informativo. Edición especial con ocasión de la II Asamblea Mundial de Naciones Unidas sobre el Envejecimiento, Madrid 2002), las únicas excepciones a esta tendencia son Costa Rica, El Salvador y Honduras.

- Organización del ocio y tiempo libre.
- Promoción de la salud.

En favor de los adultos mayores dependientes:

- Atención domiciliaria.
- Servicios de asistencia sanitaria y servicios sociales intermedios.
- Atención institucionalizada en hogares (servicios sociales especializados) y hospitales.
- Servicios sociales generales o comunitarios (apoyo a las familias).

Ámbitos prioritarios de actuación a favor de los adultos mayores

Seguridad económica

El Instituto de Previsión Social, a través de sus normas legales vigentes, brinda seguridad económica a los adultos mayores afiliados a su Caja, quienes con el cumplimiento de los requisitos legales exigidos, se acogen a los beneficios de la pensión y/o jubilación.

Actualmente hay 25.220 personas jubiladas y pensionadas que acceden a 35.213 beneficios del IPS. De estas personas, 5.067 tienen más de 60 años. De las 20.153 restantes no se puede determinar su edad por carecer de información en la base de datos.

También existen pensiones graciables del Congreso nacional, que están recibiendo actualmente 681 personas, mayoritariamente adultos mayores. Este beneficio se financia con aportes del Tesoro y no hay uniformidad en los montos asignados individualmente.

Recientemente el Estado ha aprobado la primera iniciativa de pago de pensiones no contributivas a adultos mayores, de 65 años y más. La ley 3.728 y su reglamentación promulgada por decreto del Ministerio de Hacienda, establecen el pago de la cuarta parte del salario mínimo vigente (unos 80 dólares), que en una primera etapa, correspondiente a agosto y diciembre de 2010 deberá cubrir a unas 5.000, con un incremento a partir de 2011, 20.000 adultos mayores por año.

Red de recursos

Red de recursos sociosanitarios

En Paraguay hay un total de 38 hogares de larga estadía para adultos mayores, que cuentan con un total aproximado de 1.500 plazas. Existen también 22 centros comunitarios de atención diurna, algunos de los cuales ofrecen servicios de ayuda a domicilio a personas adultas mayores con discapacidad física.

Cuadro: PARAGUAY. RED DE RECURSOS SOCIALES PARA LOS ADULTOS MAYORES

PARAGUAY	Red de recursos sociales para los adultos mayores	
Residencias	**Públicos**	**Privados sin fines de lucro**
	5 centros, con 300 plazas. 3 dependen del MSPBS, 1 del Min. de Defensa Nacional (Cuartel de la Victoria, para los Veteranos de la Guerra del Chaco) y 1 del Min. del Interior (San Francisco de Asis)	38 centros, con unas 500 plazas
Centros de atención diurna	10 centros, con 200 plazas	12 centros. El número de plazas se implementa acuerdo a las necesidades y posibilidades

Redes de apoyo social

Asociaciones

En Paraguay existen 120 organizaciones registradas de adultos mayores. No se dispone de datos sobre el porcentaje de adultos mayores que participa y los niveles de organización: asociaciones de primer grado (centros de mayores); asociaciones de segundo grado (federaciones) y asociaciones de tercer grado (confederaciones).

Actividad laboral

Ante la baja cobertura de los sistemas de jubilaciones y pensiones, la mayoría de los adultos mayores deben seguir en actividad, hasta que sus fuerzas lo permitan. La actividad predominante en el grupo que trabaja es la agricultura, que absorbe a casi 6 de cada 10 trabajadores de 60 y más años (Encuesta Integrada de Hogares 2000/01).

La actividad comercial junto con la explotación de restaurantes y hoteles es la segunda en orden de importancia (23,5%), los servicios comunales, personales y sociales ocupan al 10% de los adultos mayores y las industrias manufactureras a casi 10%.

De acuerdo con la Encuesta de Hogares 2003, más del 40% de los adultos mayores paraguayos está inserto en el mercado de trabajo. Las tasas son más elevadas en los hombres (59,4%) que en las mujeres (28,1%). Y son también sensiblemente más altas en las áreas rurales que en las urbanas, sobre todo en el caso de los varones.

El alto nivel de participación económica del adulto mayor no corresponde necesariamente a una elección voluntaria, sino que más bien es el resultado de su escasez de opciones para enfrentar sus necesidades económicas, que pueden ser elevadas, especialmente debido a los altos costos de la atención en salud. Además, con mucha frecuencia es una inserción precaria.

La gran mayoría de la población adulta mayor que trabaja lo hace por cuenta propia (62,8%). Esta cifra es significativamente superior a la proporción de personas de 30 a 59 años de edad con la misma categoría de ocupación. En las zonas rurales la

proporción de adultos mayores que trabajan por cuenta propia supera ampliamente el 80%. Y, tanto en estas como en las urbanas, la proporción de mujeres que trabajan en forma independiente es significativamente superior a la de hombres cuentapropistas.

Vivienda

En el área de vivienda no existen diferencias significativas entre la población general y los adultos mayores. El tipo de vivienda particular que utiliza mayoritariamente la población paraguaya es la clasificada como *casa rancho*, que en la actualidad representa el 94,8 % del total. El predominio de esta tipología denota que la ocupación del territorio se ha dado en forma predominantemente horizontal y no vertical.

Sobre un total de 1.098.005 viviendas censadas en 2002, 679.148 cuentan con paredes de ladrillos, 356.520 con paredes de madera, 16.521 de bloques de cemento y el resto de adobe, tronco de palma o estaqueo. Se reportan solo 1.660 viviendas con paredes de cartón, hule o madera de embalaje y 441 que no tienen pared.

En cuanto a la pavimentación, 813.941 viviendas cuentan con piso de ladrillos, baldosas, mosaico, cemento o madera, mientras que 247.131 se reportan como piso de tierra. Atendiendo a la techumbre, 618.414 viviendas cuentan con techo de tejas, 347.369 con techo de hormigón, loza, chapas de zinc y fibrocemento; 117.739 con techo de paja y 4.642 de materiales precarios como troncos, cartón, hule, madera de embalaje.

La dotación de los servicios básicos considerados fundamentales para la habitabilidad de las viviendas presenta aún importantes carencias, aunque la evolución en las últimas décadas ha sido positiva. De acuerdo con el censo de 2002, en los últimos 20 años prácticamente se han duplicado las viviendas que poseen luz eléctrica, agua por cañería, baño conectado a pozo ciego o red cloacal y recolección de basura.

Actualmente el servicio de mayor cobertura es la provisión de energía eléctrica, del que disponen el 89,1% de las viviendas habitadas. Más de la mitad de las viviendas particulares ocupadas cuentan con agua por cañería, el 63% posee desagüe cloacal o pozo ciego y solo una de cada tres tiene un sistema de recolección de basura, sea público o privado.

La forma de tenencia predominante es la propiedad (79,2% del total). Se aprecian diferencias importantes en las modalidades de tenencia de las viviendas por áreas de residencia urbana y rural, particularmente en lo que respecta a los tipos ‘alquilada’ y, en menor medida, ‘otra forma’ que comprende las categorías ‘cedida’ y ‘ocupada de hecho’.

Las viviendas alquiladas representan una modalidad casi exclusivamente urbana, mientras que en el área rural las viviendas cedidas u ocupadas de hecho (modalidad de tenencia que podría asociarse a situaciones de precarización de las condiciones de vida) constituyen la forma de tenencia más importante después de la propiedad.

Formas de convivencia

La población paraguaya vive cada vez más en hogares nucleares, aunque los hogares extendidos, que hasta hace pocos años eran mayoritarios, siguen teniendo una presencia importante.

Según el último censo, el 51,8% de la población vive en hogares nucleares, el 40,3 % en hogares extendidos y solo el 6% permanece en hogares compuestos. Los hogares unipersonales, aunque se han incrementado en los últimos años, suponen todavía una muy pequeña parte del total.

Entre los hogares nucleares, el tipo mayoritario es el completo (matrimonio con uno o más hijos): el 45,3% de la población vive en hogares nucleares completos y solo el 6,5% en los incompletos.

En cuanto a áreas de residencia, en la rural, más tradicional, el 55,3% de la población vive en hogares nucleares, en comparación a un 49,1% en la urbana.

Aproximadamente uno de cuatro hogares paraguayos cuenta con la presencia de al menos un adulto mayor entre sus miembros. La cohabitación de los adultos mayores con miembros de otras generaciones es una forma muy común de solidaridad intergeneracional, que reduce los gastos de vivienda por persona, arroja economías de escala en la compra y preparación de alimentos y facilita el apoyo directo a los parientes con necesidades especiales.

La proporción de hogares que cuenta entre sus miembros con al menos un adulto mayor es un poco más alta en el área rural que en área urbana. La proporción de hogares encabezados por adultos mayores es del 19,4%, con marcadas diferencias según sexo del jefe del hogar.

En todos los casos, la jefatura femenina supera ampliamente a la masculina como resultado de la mortalidad diferencial por sexos, que determina que un importante número de mujeres adultas mayores asuman la jefatura de sus hogares, en muchos casos como consecuencia de un hecho involuntario, como la muerte o inexistencia del cónyuge. En las áreas rurales, la proporción de hogares en los que la jefatura es femenina es significadamente mayor que en el área urbana.

De acuerdo a la información del Censo 2002, aproximadamente el 36% de las mujeres adultas mayores son viudas, mientras que poco más del 75% de los hombres mantienen algún tipo de unión conyugal. La predominancia de la viudez entre las mujeres obedece no solo a su mayor longevidad, sino a las pautas sociales y culturales prevalecientes en la sociedad, que llevan a los hombres a unirse con mujeres más jóvenes y a mayores oportunidades de establecer una nueva unión después de la viudez o separación.

En la cultura del pueblo paraguayo, el respeto a los parientes mayores se conserva mayoritariamente. El proceso de urbanización y la influencia de los medios de comunicación masiva van poco a poco erosionando estas costumbres, que todavía siguen siendo consideradas como normales en las familias.

El hecho de que Paraguay sea un país con poca población y su tradicional aislamiento por razones geográficas ha extendido lazos de parentesco entre la población, produciendo una red interfamiliar que mantiene relaciones extendidas. Es visible en reuniones de aniversarios, patronales o de otra índole como comparten los adultos mayores con miembros de otras generaciones.

El cuidado de los niños por sus abuelas es un hecho común en la sociedad paraguaya, casi vital en las situaciones de trabajo fuera de la casa de las madres. También es frecuente que los adultos mayores perciban de sus hijos y parientes ayudas económicas o de otra índole.

Marco jurídico e institucional

Reconocimiento de derechos de los adultos mayores

Derechos constitucionales

El artículo 67 de la Constitución de Paraguay consagra el derecho a la protección integral de los adultos mayores:

> Artículo 57. De la tercera edad.
>
> Toda persona en la tercera edad tiene derecho a una protección integral. La familia, la sociedad y los poderes públicos promoverán su bienestar mediante servicios sociales que se ocupen de sus necesidades de alimentación, salud, vivienda, cultura y ocio.

Otros artículos relacionados se refieren a la promoción de la calidad de vida de los mayores, la obligación de los hijos de prestar asistencia a sus padres en caso de necesidad y la no discriminación en el trabajo por razón de edad:

> Artículo 6. De la calidad de vida.
>
> La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de las discapacidades o de la edad.
>
> Artículo 53. De los hijos.
>
> (...) Los hijos mayores de edad están obligados a prestar asistencia a sus padres en caso de necesidad.
>
> Artículo 88. De la no discriminación.
>
> No se admitirá discriminación alguna entre los trabajadores por motivos étnicos, de sexo, edad, religión, condición social y preferencias políticas o sindicales.
>
> El trabajo de las personas con limitaciones o incapacidades físicas o mentales será especialmente amparado.

La Constitución también recoge previsiones relativas a la seguridad social para los trabajadores dependientes y su familia, y al régimen de jubilaciones de los funcionarios y de los empleados públicos:

> Artículo 95. De la seguridad social.
>
> El sistema obligatorio e integral de seguridad social para el trabajador dependiente y su familia será establecido por la ley. Se promoverá su extensión a todos los sectores de la población.
>
> Los servicios del sistema de seguridad social podrán ser públicos, privados o mixtos, y en todos los casos estarán supervisados por el Estado.

Los recursos financieros de los seguros sociales no serán desviados de sus fines específicos y estarán disponibles para este objetivo, sin perjuicio de las inversiones lucrativas que puedan acrecentar su patrimonio.

Artículo. 103. Del régimen de jubilaciones (de los funcionarios y de los empleados públicos).

Dentro del sistema nacional de seguridad social, la ley regulará el régimen de jubilaciones de los funcionarios y los empleados públicos, atendiendo a que los organismos autárquicos creados con ese propósito acuerden a los aportantes y jubilados la administración de dichos entes bajo control estatal. Participarán del mismo régimen todos los que, bajo cualquier título, presten servicios al Estado.

Leyes específicas

La ley 1.885, «De las personas adultas», promulgada en abril de 2002 (y aún no reglamentada por decreto del Poder Ejecutivo) regula los derechos de los adultos mayores. A continuación se transcriben sus principales artículos:

Artículo 1. La presente Ley tiene por finalidad tutelar los derechos e intereses de las personas de la tercera edad, entendiéndose por tales a los mayores de sesenta años.

Artículo 2. Las disposiciones de esta Ley deberán interpretarse en interés de las personas de la tercera edad que residan en el territorio nacional. La presente Ley es de orden público.

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

Goza del pleno ejercicio de sus derechos civiles, comerciales y laborales en igualdad de condiciones con los demás sujetos de crédito, sin que la edad constituya impedimento alguno para contraer obligaciones ante terceros.

Artículo 4. El Estado concurrirá al logro del bienestar social de las personas de la tercera edad, garantizando el ejercicio de sus derechos y velando para que aquellas que se encuentren en situación de vulnerabilidad, carezcan de familia o se encuentren abandonadas, sean ubicadas en lugares públicos o privados y se le ofrezcan programas de servicios sociales intermedios.

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

a. en el marco de esta ley y su reglamentación por el Poder Ejecutivo, ejecutar políticas destinadas a mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad;

b. generar oportunidades crecientes para que los adultos mayores puedan actualizar y reconstruir sus potencialidades, encarar sus circunstancias, elaborar con anticipación respuestas a los problemas relativos a su exclusión social, participar activamente en beneficio de la comunidad y hacer que sus experiencias contribuyan y sean útiles a la formación de nuevas generaciones;

c. promover la descentralización a través de las gobernaciones y de los municipios de la República, así como las organizaciones de la sociedad civil;

d. elaborar e impulsar programas específicos que beneficien a las personas de la tercera edad en coordinación con los demás Ministerios e instituciones privadas;

e. incentivar la participación del sector privado en la atención a las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento del ser humano, coordinando las acciones con el sector público;

f. fomentar la integración de la persona de la tercera edad en el seno del hogar;

g. prestar asistencia técnica, supervisar y fiscalizar a entidades privadas con o sin fines de lucro que se dediquen a la atención y bienestar de las personas de la tercera edad;

h. crear acciones y programas de prevención de la salud física, psíquica y social del adulto mayor;

i. incentivar la formación de recursos humanos en el área de la atención del adulto mayor;

j. contar con un registro de las instituciones dedicadas a la atención de las personas de la tercera edad; y

k. promover la vinculación con organismos nacionales o internacionales y, en general, con toda institución o persona dedicada a beneficiar a las personas de la tercera edad y celebrar con ellas contratos o convenios para ejecutar proyectos o acciones de interés común.

Artículo 8. Es obligación de los miembros de la familia asistir y proteger a las personas de la tercera edad que sean parientes de la misma en la forma establecida en el libro I, Título III, Capítulo XII, del Código Civil.

Artículo 11. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, los gobiernos departamentales y municipalidades del país deberán promover la eliminación de las barreras arquitectónicas para que las personas ancianas, especialmente las que sufren discapacidades físicas, puedan movilizarse sin dificultad. Asimismo, arbitrarán los medios para la habilitación de transporte públicos con instalaciones especiales, a los mismos efectos.

Ley de pensión alimentaria

La ley 3.728 establece el derecho a la pensión alimentaria para las personas adultas mayores en situación de pobreza.

Artículo 1. Todo paraguayo natural, mayor de sesenta y cinco años de edad y en situación de pobreza, residente en el territorio nacional, recibirá del Estado una pensión mensual no menor a la cuarta parte del salario mínimo vigente.

Artículo 2. El Estado asignará en su presupuesto anual los recursos necesarios para garantizar el pago de la pensión prevista en el artículo anterior, el cual será abonado por la Dirección de Pensiones no Contributivas del Ministerio de Hacienda.

Artículo 3. No podrán acogerse a los beneficios de la presente Ley, las personas que tengan pendientes deudas con el Estado o reciban remuneración del sector público o privado, tales como sueldo, jubilación, pensión y/o seguro social.

Artículo 4. La asignación pecuniaria mensual se transfiere en calidad de subsidio no reembolsable, intransferible e inembargable, y está condicionado al cumplimiento de las reglamentaciones establecidas por la institución responsable de la aplicación de la presente Ley.

Artículo 5.Créase el Fondo de Pensión Alimentaria para Personas Adultas en Situación de Pobreza, que se regirá por lo establecido en la presente Ley y su reglamentación.

Artículo 6. Cumplidos los requisitos legales y reglamentarios para recibir este beneficio, el único documento habilitante es la Cédula de Identidad.

Artículo 7. Los recursos destinados para el Fondo de Pensión Alimentaria para Personas Adultas en Situación de Pobreza, ingresarán al mismo y serán utilizados únicamente para otorgar la citada pensión mensual. Si en violación a lo dispuesto en esta Ley, se autoriza pagos para actos que no sean destinados para este fin se incurrirá en los delitos tipificados en el Código Penal.

Artículo 8. La institución responsable de la aplicación de la presente Ley es el Ministerio de Hacienda – Dirección de Pensiones no Contributivas, que a los efectos de esta Ley, tendrá las siguientes atribuciones:

a) definir las políticas generales del Fondo y fijar procedimientos para su utilización;

b) fijar y reglamentar procedimientos, características y requisitos que deben reunir los beneficiarios, precautelando el interés social perseguido en esta Ley;

c) coordinar acciones con la Secretaría de Acción Social, las Juntas Departamentales y Juntas Municipales para la identificación de los beneficiarios;

d) gestionar convenios con organismos nacionales e internacionales, a fin de obtener y acrecentar los recursos del fondo; y

e) fiscalizar y monitorear el cumplimiento de los requisitos establecidos para los beneficiarios de la presente Ley.

Artículo 9. A fin de proveer de recursos presupuestarios al Fondo de Pensiones Alimentarias para Personas Adultas en Situación de Pobreza, la presente Ley entrará en vigencia a partir de doce meses de su promulgación y el Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones establecidas en la misma.

Leyes sectoriales

La ley 213/93, «Código del trabajo», consagra el derecho al trabajo de los adultos mayores y declara nulas las cláusulas en los contratos que supongan una discriminación salarial por razones de edad:

Artículo 16. (...) Mediante una política económica adecuada procurará igualmente mantener un justo equilibrio de la oferta y demanda de mano de obra, dar empleo apropiado a los trabajadores desocupados o no ocupados plenamente por causas ajenas a su voluntad, a los minusválidos físicos y psíquicos, ancianos y veteranos de la guerra.

Artículo 47. Serán condiciones nulas y no obligarán a los contratantes, aunque se expresen en el contrato:

(…)

c) Las que establezcan por consideraciones de edad, sexo o nacionalidad un salario menor que el pagado a otro trabajador en la misma empresa por trabajo de igual eficacia, en la misma clase de trabajo o igual jornada.

La ley 1.626/00, «de la función pública», en su artículo 14 limita el derecho al ingreso en la función pública de las personas de más de 45 años de edad.

Convenios internacionales

Paraguay no ha ratificado ningún tratado internacional que verse específicamente sobre los derechos de los adultos mayores, pero sí otras normas generales que benefician a los adultos mayores como parte de las población general. Así, en el campo de los derechos humanos:

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976.

Paraguay ha suscrito diversos convenios y acuerdos internacionales de seguridad social, multilaterales y bilaterales, que contemplan la acumulación de períodos de servicio, traslados temporarios de trabajadores, pago de jubilaciones y pensiones en el exterior sin quita ni retenciones y gestiones de oficio (solicitud de jubilaciones independientes):

- Convenio Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur (MERCOSUR) y sus reglamentos administrativos.

- Convenio de Seguridad Social entre la República del Paraguay y el Reino de España.

- Convenio sobre Seguridad Social entre la República del Paraguay y el Reino de los Países Bajos (Holanda).

Se encuentra en estudio, sin que a la fecha de cierre de este informe esté suscripto, el convenio sobre seguridad social entre la República del Paraguay y el Reino de Bélgica. Además, se están desarrollando las negociaciones tendientes a la suscripción de un convenio bilateral de seguridad social entre la República de Chile y Paraguay.

Acciones desde la Dirección de Adultos Mayores de la Secretaría de Acción Social de la Presidencia de la República

La Dirección de Adultos Mayores de la Secretaría de Acción Social (SAS) fue creada como una respuesta a las demandas del sector de adultos mayores en condición de pobreza e indigencia.

Los adultos mayores en situación de pobreza presentan una doble vulnerabilidad: a las relativas a la pobreza propiamente dicha se suma la vulnerabilidad de orden biológico, que eventualmente desemboca en la total dependencia hacia su entorno familiar y social.

Existe, por un lado, la convicción de que este sector ha sido largamente postergado de las corrientes centrales de la política social del Estado paraguayo, como población objetivo de acciones concretas. Por otro, una deuda histórica del Estado paraguayo con las personas mayores que a lo largo de su vida han estado al margen del ejercicio de derechos fundamentales como el derecho al trabajo y a la protección social, reflejados en los índices señalados más arriba.

La creación de la Dirección de Adultos Mayores de la SAS (en su calidad de institución encargada de la lucha contra la pobreza y exclusión social) apunta a la promoción de los derechos de los adultos mayores consagrados en la ley 1885/02 de «Las personas adultas», promulgada por el Congreso de la Nación Paraguaya.

La ley señala que las personas mayores “tendrán prioridad en la atención a su salud, vivienda, alimentación, trasporte educación, entretenimiento y ocupación, así como en la percepción ante terceros” (artículo 3, De los derechos).

Esta Dirección ha logrado articular ejes programáticos y ha desarrollado un programa orientado a la promoción, que consiste en la financiación de proyectos ejecutados por entidades de la sociedad civil. Se trata del “Fondo Concursable de Proyectos de Promoción e Integración Social de Adultos Mayores”, cuyo resultado ha sido la aprobación y próxima financiación de 15 proyectos.

Esto último en concordancia con lo dispuesto en la mencionada Ley del Adulto Mayor, respecto de la promoción de la descentralización a través de de las organizaciones de la sociedad civil (artículo 5, inciso c) y a lo indicado en su artículo 7: el Estado

“proveerá los rubros necesarios para financiar los planes y proyectos que beneficien a las personas de la tercera edad”.

El Fondo Concursable ha sido muy favorablemente acogido por las organizaciones sociales del país. De hecho, fueron recibidas 35 propuestas, las cuales fueron sometidas a una evaluación técnica realizada por profesionales de la Dirección de Adultos Mayores y aprobadas por un comité de selección integrado por altas autoridades de la SAS.

Los participantes de los proyectos aprobados ascienden a más de 4.000 adultos mayores en situación de pobreza, distribuidas en la capital e interior del país. De esta manera se ha dado inicio a una nueva línea de acción en el ámbito de la atención de los adultos mayores, a saber, la financiación de proyectos sociales orientados a la fomento del protagonismo e integración social de las personas de la tercera edad.

Se busca, con un enfoque innovador en las políticas sociales orientadas a este sector, fomentar la visualización de las dificultades que aquejan a este grupo demográfico y plantear respuestas de una manera efectiva y con un enfoque participativo, orientado al ejercicio de los derechos de los adultos mayores, a la promoción de las relaciones intergeneracionales y al envejecimiento activo.

El programa busca generar oportunidades crecientes para que los adultos mayores puedan “actualizar y reconstruir sus potencialidades, encarar sus circunstancias, elaborar con anticipación respuestas a los problemas relativos a su exclusión social, participar activamente en beneficio de la comunidad y hacer que sus experiencias contribuyan y sean útiles a la formación de las nuevas generaciones (ley 1885/02, artículo 5º, inciso b).

De acuerdo con lo señalado hasta este punto, los programas encarados por la SAS en el área de adultos mayores no entran en contradicción con el pago de la pensión alimentaria a las personas mayores en situación de pobreza, sino que, muy contrariamente, se presentan como complementarios. El objetivo de uno es la protección social básica a través de la transferencia monetaria y del otro, la promoción e integración social.

En otro orden, la Dirección de Adultos Mayores de la Secretaría de Acción Social también tiene a su cargo la transferencia de recursos a los ex combatientes de la Guerra del Chaco, que asciende a 1.200.000 guaraníes mensuales (unos 25 dólares). El programa de Aporte a Veteranos de la Guerra del Chaco, iniciado ya en setiembre de 2006, persigue una atención integral a los ex combatientes, con énfasis en la salud, nutrición y condiciones habitacionales.

Se sostiene que la transferencia monetaria solamente es insuficiente para mejorar la calidad de vida de los ex combatientes, de manera que a través de los facilitadores sociofamiliares se brinda un acompañamiento sistemático cercano a los beneficiarios.

Conclusiones

Paraguay está experimentando un nuevo tiempo político desde la victoria electoral de una coalición encabezada por Fernando Lugo, luego de casi 60 años de gobiernos autoritarios. Este nuevo escenario político se refleja en una nueva concepción de la política social y en el aumento de recursos en inversión social.

En el ámbito específico de los adultos mayores, quienes además de estar históricamente relegados de todo tipo de iniciativas sociales por parte del Estado, han transitado sus vidas con total y absoluta desprotección social, tanto la creación de la Dirección de Adultos Mayores de la SAS y, principalmente, la reciente implementación de la pensión alimentaria para los mismos, han permitido que la temática sea incluida en la agenda y en la ciudadanía de Paraguay.

En la medida en que se tome conciencia de que Paraguay se encuentra en un proceso demográfico de envejecimiento (en un país cuya población ha sido caracterizada como joven, lo que se estableció como un *cliché* a la hora de los análisis demográficos y en la conciencia colectiva) y del aumento de las demandas básicas de los adultos mayores, deberán constituirse iniciativas de atención integral a esas demandas.

Estas demandas, esgrimidas principalmente por las múltiples organizaciones de adultos mayores del país, deberán desarrollarse necesariamente en una asociación entre estas organizaciones con el Estado, de manera que las respuestas sean oportunas.

Sin embargo, consideramos que, si bien las pensiones no contributivas aliviarán la pobreza de una importante porción de la población adulta mayor, son también necesarios programas orientados a la participación e integración de los adultos mayores, es decir, a la promoción social.

Adultos mayores, género y cuidados

Dra. Karina Batthyany

Introducción

El envejecimiento es una realidad social que no se puede separar de los sujetos que lo experimentan. Desde un punto de vista cuantitativo, las mujeres son sus principales protagonistas.

El envejecimiento de la estructura por edades de la población es un acontecimiento demográfico de alta significación para todas las sociedades en el futuro. Desde la perspectiva de los recursos materiales con que se cuenta en esta etapa de la vida, son también las mujeres las que presentan mayores restricciones para ejercer sus derechos y alcanzar una calidad de vida digna.

Resulta, por tanto, ineludible emplear un análisis de género no solo al realizar los diagnósticos sino también al momento de formular políticas públicas dirigidas a las personas mayores, en el entendido que tendrán que, además de facilitar un envejecimiento activo y saludable para toda la población, corregir desigualdades de género que se arrastran a lo largo de la vida y que se acentúan en esta etapa.

El envejecimiento es creciente en el país: Uruguay presenta la estructura demográfica más envejecida de América Latina, asimilable a los países desarrollados. La mitad de la población tiene más de 31 años; el 13 % tiene más de 65.

Según las proyecciones demográficas, a partir del año 2040 los mayores de 64 años pasarán a ser más que los menores de 15 (Paredes, 2008). Desde el presente hasta el 2025 la vida media de los uruguayos aumentará 5 años y se duplicará la población de 80 años y más, compuesta en un 66 % por mujeres (CEPAL, 2000).

Numerosos estudios nacionales y regionales muestran que la vinculación entre el envejecimiento y las relaciones de género tiene una importante base demográfica. Las mujeres son la mayoría de las personas mayores y tienen una expectativa de vida superior que los hombres.

Los últimos datos disponibles para nuestro país muestran que el índice de feminidad es de 111.6 para la población de 50 a 64 años, 136.5 para la comprendida entre 65 y 79 años y 201.9 para la mayor de 80 años (INE, 2006).

Una de las consecuencias de tener una vida más larga es que la viudez es mucho más probable en las mujeres. De hecho, es el estado civil de prácticamente la mitad de las mujeres de más de 64 años, mientras que en los hombres del mismo intervalo de edad supone menos del 20%. Los hombres suelen acabar sus días junto a su cónyuge; las mujeres no.

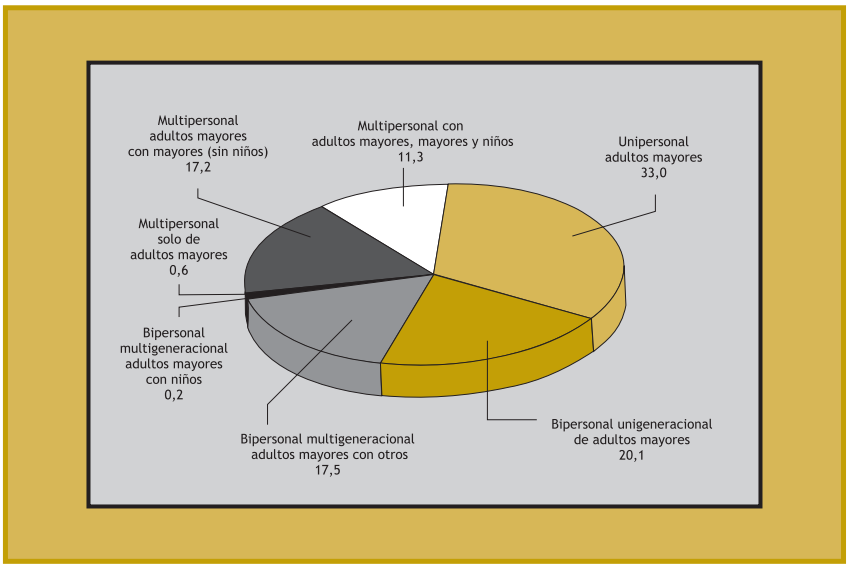
La *sobremortalidad* de los hombres, sin embargo, no es la única causa de este *mal femenino*. Sus efectos se ven multiplicados al combinarse con la hasta ahora tradicional mayor edad de aquellos en la pareja. Puesto que la edad media al matrimonio de estas generaciones ha sido muy desigual según el sexo, la viudedad seguiría siendo más frecuente entre las mujeres incluso si no hubiese diferencias de mortalidad.

La diferencia de edad al matrimonio tiene, además, otras consecuencias sobre las pautas de convivencia. Implica que también los hijos comunes de una pareja nacen y se emancipan más pronto en la vida de la madre que en la del padre.

Todo parece indicar que, a partir de la madurez, la compañía de familiares directos es más exigua para las mujeres que para los hombres. La evolución de la estructura de los hogares en Uruguay es bastante sintomática. A la vez que se reduce el número medio de personas en cada hogar, aumenta el peso de los hogares formados por parejas sin hijos, el de los monoparentales y el de los unipersonales.

Tal como se observa en el gráfico 1, de acuerdo a datos de la encuesta continua de hogares del 2008 incluidos en el *Panorama de la Vejez en Uruguay* (IPES, 2009), un tercio de los hogares del país (33,2%) incluyen adultos mayores. De este tercio, un 33% son hogares unipersonales, otro 20% son hogares de dos personas adultas mayores; un 18% hogares de dos personas multigeneracionales, un 17,2% hogares multipersonales de adultos mayores con menores de 65 años y un 11,3% son hogares multipersonales integrados por adultos mayores, otros mayores y niños.

Gráfico 1: Panorama de la vejez en Uruguay



Fuente: Tomado del Panorama de la vejez en Uruguay (IPES 2009), INE 2008 (ECH)

La distribución nos muestra que en más de la mitad de los hogares compuestos por adultos mayores (53%) estos viven solos o en compañía de otro adulto mayor. Y si lo analizamos de acuerdo al sexo de la persona adulta mayor, encontramos que la presencia de mujeres adultas mayores en hogares unipersonales duplica a la de hombres.

Envejecimiento y cuidados

Los problemas de salud que padecen los hombres y las mujeres son diferentes a medida que envejecen. Los hombres tienden más a padecer enfermedades agudas que requieren hospitalización, mientras que las mujeres sufren enfermedades crónicas que, pese a no poner en peligro la vida, pueden provocar discapacidades.

En general, el sistema de atención de la salud está mejor preparado para atender los casos agudos y suele pasar por alto las necesidades de las mujeres de edad que podrían sacar más provecho de la atención domiciliaria que de la hospitalización o la internación en hogares de ancianos.

En nuestro continente, el 80% (OPS, 2004) de los cuidados de salud a familiares con enfermedades crónicas o invalidantes son realizados por las mujeres dentro del hogar. Se trata de un trabajo diario, exigente y agotador, que se suma a las otras tareas profesionales y domésticas, pero que simplemente no es reconocido como tal.

La creciente incorporación de la mujer al mercado de trabajo y las modificaciones demográficas de envejecimiento de la población hacen que el problema llegue a un límite alarmante que exige pensar el tema socialmente. Es una fuerza de trabajo que —aunque no sea considerada como tal— paradójicamente sostiene la salud de miles de personas en todo el mundo.

Se trata de un trabajo invisible que, al menos en la región, tendrá cada vez más demanda, porque se calcula que en poco más de una década habrá 100 millones de adultos mayores en América Latina, necesitando de apoyo y asistencia para cuidar su salud. Para todo ello, están las mujeres: madres, hijas y/o esposas. Convertido en una suerte de extensión del trabajo doméstico, el cuidado de salud en el hogar se mal entiende como una tarea más de la mujer.

El proceso histórico a través del cual el Estado ha ido asumiendo responsabilidades sociales ha estado lleno de particularidades y presenta diferencias en las distintas sociedades. En nuestra región este proceso ha sido *incompleto* en comparación con los países desarrollados y se ha profundizado con la crisis de los estados latinoamericanos y los cambios en las políticas sociales de las últimas décadas, que tienen como efecto privatizar la responsabilidad por el bienestar, transfiriendo tareas del Estado hacia las familias.

Si bien gran parte de las necesidades de cuidado nunca fueron satisfechas por el Estado en nuestro país, la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, los cambios demográficos, la crisis económica y las transformaciones del Estado han aumentado las necesidades de cuidado insatisfechas, produciéndose un verdadero déficit de cuidado al que, a las viejas necesidades de cuidado, se suman las nuevas necesidades de cuidado.

En la vida privada el déficit de cuidado es más notorio en familias donde las madres trabajadoras —casadas o solteras— no reciben ayuda suficiente de sus parejas o familiares. Eso constituye una fuente de tensiones importante en las familias, especialmente para las mujeres.

En el ámbito público, el déficit de cuidado se ve —entre otros indicadores— en la insuficiencia de atención que prestan las políticas sociales a la situación de las madres, de los ancianos, de los enfermos, de los impedidos.

Una cuantificación de las demandas de cuidado realizada anteriormente permite afirmar que Uruguay presenta una demanda de cuidado superior a la de la población disponible para satisfacer esa demanda.[10] La demanda total de cuidados para la población uruguaya es en promedio 40% superior a la población proyectada para los años 2010 y 2020.

Si analizamos las proyecciones de demanda de cuidados respecto a la población adulta, de 20 a 64 años bajo el supuesto de que es este sector de la población quien está habitualmente a cargo de cuidar al resto de la población (niños, ancianos, enfermos, etcétera) las demandas de cuidado son aun mayores y se ubican en el 250%. Es decir que cada adulto deberá proporcionar en el futuro dos unidades y media de cuidado, o lo que es lo mismo, cuidar promedialmente a 2, 5 personas.

En la situación actual de Uruguay, donde existe un déficit de cuidados importante, esta problemática no ha impactado aun con toda la fuerza que las cifras indican porque nuestro país tiene aún una generación de mujeres que amortiguan este impacto, es decir, mujeres de 60 y más años que no están incorporadas al mercado de trabajo remunerado (las amas de casa) y que de diversas formas responden a estas necesidades de cuidado insatisfechas.

Pero tomando en cuenta la tasa de participación laboral femenina, este efecto amortiguador desaparecerá en pocos años, por lo que la problemática de la demanda de cuidados será un tema aún más grave.

El envejecimiento de las sociedades y la creciente importancia de las enfermedades crónicas e invalidantes plantean la necesidad de abordar la problemática relacionada con el cuidado y la atención de las personas dependientes. Estos cuidados se realizan en gran medida en el seno de las familias y en menor medida en la red de servicios sociosanitarios (residencias geriátricas, hospitales, centros especializados, cuidados a domicilio, entre otros).

Algunas evidencias internacionales muestran que el predominio en el protagonismo de los cuidados a las personas mayores dependientes no se encuentra en los servicios formales de atención, sino en el llamado apoyo informal.[11] Se refiere a los cuidados y atenciones que son proporcionados a quien los precisa por sus allegados, familiares, amigos, vecinos… Se caracteriza por la existencia de afectividad en la relación y no está necesariamente profesionalizado.

10 Una cuantificación de las demandas de cuidado para la sociedad uruguaya fue realizada en el marco de proyectos de investigación precedentes, siguiendo la metodología desarrollada en España por M.A. Durán. Para un detalle completo de estos estudios ver Karina Batthyány, *El trabajo de cuidado y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas*, en Aguirre y Batthyány (comp.), *Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur*, AUGM-CINTERFOR-UGM-OIT-UDELAR, Montevideo, julio 2001.

11 Por mayor información véase María Ángeles Durán (2000).

Se denominan *cuidadores informales* a las personas que realizan la tarea de cuidado de personas enfermas, discapacitadas o ancianas que no pueden valerse por sí mismas para la realización de actividades de la vida diaria (aseo, alimentación, movilidad, vestirse) administración de tratamientos o acudir a los servicios de salud, entre otras.

Otros términos con los que suele aludirse a la misma actividad de cuidado de los otros, son cuidadores o cuidadoras familiares (a diferencia de cuidadores profesionales externos) y cuidadores principales (quien asume la responsabilidad principal).

Como tantas tareas que se realizan en los hogares (ámbito privado), es difícil cuantificar el alcance de esta actividad. La inmensa mayoría de estos cuidadores son mujeres, lo que por sí solo justifica una denominación del colectivo en femenino *cuidadoras*.

Pueden encontrarse una serie de conceptualizaciones del *cuidado y las responsabilidades familiares* en la literatura más reciente sobre el tema. No nos extenderemos, pero básicamente todas estas definiciones concuerdan en tratar a este como uno de los temas sustantivos más directamente relacionados al real ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres. Básicamente, podemos concebir al cuidado como una actividad femenina generalmente no remunerada, sin reconocimiento ni valoración social.

En la atención a las personas mayores que por distintas causas precisan de la ayuda de otra persona para hacer frente a las actividades de la vida diaria, intervienen tres agentes: la familia cuidadora o apoyo informal, el sector público con su oferta de servicios y prestaciones económicas (servicios formales) y la oferta privada, tanto mercantil como no lucrativa.

En su nivel más general, el apoyo informal es el que se presta por familiares, amigos o vecinos, estas redes sociales se caracterizan por ser de reducido tamaño, por la existencia de una relación y afectividad en el cuidado y por no realizarse de manera ocasional, sino con cierta permanencia, duración y compromiso.

Percepción social de la responsabilidad del cuidado del adulto mayor

De acuerdo a una investigación publicada en 2005, las opiniones referidas a la protección el cuidado de las personas mayores muestran que más de un 40% de la población atribuye al Estado un papel central (de manera exclusiva, principal o compartida con la familia).[12]

Cerca de 1 de cada 3 montevideanos se inclina por responsabilizar a las familias pero con la ayuda del Estado. A su vez, en el otro extremo se encuentra un 28% que atribuye responsabilidad exclusiva a las familias en el cuidado de las personas mayores.

12 Aguirre y Batthyány (2005): *Uso del tiempo y trabajo no remunerado*, UNIFEM-UDELAR, Montevideo, 2005.

Cuadro: **PROTECCIÓN Y CUIDADO DE PERSONAS MAYORES SEGÚN SEXO DEL/LA ENCUESTADO/A.**

	HOMBRE	MUJER	TOTAL
El Estado	10,3	4,7	7,1
Principalmente el Estado con ayuda de las familias	8,9	8,8	8,8
Por igual el Estado y las familias	26,1	22,4	24,0
Principalmente las familias con ayuda del Estado	25,4	32,6	29,6
Solamente las familias	26,4	28,9	27,8
Agentes sociales, comunidad, con el Estado	2,9	2,6	2,7
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: Aguirre y Batthyány (2005): *Uso del tiempo y trabajo no remunerado*, UNIFEM-UDELAR, Montevideo, 2005.

Algunos hallazgos

Las entrevistas realizadas en la investigación referida a mujeres y varones cuidadores de adultos mayores en los hogares permitieron ver los dilemas de cuidado que reflejan tensiones sociales, las estrategias familiares que evidencian valores y comportamientos y la construcción social del cuidado designado como femenino y asignado a la mujer.

Claramente se observó que el mayor apoyo es prestado por los familiares femeninos de la familia. Los sistemas de creencias persisten y continúan influenciando las conductas a pesar de que las condiciones estructurales y sociales están cambiando, lo que acarrea problemas y dilemas para el cumplimiento de estas obligaciones.

Entre las necesidades que tienen las personas mayores están las de tipo sanitario y los cuidados personales. La organización de la protección social a la dependencia en los mayores está dividida entre los servicios formales y el apoyo informal. Los servicios formales responden a la dependencia entre el sistema sanitario y el de servicios sociales. El resto de la protección a los dependientes mayores, que supone la mayor parte de los cuidados personales, es responsabilidad de la familia y en particular de la mujer, situación similar a la que se observa en otros países de la región y del mundo occidental.

Según el estudio realizado, el cuidado de los adultos mayores recae mayoritariamente en el denominado *apoyo informal*, recurso eufemístico para referirse a la familia. La solidaridad familiar sigue muy presente en nuestra sociedad y la responsabilidad atribuida a las mujeres de ser las encargadas de atender a las personas con necesidad de cuidados, tanto dentro como fuera de la familia, sigue sus pautas más tradicionales.

La mujer se ha incorporado al espacio público, se ha integrado en el ámbito laboral, político y social, con la particularidad de que el espacio de lo privado no ha dejado de serle propio. La atribución de roles en función del sexo parece mantener su pauta más tradicional en lo que concierne a los cuidados.

Como se mencionó, la familia (las mujeres de la familia) asiste y cuida a sus miembros en edad avanzada. Este cuidado adquiere características diferenciales de acuerdo a la realidad sociodemográfica de la familia y las condiciones de ventaja o desventaja en las que el adulto mayor se encuentra.

De acuerdo a las entrevistas realizadas, la designación como *cuidadora principal* entre los miembros de la familia atiende a razones que no se verbalizan de manera explícita, pero resulta significativa la asociación que las cuidadoras establecen entre su designación como cuidadoras y otros rasgos como el sexo (ser mujer) y el parentesco (ser hijas y esposas).

En todos los casos, el cuidado de la persona mayor recae en la población femenina de la familia como una consecuencia natural, sin posibilidades de contestación y sin que suponga una toma de decisión consciente por parte de la mujer que lo asume. Los varones de la familia apenas participan de la posibilidad de ser designados.

Las actividades y tareas están en función del grado de dependencia de la persona mayor atendida que, según sea más leve o severa, el cuidado tendrá más dificultades y exigencias. El rol de cuidadora supone una multiplicidad de actividades que van más allá del cuidado personal. Controlan su enfermedad, su medicación, aportan apoyo emocional, afectivo y social a la persona mayor y hacen frente a todas las situaciones que puedan producirse a lo largo del día.

Cuando se habla de motivos involucrados en el cuidado se debaten entre el *deber ser* normativo que obliga y determina formas, expectativas y sentimientos al cuidado; la *reciprocidad* y los lazos familiares de lealtad y el *amor* y cariño que sienten por la persona dependiente.

El cuidado realizado por la familia es raramente puesto en cuestión y se da por supuesta la eficiencia del realizado por las *cuidadoras*, mientras que el cuidado formal, se percibe como inferior por el hecho de no contar con la relación afectiva. Los cuidados profesionales están constantemente revisados y sujetos a escrutinio, a diferencia del cuidado familiar que se toma como bueno *per se*, como si el afecto fuera suficiente para proporcionar la calidad de vida adecuada a la persona dependiente.

A su vez, tomando como base la encuesta "Uso del tiempo y trabajo no remunerado" realizada en 2007, en la investigación "Las bases invisibles del bienestar social" el capítulo dedicado al cuidado de personas dependientes (Batthyány, 2009) presenta algunos datos de interés.

Allí, el trabajo de cuidados a dependientes y enfermos/as fue definido a través de una serie de tareas consideradas imprescindibles ante la presencia de personas que no pueden valerse por sí mismas en las actividades de la vida cotidiana en el hogar. Las tareas relevadas fueron: dar de comer o ayudar a hacerlo; bañar, asear, vestir o ayudar a hacerlo; administrar medicinas; acompañar al servicio de salud; llevar de paseo o hacer compañía en el hogar; hacer alguna terapia especial o ayudarles a realizar ejercicios.

En el total de la población, el 2.7% de las personas declaran realizar alguna de estas tareas de cuidado a dependientes y enfermos. Si lo llevamos a cantidad de personas encontramos que aproximadamente 62.000 se encuentran en situación de brindar cuidados a dependientes y en un 50% de los casos son personas de entre 30 y 59 años de edad. A su vez, de cada 3 personas que declaran realizar trabajos de cuidados destinados a dependientes, 2 son mujeres y 1 es varón. El tiempo promedio semanal destinado por estas personas en es de 14, 2 horas.

Reflexiones a futuro

El trabajo de las mujeres y las transformaciones del mercado de trabajo y de las familias ponen en cuestión los supuestos del bienestar basados en la familia y ciclo vital típicos. Los cambios en las formas de vivir en familia y los cambios en el mercado de trabajo no han provocado acciones públicas suficientes para atender a las nuevas necesidades sociales emergentes, especialmente a las necesidades de cuidado.

Como consecuencia, observamos que hasta ahora no se ha planteado un análisis de las diferentes configuraciones posibles para resolver el reparto del trabajo de cuidados, sus aspectos financieros y su incidencia sobre la igualdad de oportunidades entre las mujeres y varones en el plano laboral y familiar.

El envejecimiento es un desafío político y es previsible. En la medida que se sabe que: la mayoría de las personas mayores son mujeres, que la mayoría de los cuidadores familiares son mujeres, que la mayoría de las personas mayores con problemas de salud son mujeres, que la mayoría de las personas mayores vulnerables son mujeres y que la mayoría de las personas mayores solas son mujeres, parece ineludible abordarlo desde la perspectiva de género y derechos de las mujeres.

Capítulo 3: Envejecimiento y políticas públicas en Uruguay

Estudio de la significación social del envejecimiento en Uruguay

Mag. Fernando Berriel

Uruguay

La realidad demográfica del Cono Sur americano representa un desafío social que aún está lejos de ser acompañado de políticas públicas sostenidas, articuladas y suficientemente basadas en conocimientos científicos producidos en la región.

Uruguay se encuentra en un proceso aún no concluido de definición e implementación de los instrumentos adecuados para la elaboración de políticas sociales articuladas e integradas estratégicamente respecto al envejecimiento y la vejez. Un ejemplo de ello lo constituyen los esfuerzos conjuntos del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Banco de Previsión Social (BPS) para elaborar un plan gerontológico integral sociosanitario para adultos mayores, la realización en el período 2008-2009 del Primer Debate Nacional sobre Envejecimiento, Políticas Sociales y Territorio por parte del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y la reciente creación e inminente implementación del Instituto Nacional del Adulto Mayor (INMAYORES) en la órbita del MIDES.

La producción de conocimiento nacional centrada en perspectivas sociales del envejecimiento ha experimentado en la última década una acumulación sostenida aunque fundamentalmente focalizada en descripciones, sistematizaciones, análisis e interpretaciones de datos estadísticos, especialmente demográficos, así como en estudios centrados en conductas y hábitos de los adultos mayores.

Si bien la imagen social del envejecimiento ha sido definida como un componente relevante del área de entornos sociales favorables por la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento del año 2002, esta se halla, llamativamente, en una fase inicial de desarrollo como campo de estudio.

Ya el Plan de Acción Internacional aprobado en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Viena (1992) establecía como una de sus recomendaciones principales la realización de acciones para superar la imagen estereotipada del envejecimiento. La Asamblea de 2002 ratifica esta necesidad y orienta hacia la generación de entornos favorables para la promoción de un envejecimiento saludable, integrado y digno.

En el marco de estos entornos, la *imagen* del envejecimiento, la vejez y las personas mayores constituye un componente central, en tanto determina el marco simbólico y

actitudinal en el que el envejecimiento tendrá lugar y desde el cual serán abordadas esta y las otras áreas prioritarias: desarrollo y Salud.

En este artículo se propone, en un primer momento, una revisión de algunas de las producciones significativas en torno a este tema, con el afán de contribuir a situar este campo de estudio como central respecto a la problemática del envejecimiento en nuestra sociedad. También busca presentar una aproximación provisoria al estado de la cuestión en nuestro medio.

En un segundo segmento, se presentan algunos avances de resultados de la investigación «Envejecimiento en Uruguay: realidad demográfica y representación social. Un estudio desde la perspectiva intergeneracional», actualmente en curso.

Sobre el estudio de la significación social del envejecimiento en América Latina

Para considerar la producción científica sobre la cuestión de la significación social del envejecimiento en América Latina cabe señalar cuatro constataciones iniciales que le dan marco.

En primer lugar, es menester hacer una consideración de tipo teórico metodológico que implica algunas derivaciones concretas en cuanto a la implementación de políticas: la mayor parte de los estudios empíricos sobre el tema se han realizado desde la perspectiva del estudio de estereotipos o actitudes negativas hacia los adultos mayores, o bien desde la *teoría de las representaciones sociales* de Serge Moscovici (1979) y seguidores.

En segundo término, creemos que existen algunos puntos de inflexión conceptual para la consideración del envejecimiento y su sentido social. Ya el aporte de autores claves de los países desarrollados había marcado en gran medida al campo de estudio que nos ocupa (U. Lehr, 1995; R. N. Butler, 1969; H. Thomae, 1976; B. Neugarten, 1996), en nuestro idioma: Rocío Fernández Ballesteros (1996) —por situar algunos de estos referentes—, o Leopoldo Salvarezza, con la edición argentina, en 1988, del libro *Psicogeriatría: teoría y clínica*.

En este texto, el autor traduce el término *ageism*, acuñado por Butler (op. cit), como *viejismo* para referirse al "conjunto de prejuicios, estereotipos, discriminaciones y segregaciones que se dirigen a las personas en función de su edad".

El principal aporte de la conceptualización *salvarezziana* del término *viejismo* radica en su vinculación con los procesos identificatorios. De este modo, el autor sienta las bases para la comprensión de la inscripción de la visión negativa del envejecimiento y la vejez en el propio proceso de constitución del sujeto. Aporta así una perspectiva y un fundamento psicológicos para entender su permanencia e incluso inercia histórica social. El término *viejismo* ha tenido un efecto teórico interesante en el Río de la Plata, varios países de la América del Sur y México.

En tercer lugar, debemos contextualizar las producciones sobre la significación psicosocial del envejecimiento en la nueva realidad del continente, marcada por el envejecimiento demográfico instalado. Esto se produce en contextos de escasez de recursos propios del subdesarrollo que, a su vez, han atravesado un período

significativo marcado por reducciones del papel del Estado, sobre todo en las décadas de los 80 y 90, con un concomitante discurso hegemónico economicista y eficientista, que ha logrado imponer la consideración de las personas *económicamente pasivas* en términos de gasto. Esto configura un contexto particularmente poco propicio para las acciones sociales decididas en oposición a una visión negativa, segregacionista y discriminatoria de la vejez y el envejecimiento.

Por último, los estudios sobre envejecimiento en nuestros contextos han tenido, en algunos casos notorios, alguna intencionalidad explícita que ha marcado —en oportunidades favorablemente y en otras dando lugar a notorios sesgos— la lógica argumental en el marco de la cual los datos producidos han sido ubicados como parte de un esfuerzo retórico.

Estas inclinaciones pueden resumirse en un polo reivindicador de la vejez y el envejecimiento que se desliza hacia una mirada casi apologética y, en el otro extremo, un polo de posicionamientos centrados en demostrar la inconveniencia de un enriquecimiento del campo de políticas vinculadas a la vejez y el envejecimiento, oponiendo el gasto en este campo a la inversión necesaria en políticas de infancia y adolescencia.

Estudio de la significación social del envejecimiento en Uruguay: tres momentos de la última década

En este apartado haremos un breve repaso por lo que podría tratarse, solo a los efectos de este escrito, como tres momentos en los que puede ordenarse la producción sobre la significación social del envejecimiento en la última década. El primero, entre fines de los años 90 y la Asamblea Mundial de Madrid 2002. El segundo entre el año 2003 y el 2006 y el tercero desde el 2007 hasta el presente. Este rápido repaso muestra claramente que el estudio de estos problemas responde a las cuatro características señaladas para la región en el apartado anterior.

Hacia fines de los años 90 y el inicio del nuevo siglo, comienza a apreciarse en nuestro medio un cierto desarrollo de la investigación sociodemográfica, sociológica, médica, biológica y psicológica particularmente centrada en la problemática del envejecimiento. Parte de este impulso se relaciona con el *Año internacional de las personas de edad*, la existencia de grupos de adultos mayores con cierto nivel de visibilidad e incidencia social, principalmente organizaciones de jubilados y pensionistas, con el desarrollo de programas de extensión universitaria y la existencia de cierto nivel de política de asistencia y promoción social desarrollada por el Banco de Previsión Social, la Intendencia de Montevideo y algunas intendencias del interior del país, incluso con ciertas disputas entre estos organismos asentadas en diferencias políticas y de *territorializaciones*.

Sin embargo, este desarrollo se da en un marco de baja financiación e inversión en áreas estratégicas de producción de conocimiento y de escasa priorización y articulación del desarrollo de políticas sociales.

Dentro del conjunto de estudios de esos años, algunos desde ámbitos universitarios y otros al impulso de los aportes generados desde la CEPAL, se encuentran las producciones de Ana María Damonte. En *Cómo envejecen los uruguayos* (CEPAL, 2000), un estudio centrado en identificar *estilos* de envejecimiento de la población uruguaya mediante el relacionamiento de diferentes estados de salud con factores de riesgo,

se encuentran, sin embargo, algunos indicios de interés en identificar elementos vinculados a la significación atribuida al envejecimiento por parte de la población objetivo (sujetos mayores de 55 años de áreas urbanas).

Se logran determinar algunos elementos que dan cuenta de que casi una cuarta parte de los encuestados muestra dificultades para anticipar y planificar aspectos importantes de su envejecimiento. Estos datos son consistentes con algunos antecedentes. Por ejemplo, en el estudio *Envejecimiento, Cuerpo y Subjetividad* (Berriel y Pérez, 2002) habíamos encontrado, en una muestra representativa de los adultos mayores montevideanos, una seria dificultad en imaginar elementos del futuro en el plano personal.

El segundo momento podría situarse desde la Asamblea Mundial de Madrid. Las recomendaciones emergidas de esta asamblea posicionan a diversos actores en la dirección de reforzar las iniciativas de estudio de la problemática del envejecimiento.

Sin embargo, un elemento que condiciona este esfuerzo es la crisis económica y social que atraviesa la región y en particular el país entre los años 2001 y 2004. Esta crisis favoreció un enfoque relativamente economicista de algunos abordajes y llevó a orientar una serie de informes de investigación a la solución de algunos problemas ligados a esa crisis, entre los cuales no estaban los temas estratégicos del envejecimiento. A pesar de estos elementos, el fortalecimiento institucional universitario y el nuevo impulso dado a las investigaciones de CEPAL y CELADE a nivel regional y nacional se hizo notar.

En el campo de los estudios demográficos y de políticas sociales comienza a haber conciencia en cuanto a la necesidad de incorporar al análisis la significación y el sentido social de la vejez y el envejecimiento. En ese contexto, se dan significativas contribuciones, por ejemplo, del Instituto Rumbos.

Un caso raro y a la vez paradigmático lo constituye el estudio de Sandra Huenchuan y Mariana Paredes (2006): *Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas*. Mediante un diseño metodológico basado en los Grupos Delphi, se trabaja con un número heterogéneo y controlado de participantes hacia la construcción de propuestas y escenarios deseables y posibles en materia de políticas de envejecimiento y vejez en el país; estudio que fue replicado en Chile, Panamá y República Dominicana.

Este trabajo cualitativo pone sobre la mesa un conjunto de acuerdos y visiones deseables y un conjunto de propuestas prioritarias analizadas en su factibilidad e impacto por parte de los participantes que componen una interesante base de agenda para la discusión y elaboración de políticas.

En medio de ese foco también se trasuntan algunos resultados interesantes en cuanto al tema que nos ocupa en este escrito. Por ejemplo, los participantes imaginan y desean un Uruguay más *rejuvenecido* demográficamente pero, a la vez, manteniendo y aumentando su expectativa de vida, aunque, sin aumentar específicamente el grupo de adultos mayores de edades muy avanzadas (más de 80 años). Parece clara la visión antropomórfica del país y, además, el deseo de vivir muchos años pero no envejecer, o al menos, no envejecer tanto.

Otro ejemplo que parece cerrar este período y, de hecho, ubicarse en la apertura del siguiente, es el componente de adultos mayores del estudio cualitativo del Proyecto

Género y Generaciones: *Reproducción Biológica y Social de la Población Uruguaya* (López Gómez, coord., 2006). De hecho, el capítulo «Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez» (Berriel, Paredes y Pérez, 2006) constituye una de las primeras publicaciones dirigidas a la orientación de políticas que se centra en la significación social del envejecimiento, la vejez y las políticas públicas. Se funda en una perspectiva de género y generaciones.

De acuerdo a este estudio, se aprecian en la actualidad dos modelos coexistentes de envejecimiento: uno denominado *modelo tradicional* que vincula a la vejez con la pasividad, el declive, la dependencia, la heteronomía, la enfermedad, las *fallas* en el cuerpo en aspectos funcionales y estéticos y el temor a la soledad. Esto lleva a constituirla en una categoría contra la que defenderse mediante la autoexclusión de la misma (los viejos son otros).

Otro, denominado *paradigma emergente*, implica ideales de libertad más activos, especialmente para las mujeres: la idea de que la disposición subjetiva puede incidir en la modalidad de envejecer, la relación directa entre la actividad y el buen envejecer, la importancia de la información como instrumento de incidencia en la modalidad de envejecimiento, la mayor riqueza de la red vincular y social asociada a un mejor envejecimiento, todo ello articulado con algunas *virtudes tradicionales* de la vejez como la serenidad y la experiencia.

Esta coexistencia de dos paradigmas conlleva nuevas tensiones entre las personas mayores y las personas que envejecen en este contexto. Además, plantea interrogantes en cuanto a los riesgos de promover esquemática y dogmáticamente un nuevo modelo, más inclinado por un envejecimiento activo, pero igualmente *modelizador* y *homogeneizante* (Silva, 2009).

El tercer momento, aproximadamente a partir del año 2006, se ubica en el marco de la superación de la crisis y en un período de crecimiento económico del país con un cambio en algunas orientaciones importantes de las políticas sociales, luego de la superación paulatina del período de *emergencia post crisis*.

En ese contexto se retoma el camino de comenzar a impulsar políticas integrales sobre envejecimiento y se inicia un lento proceso de fijación de marcos legales. Así se llega al momento actual, de creación del instituto de Adultos Mayores (INMAYORES) en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social.

También, el tercer momento se sitúa en una institucionalización y consolidación de los ámbitos académicos nacionales de investigación de la cuestión del envejecimiento desde una perspectiva social, acompañada de una mayor profesionalización de los actores enmarcada en un paulatino aumento de la disponibilidad de recursos y apoyos a los investigadores, aunque todavía sin contar con una agenda que incorpore la cuestión del envejecimiento como una línea prioritaria a nivel del Estado y las agencias de financiación de la investigación.

No obstante esto último, se comienzan a consolidar programas y líneas de investigación existentes y a crear nuevos. En este marco, se produce la creación del Núcleo Interdisciplinario de Estudios de la Vejez y el Envejecimiento (NIEVE) y la creación del Observatorio de Envejecimiento y Vejez (OBSERVEN) en el seno de la Universidad de la República, así como la incorporación de la temática de envejecimiento en el Programa de Investigación sobre Integración, Pobreza y Exclusión Social (IPES) en la Universidad Católica del Uruguay.

Es así que proliferan los estudios sociodemográficos, económicos y en torno a problemáticas estratégicas específicas. Un ejemplo lo representan algunos estudios que cruzan la cuestión del género con el envejecimiento, a partir de problemáticas como la del cuidado y el bienestar (véase Batthyány, 2009).

En el año 2009 comienza a desarrollarse el proyecto de investigación «Envejecimiento en Uruguay: realidad demográfica y representación social. Un estudio desde la perspectiva intergeneracional».[13] En esa investigación, aún en curso, se articula un seguimiento de distintas generaciones en base a indicadores sociodemográficos y sucesos históricos relevantes con las representaciones sociales que esas mismas generaciones tienen del envejecimiento, de las otras generaciones, del relacionamiento con ellas y de las políticas públicas sobre envejecimiento. Un avance de algunos de los resultados de este estudio se presenta y comenta en la última sección de este escrito.

Este último momento no se ha cerrado o aún no lo sabemos. Tal vez estemos ante la inminencia de un salto cualitativo en el esfuerzo necesariamente colectivo de incluir decididamente el conocimiento producido en nuestro medio sobre la significación social del envejecimiento en la agenda política.

En última instancia, los verdaderos actores de cualquier política pública somos el conjunto de los ciudadanos, con nuestra visión de los problemas, nunca sobreestimada en su peso específico en la conformación de voluntades colectivas, en el éxito o el fracaso de la política.

Tres generaciones entre trazos de sentido: los jóvenes, los adultos y los viejos uruguayos ante el envejecimiento

Una especie de programa de investigación con un importante componente en el conocimiento de la significación social del envejecimiento en Uruguay se ha ido conformando en el NIEVE desde su primer antecedente hasta los proyectos actualmente en elaboración.

El ejercicio de extraer algunos de los resultados que estamos obteniendo en uno de nuestros estudios en curso y ponerlos a dialogar nos permitirá una primera aproximación a los contenidos que las distintas generaciones le atribuyen al envejecimiento y el relacionamiento intergeneracional.

Las fuentes de los resultados que presentaremos son provenientes de la investigación «Envejecimiento en Uruguay: Realidad demográfica y representaciones sociales. Un estudio desde la perspectiva intergeneracional». Presentamos en calidad de avance los datos referidos a los jóvenes y a adultos de mediana edad. En el estudio se pretende, desde un enfoque intergeneracional, articular el conocimiento de las trayectorias sociodemográficas de distintas generaciones con la significación social que ellas atribuyen al envejecimiento y a algunas temáticas relevantes vinculadas como las demás generaciones, la pertenencia generacional, las políticas en temáticas de envejecimiento, entre otras.

13 Equipo del proyecto: Fernando Berriel, Mariana Paredes, María Carbajal, Robert Pérez, Matías Nathan, Nicolás Brunet, Luciana Peláez, integrantes del Núcleo Interdisciplinario de Estudios de la Vejez y el Envejecimiento, Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República.

Para ello se emplean metodologías cuantitativas de análisis de indicadores sociodemográficos de fuentes disponibles como censos y encuestas continuas de hogares. También metodologías cualitativas, específicamente grupos de discusión focalizada segmentados por generación, nivel educativo y emplazamiento geográfico, con posterior análisis de contenido temático de lo producido en ellos. Cada uno de estos componentes es analizado específicamente para luego realizar un análisis integrado de ambos aspectos.

En esta contribución nos limitaremos a presentar una visión provisoria y transversal de la significación social del envejecimiento y algunas temáticas asociadas por parte de tres generaciones: jóvenes de edades entre 20 y 29 años, adultos con edades entre 50 y 64 y adultos mayores con más de 65. Los grupos que consideraremos para este avance son de nivel educativo alto (más de cuarto año de secundaria alcanzada) y están compuestos por hombres y mujeres residentes en Montevideo.

Los ejes temáticos que consideraremos son los siguientes:

a) elementos centrales que implican la pertenencia generacional de cada grupo;

b) contenidos centrales de las representaciones sociales de la vejez,

c) proyección en el envejecimiento,

d) percepción del gasto social y

e) características de la deseabilidad del gasto.

Elementos centrales de la pertenencia generacional

En este eje presentamos un extracto de lo manifestado por los participantes a partir de la pregunta disparadora: *¿Qué consideran que tienen en común por pertenecer a la misma generación?* Esto, una vez determinado por ellos que efectivamente pertenecerían a una misma generación.

Los jóvenes participantes centran su discurso al respecto en elementos de comunicación y códigos compartidos:

> M: Pero hay rasgos que son comunes.
>
> H: Claro.
>
> M: Sobre todo capaz ciertos códigos, a la hora de comunicarse y todo, que en nuestra generación son distintos.
>
> M: No sé, la manera de opinar sobre ciertos temas, de entender determinado vocabulario, todo eso.
>
> H: Creo que el lenguaje.

Las personas de mediana edad no ponen énfasis en los códigos de comunicación sino que consideran como elementos centrales los valores de sus familias y las condiciones de vida de origen, la historia y la cultura:

M: Pienso de que sí, tenemos cosas en común.

M: Como que las familias que querían, se podía llevar la cosa...

M: Yo pienso que mi familia era pobre, pero sin embargo la educación no tenía… y sabía leer. Sin embargo, mi madre decía 'quiero que vayan al colegio y hay que estudiar'... Íbamos a estudiar.

H: Era el tiempo de m´hijo el dotor. Los padres se reventaban el alma para que el hijo fuera a liceo privado.

M: No, lo que tenemos de común es haber recibido el mismo tipo de historia y el mismo tipo de cultura…

En cuanto a los adultos mayores, ellos plantean algunos elementos de origen común pero, a la vez, hablan de cambios que se van produciendo en el curso de vida como resultado de *adaptaciones* a nuevas realidades y a las nuevas generaciones.

Nótese que se trata de una adaptación perentoria que parece dejar poco margen de articulación con las identidades generacionales.

M: En la crianza, en la manera de actuar, en muchísimas cosas.

H: También depende del lugar de nacimiento. (Para) los que han nacido en el interior la perspectiva de vida es muy distinta.

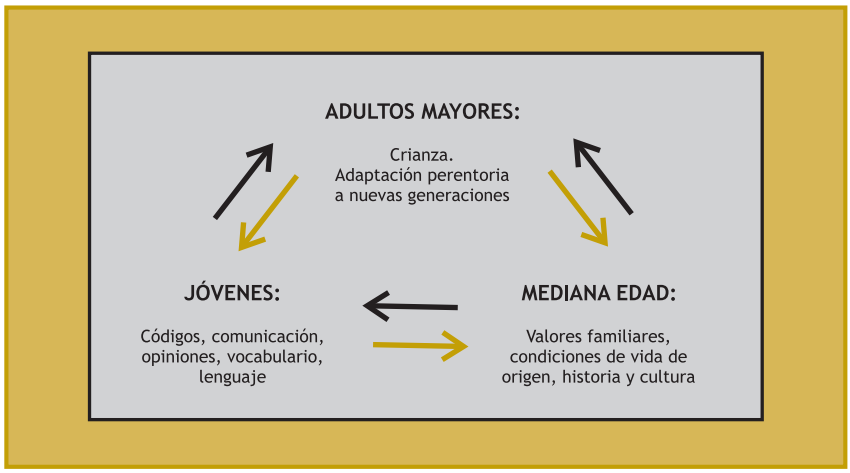
M: Yo creo que depende de una actitud ante la vida, porque uno ha recibido una determinada formación, pero después la vida te va cambiando, te vas adaptando, vas aprendiendo y vas evaluando lo que dejas de lado y lo que conservas. Hay una interacción a medida que pasa el tiempo.

M: Además vas acompañando a los hijos que crecen. Entonces es una forma de actualizarse... Somos hijos del tiempo, acompañamos el tiempo y acompañamos el tiempo de nuestros hijos y también el tiempo de nuestros nietos. Eso te hace estar actualizado.

H: Es que si no los acompañamos, sonamos. Estamos obligados a acompañar esos tiempos de los nietos.

Un resumen de la coexistencia de estas principales significaciones en cuanto a la pertenencia generacional se presenta en la figura 1.

Figura 1: Elementos centrales de las pertenencias generacionales coexistentes.



Contenidos centrales de las representaciones sociales de la vejez

Este eje refiere frontalmente a la representación social de la vejez en sus elementos centrales. Recordemos que, de acuerdo a la TRS, podríamos identificar un núcleo y una periferia de la representación social. Haremos referencia a los elementos que emergen claramente como centrales, aunque también plantearemos algo respecto a la periferia.

Los jóvenes, en primer lugar, asocian la vejez a la muerte. Al ser seguida de la muerte solo puede significarse a partir de un pasado que se recuerda. Recordar, relacionarse con el pasado, sería lo único que aparece como actividad central, esencial de la vejez.

> Mujer: Es un momento de la vida, quizás el último, o no, porque fuiste antes. Hay gente que llega a vivirlo y otra que queda por el camino. Justo estaban hablando de eso y se me removió lo que me pasó hace poco. Nosotros éramos cinco amigos que enterramos una cajita con cositas al final de la escuela o primero de liceo y dijimos: a los 50 años la abrimos. Y ya hay dos que quedaron en el camino y ahí es cuando vos te planteás ¿entonces para qué carajo proyectarte? Todo esto me removió y no puedo pensar a futuro porque salís a la calle y te pasa cualquier cosa.
>
> M: Siempre asociamos la muerte con la vejez. Es como el imaginario, pero no es así. Yo también perdí una amiga el año pasado y se me movió toda la estantería, porque hablábamos del tema, cómo nos imaginábamos… Por eso yo creo que me cuesta pensarlo.
>
> M: Si pensás en la vejez, después de la vejez ¿qué hay? Ya está.
>
> Hombre: Si después de pasar todas las etapas la pudiste pasar bien, ya está. La tercera edad, ya está. La vejez puede ser como el fin de una carrera. Vos estudiaste años para llegar a algo, hiciste un montón de cosas buenas, si lo pudiste ir haciendo, dentro de lo que a vos te parecía, bien. Si tuviste buen

trato con la gente que te interesaba y más o menos llegas entero, me parece que está bueno.

M: Es como una evaluación también, mirás atrás y tenés un montón de cosas.

Los adultos de mediana edad, por su parte, atribuyen a la vejez significados de decadencia, la cualidad de ser el fin (¿finalidad? ¿etapa final?) de la vida, el tiempo de recoger frutos sembrados en otras etapas, un tiempo cuya cualidad positiva o negativa estará dada en directa relación con la salud de la persona.

Si bien la cualidad de decadencia no es compartida por la mayoría de los participantes, los otros significados emergentes no la contradicen, tampoco, frontalmente.

H: La decadencia del Imperio romano.

M: Para mí la etapa más larga de la vida no es la infancia ni la adolescencia ni la juventud. Es la vejez, la que tenemos los que llegamos a viejos. Para mí, los que llegan a viejos, para mi forma de ver la parte más larga de la vida, algunos recogen los frutos. Para otros no: es mala su cosecha. Todo, todo, todo hasta que llega el final, el fin de la vida, que ya no hay más a dónde ir.

H: ¿Qué frutos recogemos?

M: Los frutos del bienestar que se supone (…) una vida de profesión en tu caso, que sos profesional. ¿Me entendés?

H: Pero llegás a la peor etapa, que es lo que le pasa a la señora. Trabajaron toda la vida y cuando llegan a la vejez no poder mantenerte solo sostenerte, porque tenés una pensión miserable. A la mayoría de la gente le pasa lo que te pasa a vos. Para mí la vejez es la peor parte.

M: La gente está desprotegida.

M: Para mí es el final de la vida. Después que pasás cosas: buenas, malas, resurgís. Para mí es el final de la vida.

M: Para mí tenés la posibilidad de crecer. Si tenés más tiempo, si tenés suerte y la salud te ayuda. El problema es si la tenés.

Los adultos mayores, por su parte, parecen encontrar más dificultades en formular definiciones directas. Indirectamente se alude a algo a lo que sería bueno no haber llegado todavía, como una parte de un proceso que se evita definir. Se refiere indirectamente a una actitud subjetiva que tendría que ver con las cualidades que adoptaría. También surge la idea de la inactividad.

Coord.: ¿Y qué es para ustedes la vejez?

H: Yo no te lo voy a decir, porque no la conozco.

M: No lo ponemos como una categoría, lo podemos ver como una parte del proceso.

M: Puede tener 40, 50 y ya vivir como una vieja.

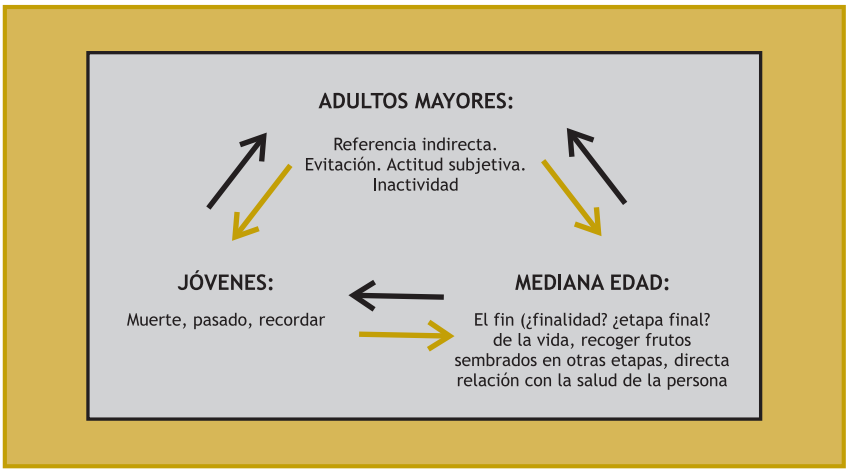
M: No hay que sentirse tampoco.

M: Yo no me sentí nunca, por eso hago proyectos a largo plazo.

H: Hay gente de 20 años perezosa, que le ves su agenda diaria y hay un montón de cosas que no llegan a nada. Hay gente que escribe, trabaja, que lee, que tiene mucho estudio y hace teatro, pero hay gente que está vegetando, tomando alcohol para evadirse. Por eso no se puede hacer divisiones por edades.

En la figura 2 pueden apreciarse resumidamente los contenidos centrales coexistentes de la significación social del envejecimiento estudiada como representación social.

Figura 2: Contenidos centrales coexistentes de la representación social de la vejez por generaciones.



Proyección en el envejecimiento

En este apartado se presentan los principales contenidos relativos a la proyección de la vejez de los participantes de los distintos grupos generacionales definidos.

Los jóvenes participantes del estudio encuentran grandes dificultades, casi una imposibilidad, para proyectarse en la vejez y el proceso de envejecimiento. Por otra parte, envejecer y la vejez se ubica, para algunos participantes, en una etapa previa a los 60 años.

M: Yo no me veo vieja, en realidad.

M: No me veo. No porque crea que no vaya a llegar. No me he puesto a pensar en cómo voy a llegar. Pero supongo, espero, aspiro a llegar con mayor estabilidad, creo que si trabajo…que si laburas todo el tiempo, bueno que llegue con tranquilidad, no ser una vieja cascarrabias, que dudo que no lo sea, quiero no llegar a serlo.

M: Quizás uno se pregunta cuando es chiquito, cuando sea grande voy a ser… y cuando ya estás grande… Cuando tenga 30 años para arriba me planteo que sea lo que tenga que ser. Ya no hay más expectativas. Claro.M: Porque de niña uno dice: cuando sea grande me voy a casar y voy a tener tantos hijos. Por lo menos eso decía yo y ahora estoy como en *stand by*.

No podés proyectarte. No podés imaginarte mucho.

H: Mas bien que hacés todo lo posible por vivir el presente. Vivir el día a día, no construir tan a futuro. Y obvio que cada vez tenés más responsabilidades, ya sea si empezás a trabajar o tengas hijos. Más o menos cumplir con todo lo que… que adoptes dentro de lo que sea posible, pero no me veo de una forma dentro de 30 años.

Los participantes de mediana edad vinculan la proyección de su propio envejecimiento con el miedo, la soledad, una cierta erotización masculina discordante y agresiva, las pérdidas, en particular de lucidez.

M: Voy a tener un poco de miedo. Yo tengo temas que no he podido superar. No sé si con el apuro de mi vida o qué, hay temas que… Las canas no, porque las tengo. Yo escuchaba a mi abuela que se quejaba de los dolores de piernas. Yo nunca supe lo que era el cuerpo hasta que un día a los 47 años tuve una crisis y me empezaron a doler los huesos. Y sé lo que son los dolores y empiezan a preocuparme. Me preocupa eso. No me quiero ver como una ridícula con miedo. Yo me digo grande, no vieja... Estoy consciente de mi edad.

H: Pero no sé por qué, porque es obvio tener miedo a la vejez. Tener miedo a la muerte o a la vejez. Hay miedos bastante *standard*.

M: Haciendo actividades y haciendo cosas para mantenernos lo más lúcidos posibles.

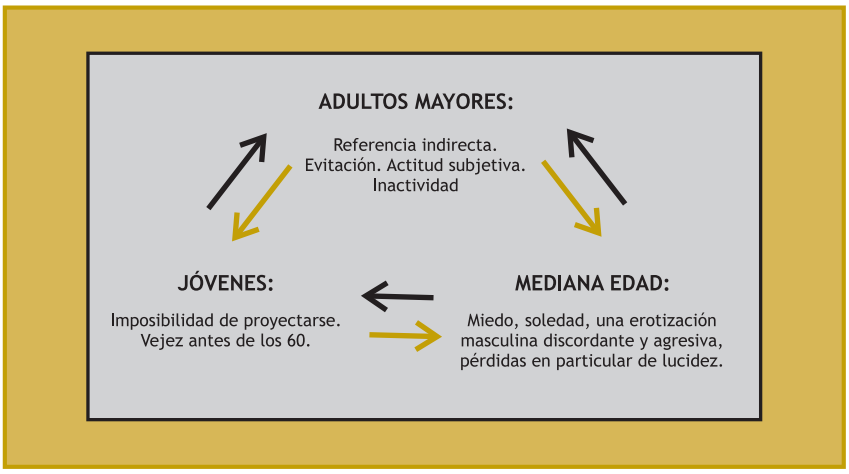
H: Yo me imagino un viejo verde como hasta ahora. Rodeado de gurises jóvenes, porque la gente vieja...

M: Eso no puede ser la sociedad. La falta de compromiso frente a las cosas. El cuento tuyo, lo que me queda. Respecto a las etapas de la vida: es como que nosotros hemos perdido eso. El compromiso del joven, adolescente, adulto, adulto grande…

En el anterior apartado habíamos visto que los adultos mayores, por su parte, encuentran dificultades o resistencias para ubicarse en la vejez. Solo manifiestan referencias indirectas o evasivas, con unos pocos contenidos que aluden a la inactividad.

La coexistencia de estas tres modalidades de proyectar o ubicar a la vejez se encuentra presentada resumidamente en la figura 3.

Figura 3: Coexistencia de modalidades de significar la proyección o ubicación en la propia vejez por generación considerada.



Percepción del gasto social

Este eje refiere a la percepción subjetiva que tiene cada generación respecto al sector etario en el que se gasta e invierte más en políticas públicas. Los jóvenes consideran que el mayor gasto social se estaría dando en los sectores etarios de niños y jóvenes, a la luz de que se invierte en las generaciones que representan el futuro.

> M: En niños y adolescentes. Pero tampoco hay actividades. Hay las que tienen las instituciones privadas, pero a nivel estatal no tenés algunas cosas para el fin de semana. Y para los viejos tampoco, igual hay más políticas pensadas para ellos.
>
> M: Capaz que se invierte mucho más en las generaciones que van a venir, que va a ser la productiva, que la que no.
>
> H: Capaz que no porque sea más productiva, sino porque son más vulnerables.

Los adultos de mediana edad coinciden en considerar a niños y jóvenes como los principales destinatarios de recursos en materia de políticas, aunque también se agrega en este grupo a los adultos como principales destinatarios del gasto del Estado.

> H: Supongo que adulto, porque la mayor parte de la población es adulta. Porque se gasta en las cosas (en) que no se tiene que gastar y porque los presupuestos de educación y la salud pasan a Defensa y otras porquerías.
>
> M: Yo creo que en la educación se ha gastado mucho, sobre todo este gobierno. (Al) que no se le ha dado mucho es al adulto mayor. Tendría que haber más grupos para apoyar más a la gente grande, preparar gente, a su vez, para tener grupos que trabajen con la gente grande.

Los adultos mayores, por su parte, parecen compartir la visión de los jóvenes sin demasiadas diferencias: el mayor gasto social estaría destinado a los niños y jóvenes.

M: En general se gasta más en niños.

M: En realidad hay más proyectos para niños y para jóvenes.

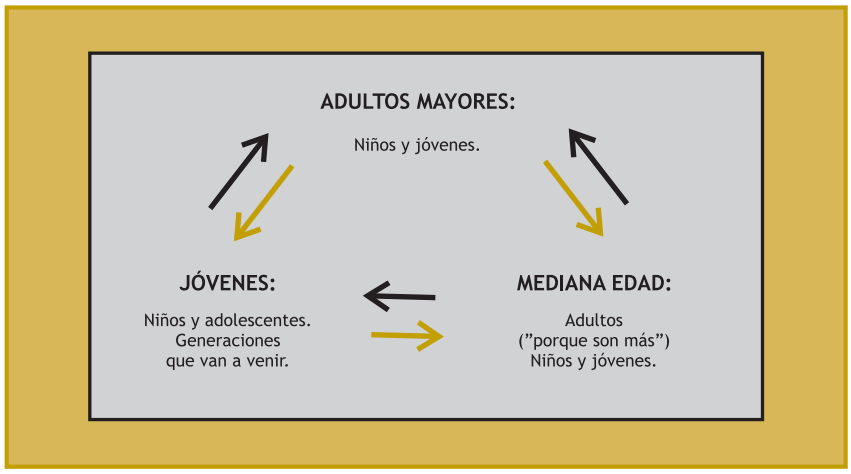
H: Lo que ha cambiado un poco es hacia las nuevas generaciones.

H: Los planes educativos se vuelcan hacia los jóvenes.

M: Con los niños están trabajando los CAIF. Trabajan con los más chiquitos, que es muy importante.[14]

M: Yo estoy en la red del barrio Sur, de los CAIF y de las ONG que trabajan con niños y se está apostando a los niños de 0 a 2 años. El trabajo, la estimulación temprana… que nosotros antes lo dábamos por ahí arribita y ahora se está apostando.

Figura 4: Percepción del gasto social según generaciones



Características de la deseabilidad del gasto en políticas relativas al envejecimiento

Este eje se vincula a lo que los participantes consideran deseable en materia de gasto en política pública vinculada al envejecimiento y la vejez. Dos ideas surgen con fuerza entre el grupo de jóvenes: preparar a toda la sociedad para una muerte inexorable y realizar un esfuerzo porque los adultos mayores se sientan útiles, no dando cuenta de una utilidad real hacia la sociedad en su conjunto.

14 Centros de Atención a la Infancia y la Adolescencia. Centros de educación inicial. El Plan CAIF funciona desde 1988 y constituye una política pública intersectorial de alianza entre el Estado, Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), e Intendencias Municipales, cuyo objetivo es garantizar la protección y promover los derechos de los niños y las niñas desde su concepción hasta los 3 años, priorizando el acceso de aquellos que provienen de familias en situación de pobreza y/o vulnerabilidad social, a través de las modalidades urbanas y rural.

En ese contexto se plantea la idea de la integración intergeneracional en forma relativamente abstracta.

> M: La cultura de la muerte, que no tenemos una educación real para asumir realmente que esto termina, que nos somos Highlander... Yo me puse a pensar realmente y es jodido, de verdad, es horrible.
>
> M: Da miedo, porque no sabés qué hay del otro lado. Y lo vivimos como trágico.
>
> H: Me parece que debe haber una política muy inteligente educativa en niños, jóvenes, adultos y en los propios viejos, que no es final, si lo es, pero es que no es.
>
> M: Yo creo que las políticas de envejecimiento las buscaría por el lado de integrar generaciones, no una política para que aquel que esáa envejeciendo le digamos "pobrecito" y ponerlo en una cajita de cristal. No. Me parece que si tiene la experiencia que pueda ayudar a los demás, si puede transmitir conocimiento, tendría que haber políticas de integrar, que integren generaciones, en todo sentido, cultural, deportivo, artístico.
>
> M: Hacerlos sentir útiles.

En el grupo de los participantes de mediana edad, en tanto, se manifiestan algunos contenidos considerablemente violentos, con una visión particularmente negativa de la vejez, sostenidos por participantes masculinos. Esto se acompaña de ideas de fragilidad social y sugerencias de asistencia en ese sentido, por momento opuestas a propuestas de contenido recreativo, desde una perspectiva *pasiva* del adulto mayor.

> Coord.: ¿Qué acciones o políticas creen ustedes que se deberían llevar a cabo en Uruguay?
>
> H: Eutanasia obligatoria.
>
> M: Yo he visto en el hospital a viejitos que ni pueden caminar y los mandan para acá, los mandan para allá...Vienen y van...
>
> H: Hace como dos o tres años la Intendencia puso grupos de apoyo para la tercera edad que hacen grupos para salir.
>
> M: Pero si vos vivís solo, no tenés qué comer, no tenés ropa que ponerte… no te va a gustar que te suban a un ómnibus y te lleven a pasear. Tengo frío, tengo hambre ¿o no?
>
> M: Son situaciones límite.
>
> H: Bueno, pero por ejemplo en el Nautilus pusieron canchas de ajedrez, pusieron.
>
> M: Pero en lugar de poner eso, que pongan a una visitadora social y que se aseguren de que coma. Porque si te dan 3.000 de jubilación es obvio que no vas a comer.

Por último, los adultos mayores expresan contenidos vinculados al empleo del tiempo libre en actividades percibidas como útiles por los adultos mayores y por la sociedad en su conjunto. El discurso masculino en este tema vincula esto al trabajo institucionalizado y remunerado y marca distancia de los modelos de voluntariado.

Una idea central parece ser la de combatir el tiempo libre ocioso, sin un sentido significativo para las personas.

> H: Que la gente estuviera ocupada, pero ojo, en un trabajo que sea un empleo. Porque trabajar lo hacemos todos, en un empleo.
>
> M: Que si tienen que estar en una casa de salud, que sea agradable, algo lindo, no esas casas viejas donde los meten en un rincón oscuro. Es importante facilitarles libros, revistas, facilitarles una buena vida.
>
> M: Buena calidad de vida.
>
> M: Es lo que necesitan.
>
> H: Todo aquel que mentalmente esté apto para brindar a la sociedad sus experiencias en un trabajo, en el arte y en lo que sea.
>
> M: Que no estén ociosos.
>
> H: Que no sea todo voluntariado, porque no podemos apostar a todos voluntarios.

Discusión y consideraciones provisorias

Estos primeros elementos recogidos y esta primera sistematización, como fase todavía inicial de un proceso recursivo de análisis, permiten aventurar algunas consideraciones.

En primer lugar cabe consignar que la problemática de la producción social de sentido es un área poco desarrollada aún en Uruguay, país que no sitúa en sus prioridades de producción de conocimiento e innovación a la problemática del envejecimiento. Por otra parte, los estudios existentes no interactúan significativamente entre sí.

Aún así, los diversos estudios aportan suficiente evidencia para afirmar que existe una imagen altamente negativa de la vejez y el envejecimiento en Uruguay y en todos los países de la región en los que hemos ubicado investigaciones que aportan evidencia empírica consistente.

Se ha determinado (Berriel, Paredes y Pérez, 2006) que coexisten un modelo hegemónico de envejecimiento y un paradigma emergente con énfasis diametralmente opuesto. Ello da lugar a nuevas tensiones *intra* e *intergeneracionales* propias de una situación de transición a nivel de modelos que, sin embargo, no se manifiestan en términos de conflicto social implícito.

Así, aparece como un proceso recluido al ámbito de lo privado, lo doméstico o lo *microsocial*, con escasa enunciación y visibilidad social de una peculiar manera: hay una selectividad social muy fuerte de la visibilidad de este conflicto jalonado con propuestas *anti age* extendidas al plano de la vida social.

Esto ha sido abordado, por ejemplo, por Luna Rodrigues Freitas Silva (2009), para quien el paradigma emergente posee un carácter imperativo inocultable. Esta autora se pregunta: "Autonomía, *autoresponsabilización*, actividad, flexibilidad, disposición para el aprendizaje, máscara, ausencia de identificación etaria. ¿Serían esas las prerrogativas del envejecimiento contemporáneo exitoso? El entrelazamiento entre algunas características de la tercera edad y los patrones más generales que delimitan las identidades contemporáneas, aunque no sea total, indica que esas características se vienen transformando en indicativas de un envejecimiento satisfactorio y socialmente reconocido y, como tal, se encaminan para erigirse como reglas normativas del envejecimiento contemporáneo" (Rodrigues, 2009: 133).[15.]

Estas afirmaciones parecen orientarse a escenarios futuros en el marco de procesos de gran inercia social, en tanto se ubican en el plano del imaginario social instituido (Castoriadis, 1985). Sin embargo, compartimos las afirmaciones de Silva en cuanto a que puede identificarse una duplicidad en la caracterización de este paradigma emergente. "Por un lado, esta identidad representa una innovación y, como tal, diversifica las posibilidades de filiación (inscripción identitaria) de los sujetos. Por el otro, el mismo corrobora modelos e ideales que vienen tornándose hegemónicos en la actualidad" (op. cit.: 128).[16.]

Esta realidad de la imagen social del envejecimiento tiene algunas implicaciones respecto al relacionamiento y la integración intergeneracional de nuestras sociedades que todavía debemos evaluar. Las primeras evidencias comienzan a presentarnos una sociedad en la que coexisten sentidos sociales respecto a las generaciones, el envejecimiento y la vejez con algunas diferencias importantes que, antes de ser abordadas como obstáculos, deberían servir como parte importante de las bases de las propuestas dirigidas a una mayor integración social y a la producción y visibilización de otras nuevas imágenes del proceso de envejecimiento y de la vejez.

Desde esa perspectiva, el hecho de que las generaciones más jóvenes presenten serias dificultades para proyectarse hacia el envejecimiento parece ser un elemento de mal pronóstico que merecería abordajes específicos e integrados a problemas más generales a ser plasmados en políticas.

En los aspectos que las distintas generaciones parecen coincidir es en una imagen negativa, pasiva y en clave de declive de la vejez y el envejecimiento. Y en la escasa visibilización de la vejez más allá de estos parámetros. Esto, lejos de ser un componente secundario de la realidad del envejecimiento, se ubica como central, en la medida en que da sustrato simbólico y afectivo a algunos de los problemas centrales en este campo. Por ejemplo, la integración y visibilización del rol de los adultos mayores en los procesos de desarrollo social en sentido amplio, el maltrato y

15 En el original: "Autonomia, autorresponsabilização, atividade, flexibilidade, disponibilidade para aprendizagem, máscara, ausência de identificação etária. Seriam essas as prerrogativas do envelhecimento contemporâneo bem-sucedido? O entrelaçamento entre algumas características da terceira idade e os padrões mais Gerais que delimitam as identidades contemporâneas, ainda que não seja total, indica que essas características vêm se tornando indicativas de um envelhecimento satisfatório e socialmente reconhecido e, como tal, caminham para se constituir como regras normativas do envelhecimento contemporâneo…"

16 En el original: "(…) de um lado, esta identidade representa uma inovação e, como tal, diversifica as possibilidades de filiação dos sujeitos; de outro, a mesma corrobora modelos e ideais que vêm se tornando hegemônicos na contemporaneidade."

la violencia hacia las personas mayores, la falta de planificación personal y social del envejecimiento, la *patologización* de la vejez, la falta de priorización de las políticas de envejecimiento en la opinión pública y en las instancias estatales y políticas.

Por último, caben señalar dos aspectos importantes de la situación del estudio de la imagen social del adulto mayor y del envejecimiento: En primer lugar, la falta de política nacional en Uruguay de incentivo a la investigación de estos problemas, así como la dispersión de los estudios a nivel nacional y regional favorece una escasa integración de los mismos como insumos al diseño, planificación e implementación de políticas.

En segundo término, al abundar sobre los contenidos figurativos y temáticos de la significación y producción de sentido social del envejecimiento se han desatendido relativamente los aspectos constitutivos y procesuales de la construcción de esos significados a diversos niveles (macro y microsociales), aspecto que emerge como central para generar estrategias para acciones efectivas.

Una perspectiva de derechos económicos, sociales, culturales y ambientales (DESC+A) implica conocer los marcos interpretativos que puedan hacer obstáculo al pleno ejercicio de derechos, incluso el de los jóvenes a proyectarse en su propio envejecimiento. Esto es, que el *no future* recupere su lugar de denuncia de caminos prefabricados como opciones cerradas a transitar. Y que el futuro, indisolublemente ligado al envejecimiento, ya sea en el plano macro como micro social e individual, recupere su potencia de creación de diversidad.

El envejecimiento y la vejez desde la perspectiva de los actores políticos

Lic. María Carbajal, Lic. Maite Ciarniello,
Lic. Mónica Lladó y Dra. Mariana Paredes

Introducción

Este artículo es un primer avance de los resultados que emergen de la investigación «Fortalecimiento del Observatorio de Envejecimiento y Vejez en Uruguay»,[17] financiado por la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República.

Este proyecto se encuadra también dentro de las actividades del Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento (NIEVE) —que ha recibido apoyo del Espacio Interdisciplinario de la Universidad de la República— en el marco del cual se ha realizado el coloquio que tuvo como resultado este libro.

En el marco del proyecto se han realizado, entre otras actividades, entrevistas a distintos actores políticos involucrados en la temática del envejecimiento y la vejez. Las políticas públicas en Uruguay dirigidas a la vejez tienen distinto origen tanto desde el punto de vista institucional como desde el enfoque al que se dirigen. La coordinación de políticas en esta materia es un proceso muy reciente y la coordinación intersectorial un camino que recién está empezando a transitarse.

Las instituciones que han llevado a cabo políticas públicas de vejez han sido básicamente sectoriales y muchas veces con iniciativas aisladas y superpuestas. También las concepciones del envejecimiento y la vejez han cambiado y nos enfrentamos a distintos paradigmas en transición y a cambios en la percepción de la situación de la vejez como problemática social y del envejecimiento como proceso de vida.

Esto requiere también de nuevos enfoques y constantes desafíos de las políticas sociales para adaptarse y reconfigurar los temas de envejecimiento y vejez de creciente preocupación en Uruguay.

Desde un punto de vista *ideal*, atendiendo a la sistematización que se ha realizado a nivel internacional y regional en las conferencias sobre envejecimiento (Madrid, 2002;

17 Proyecto financiado por Facultad de Ciencias Sociales desde el año 2008 y que finaliza en marzo del 2011. Responsable: Mariana Paredes. Equipo de Investigación: Lic. Mónica Lladó, Lic. María Carbajal, Lic. Maite Ciarniello.

Santiago, 2003; Brasilia, 2008) las políticas deberían estar orientadas en tres áreas principales:

1) las personas de edad y el desarrollo, atendiendo básicamente a la seguridad económica de las personas mayores;

2) la salud y el bienestar, desde un enfoque integral de salud y desde la perspectiva del ciclo de vida;

3) los entornos físicos y sociales, vinculados tanto a la infraestructura urbana y de vivienda del adulto mayor como a las redes de apoyo social y a la participación de las personas mayores en la sociedad.

En el Uruguay, la institución que más antigüedad tiene en materia de instrumentalización de políticas de vejez es el Instituto de Seguridad Social (anteriormente denominado Banco de Previsión Social, BPS), que existe en el país desde el año 1967. Su existencia está dispuesta por la Constitución de la República "con el cometido de coordinar los servicios estatales de previsión social y organizar la seguridad social".

Si bien existen otras cajas paraestatales para administrar la seguridad social, el BPS es el organismo que tiene mayor cobertura. Desde 1993 cuenta con un área de servicios sociales transformada en Gerencia de Prestaciones Sociales en 1999. En ese marco se han desarrollado algunos programas de apoyo a las organizaciones de adultos mayores, capacitación, vivienda y turismo social (Huenchuan y Paredes, 2006).

El BPS, a través del Área de Prestaciones Sociales, tiene entre sus cometidos las soluciones habitacionales, el turismo social, el fortalecimiento de la sociedad civil organizada, básicamente en lo que refiere a la población de adultos mayores. En el BPS se entrevistó a integrantes de la Gerencia de Prestaciones Sociales y en el interior del país personas responsables de programas dirigidos a adultos mayores.

El Ministerio de Salud Pública es el mayor organismo en materia de diseño de políticas de salud a nivel nacional. A partir del año 2005 se define llevar adelante el proceso de reforma hacia un Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esto supone definir un Plan Nacional (marco político, planes y programas) que articule Estado, sociedad civil y entidades privadas.

El objetivo de la reforma de la salud supone el acceso universal de la atención en salud a toda la población en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano. Así es que el SNIS está integrado por Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) y otros servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC), instituciones de asistencia médica privada particular sin fines de lucro y otros seguros integrales existentes al momento de la aprobación de la ley.

La Junta Nacional de Salud (JUNASA) planifica, organiza dirige y controla el funcionamiento del SNIS. En 2008 se aprobó la canasta de prestaciones en salud con una nómina básica de programas integrales de prestaciones que dirige la JUNASA. Dentro de estos programas se encuentra el Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor.

En el área del adulto mayor se desarrollan iniciativas vinculadas a la cobertura en salud en el subsector público (ASSE) y subsector privado (IAMC) y problemas de accesibilidad

por razones económicas (jubilados de bajos recursos en el sector privado). Se ha priorizado la reorientación del modelo de atención, el fortalecimiento del primer nivel y desarrollo de estrategias de prevención y promoción de salud. En este marco fueron entrevistados representantes del Programa Nacional de Salud del Adulto Mayor y los directores departamentales.

En el último período de gobierno (2005-2009) se creó el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y en ese marco se crea la Dirección Nacional de Políticas Sociales. A partir de 2007, dentro de esta dirección, se crea el Área de las Personas Adultas Mayores, la cual se suma a otras estrategias de intervención que ya funcionaban en el marco del Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social.[18]

El MIDES aborda la temática del envejecimiento desde distintas perspectivas de intervención y la creación de un área específica para el adulto mayor "tiene como su razón de ser el colaborar con otros organismos del Estado y la sociedad civil para el análisis de la incidencia del envejecimiento en el diseño de las políticas públicas.[19]

También busca propiciar espacios de articulación que contribuyan a una mejor utilización de los recursos existentes" (MIDES, 2009: 11). A partir de aquí es que se impulsa el «Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio» en el año 2007, en colaboración con la Dirección Nacional de Coordinación Territorial del MIDES.[20]

Este debate tuvo entre sus cometidos abrir "espacios colectivos de trabajo y discusión referidos a la situación actual en materia de recursos y provisión de servicios sociales y sanitarios para las personas adultas mayores. Se buscó, además, conocer en profundidad los diversos niveles de capital social disponibles para pensar un escenario de políticas sociales que puedan orientar respuestas hacia otros niveles de complejidad que hoy presenta el envejecimiento como fenómeno demográfico y social" (MIDES, 2009: 12).

Por lo tanto, en el marco del MIDES encontramos dos tipos de actores entrevistados: los que directamente se ocupan de los temas del adulto mayor desde el Área de las Personas Adultas Mayores y los coordinadores territoriales en los distintos puntos del país.

A nivel nacional existen otras instituciones que han desarrollado iniciativas aisladas en materia de vejez, como el Ministerio de Educación y Cultura y el Ministerio del Interior, pero no cuentan con programas instituidos y estables dirigidos a esta población. A

18 Entre sus fundamentos de creación se encuentra: "sin perjuicio de las competencias de otros ministerios y organismos, formular, ejecutar, supervisar, coordinar, programar, dar seguimiento y evaluar las políticas, estrategias y planes en las áreas de juventud, mujer y familia, adultos mayores, discapacitados y desarrollo social en general" (Ley 17.866, creación del Ministerio de Desarrollo Social. Art. 9.º inciso b. <http://mides.gub.uy/innovaportal/file/61/1/ley%20MIDES.pdf>)

19 Plan de Equidad de la Asistencia a la Vejez (prestación económica de tipo no contributiva que se brinda con el apoyo del PBS a la población de entre 65 y 69 años que se encuentran en situación de extrema pobreza. Instalación de refugios nocturnos en todo el país en el marco del Programa Atención a los Sin Techo (DINACIS). "En el país de Varela, yo sí Puedo" (Programa de alfabetización de DINACIS) y "Uruguay Integra" (que promueve estrategias de inclusión y participación social) de DINAPPSS. (MIDES, 2009, p. 12).

20 Tiene como cometido el diseño, implementación y desarrollo de la estrategia de descentralización del MIDES en todo el país (MIDES, 2009: 12).

nivel de gobiernos locales existen distintas divisiones en las intendencias municipales departamentales que desarrollan acciones en materia de políticas sociales en general y en algunos casos en políticas de vejez en particular.

Estos actores políticos operan en las distintas instituciones a niveles diferentes y se los ha entrevistado en todo el territorio siguiendo un muestreo teórico orientado a relevar las acciones e iniciativas en relación con el envejecimiento y la vejez.

Como resultado, se han realizado entrevistas en los departamentos de Montevideo, Canelones, Rocha, Rivera, Soriano, Río Negro, Paysandú, Colonia, Lavalleja y Maldonado (ver mapa en anexo 1), a personas de las instituciones mencionadas más arriba que operan o han operado a distintos niveles en la ejecución de políticas públicas.

Cuadro: Entrevistas a personas que pertenecen a distintas instituciones dentro de los departamentos seleccionados.

	MIDES	Intendencias	BPS	MSP	Otros Ministerios
Montevideo	X	X	X	X	X
Canelones		X		X	
Rocha	X	X			
Rivera	X	X	X	X	
Soriano	X	X		X	
Rio Negro	X	X	X		
Paysandú	X	X		X	
Colonia	X	X		X	
Lavalleja	X	X		X	
Maldonado	X	X			

Se realizaron 32 entrevistas entre mayo y octubre del año 2009, teniendo en cuenta que finalizaba un período de gobierno. Se buscó recabar un balance de las acciones realizadas en ese período, así como la percepción que existe de la situación de los adultos mayores y las principales problemáticas que se visualizan en esta materia. Se siguió una pauta semiestructurada de entrevista que se adjunta en el anexo.

En este artículo en concreto se realiza un análisis de estas entrevistas centrado en la concepción del envejecimiento y la vejez, así como en las principales problemáticas que detectan los actores políticos vinculadas al adulto mayor.

Antes de comenzar el análisis es necesario realizar algunas precisiones metodológicas. En primer lugar, el análisis que sigue toma en cuenta las distintas instituciones atravesando las dimensiones abordadas desde cualquiera de ellas. Por otra parte, muchas veces las personas entrevistadas hablan por sí mismas o hablan desde la institución a la que representan. En algunos casos esto es más manifiesto que en otros.

Evidentemente, al hablar de cuestiones institucionales refieren al origen o a la génesis de la institución y, en muchos casos, al hablar de la vejez o el envejecimiento, se involucran aspectos vinculados a su propia experiencia personal, familiar o laboral. Es lógico que esto suceda en temas como los abordados en las entrevistas, en donde

la vejez es una etapa de la vida de la cual muchos de los entrevistados están cerca personalmente o lo están por distintos motivos.

Intentamos recuperar aquí los discursos construidos por los actores en torno a este tema, de manera de rastrear los principales tópicos que surgen a la hora de abordar la situación de las personas mayores en el Uruguay.

Concepciones del envejecimiento y la vejez

Estamos frente a una transición en lo que a concepciones de la vejez y el envejecimiento refiere. Estos cambios se vinculan a una transformación de paradigmas en la comprensión y construcción social de estos procesos (Berriel, Paredes, Pérez, 2006) y a la dinámica que va adquiriendo el envejecimiento en la sociedad toda.

Esta transición tiene como trasfondo los cambios demográficos que ubican a Uruguay como uno de los países latinoamericanos con mayor grado de envejecimiento poblacional. Las repercusiones de este fenómeno a nivel poblacional tienen que ver con el aumento proporcional de las personas mayores en relación con otros grupos etarios.

A nivel individual, este proceso tiene repercusiones en el alargamiento de la vida y los nuevos planteos que esto supone como una nueva etapa del ciclo vital. La vejez ya no necesariamente asoma como un cierre de la vida, sino como una apertura a nuevos desafíos de similar dimensión temporal a lo que otras etapas de la vida han tenido.

¿Qué entendemos entonces por vejez? ¿Cómo se ubica este estadio de la vida en el proceso de envejecimiento? Si bien este proceso comienza desde muy temprano en el organismo, desde un punto de vista biológico, la construcción social que de esta palabra hacemos está adherida a una etapa específica de la vida: la vejez.

Vamos envejeciendo, pero en algún momento se es viejo. ¿Cuándo y cómo se produce este proceso? ¿Qué entienden los actores políticos por vejez y envejecimiento? En esta dimensión se organizan aspectos del discurso de los entrevistados que dan cuenta del complejo entramado de significaciones sobre el envejecimiento y la vejez y de la confluencia de distintos paradigmas en su concepción, construcción e interpretación.

El envejecimiento como proceso

Todos nacemos, crecemos, envejecemos y morimos. Pero este proceso se da de manera única y homogénea u obedece a distintas características que condicionan la especificidad de las distintas formas de envejecer. Esta idea supone la tensión entre entender al envejecimiento como un proceso singular, variable de acuerdo a diferentes contextos (sociales, económicos, culturales, históricos) —vale decir heterogéneo— o considerarlo como un proceso universal y único que nos atraviesa a todos de igual manera.

> "Y sí, no es lo mismo 70 y pico de años en unos que en otros. Acá viene gente que te dice (que tiene) 46 años y vos decís ´es una vieja´. Claro, su calidad de vida… Yo tengo 46 años y parezco una piba de 18, ja ja ja. Porque la calidad de

vida deteriora, te das cuenta, el hecho de salir a trabajar con frío, todo eso. Y la alimentación y todo… Yo veo una especie de envejecimiento prematuro" (MIDES)

"Los viejos son siempre iguales, los viejos siguen siendo iguales, las enfermedades son las mismas, pueden ser más activos porque la expectativa de vida ahora es mayor". (MI).

"Porque además hay otra realidad: hoy vivimos más años. Entonces, si hiciéramos lo de antes, que a los 50 años ya nos metíamos adentro como monjas de clausura, bastante nos íbamos a aburrir" (Intendencias).

Tanto los elementos relativos a la longitud de la vida y los modos de vivirla como a los distintos contextos que afectan la vida de las personas son posicionados en las nociones sobre envejecimiento, generando tensión en la interpretación del proceso de manera individual o social.

"Por supuesto que no es un proceso solo de la persona. También el entorno tiene que dar oportunidades para eso, no es solo que yo vaya aceptando lo que me está pasando y que ponga mis áreas fuertes a trabajar. También necesito que el entorno me dé oportunidades. Si me jubilan porque ya llegué a los 70, bueno, necesito también que otros espacios me puedan dar oportunidades para que yo pueda volcar toda la experiencia acumulada, porque se supone que toda sociedad necesita de esa experiencia de aquellos quienes ya hayan vivido las cosas" (MIDES).

"Hay gente de poca edad que está muy envejecida. No por deterioro, sino por la mala calidad de vida que le ha tocado vivir. Yo creo que todas esas cosas van de la mano de la vida que le tocó vivir a cada uno, por los trabajos que le tocó tener, por los problemas de familia que le tocó vivir... Hay una cantidad de parámetros" (intendencias).

En la percepción de la población adulta mayor efectivamente entran a jugar factores diferenciales: envejecimiento diferencial en contextos de vida femeninos o masculinos, envejecimiento diferencial en contextos rurales y urbanos y envejecimiento diferencial en función de los distintos perfiles socioeconómicos de los adultos mayores. Esto probablemente se percibe a nivel de las distintas localidades más cercanas a la realidad de cada población específica.

"Yo creo que al viejo de zona rural ya de por sí le cuesta mucho más trasladarse a otros lugares. Muchas veces no tiene al alcance cosas que hacen a la calidad de vida, imaginate que un peón rural muchas veces sale de su pago, como dicen ellos, cuando tiene que ir al médico, o porque lo mandan cuando ya está... a Montevideo. No es lo mismo tal vez que un adulto mayor en una ciudad, que ya de por sí tiene mucho más capacidad para conectarse con una cantidad de servicios que por ahí un adulto mayor del medio rural no los tiene" (intendencias).

"Yo creo que el tema de estar en la pobreza y en la indigencia favorece eso. Sin dudas. Pero vemos en las mujeres que mantienen algunos vínculos de amistad y se vinculan a los clubes de la tercera edad y tienen una vida social mucho más activa que los hombres. Hay una presencia femenina que supera ampliamente

la masculina. Y por el nivel económico también eso pasa, porque (la mujer) mantiene las amigas, va a la universidad de la tercera edad... Pero también la soledad las golpea muchísimo, eso golpea a todo el mundo" (intendencias).

La percepción del proceso diferencial del envejecimiento está *transversalizada* también por la situación actual con que se percibe a la población adulta mayor. En algunos casos los entrevistados distinguen tres grandes grupos de adultos mayores:

1) los que están institucionalizados y abandonados en su mayoría,

2) los que están aislados dentro del hogar familiar, viviendo solos o con familias que no los pueden atender ni dedicar tiempo,

3) aquellos que, perteneciendo al segundo grupo, se han reinsertado en la sociedad a través de los grupos de adultos mayores (GAM), lo que les permite "tener información, tener otra actitud, poder cambiar". "Los que están integrados tienen una actitud positiva y muy buena, pero la gente que se aísla, es como que ellos envejecen mal" (BPS-INSS).

Por lo tanto, es interesante rescatar las dimensiones que asocian el envejecimiento a la dependencia, al deterioro y al abandono vinculado al paradigma tradicional más hegemónico acerca de la vejez.

Envejecimiento asociado a la dependencia

El envejecimiento se asocia a un paradigma de deterioro y dependencia, por lo que siempre trae aparejado diferentes concepciones sobre el cuidado en la vejez que suelen caer en formas más asistencialistas, lejos de considerar al viejo como sujeto de derecho.

> "A mí me parece, la sensación que uno tiene es que de determinada edad para adelante, es como que las personas viven *de* la sociedad y no que viven *en* la sociedad. Yo creo que falta muchísimo, que habría que implementar otras políticas públicas, que habría que implementar más actividades. En general, me parece que el gobierno lo ve al adulto mayor como un gasto. Tú pensás en el adulto mayor y es lo que te digo, pensás siempre en algo asistencial. Y sí, creo que está desprotegido, que habría que tener muchísimas más consideraciones con el adulto mayor, sin lugar a dudas" (Intendencias).

Se pueden observar diferentes nociones de la vejez, que la consideran como algo negativo, pese a reconocer la potencia de los viejos activos y organizados y el hecho de que es posible envejecer de otra manera. Aparece así la contradicción entre algo que causa un gran rechazo, actitud fiel a un paradigma de *vejez igual a enfermedad* y la emergencia de un paradigma emergente, en el que es posible beneficiarse.

> "Envejecer... ¡Pah! es fea esa palabra, envejecer. Fea. Mirá no, no la tomaría como... Mirá te voy a decir la verdad, envejecimiento para la demás gente es más bien enfermedad o algo feo o algo horrible. Ehhh, ta, es un proceso que vivimos todos, todos vamos a vivir ese proceso, si es que llegamos (risas), esteee, en nuestras vidas. Y yo pienso que es la edad donde nosotros tenemos que disfrutar, el hombre tiene que disfrutar, en general (MSP).

El posicionamiento en un paradigma de deterioro y dependencia conlleva una actitud asistencialista que cae fácilmente en la infantilización del viejo. Se pierde de vista que la dependencia en los adultos mayores (AM) vulnerables no debe perder la salvaguarda de la dignidad y la autonomía humanas hasta en las últimas consecuencias.

A los viejos vulnerables se los nomina en muchas ocasiones como *viejitos*. El diminutivo infantiliza, despojando a la persona de su autonomía y posicionamiento como sujeto de derecho. Así se restringe al AM a ser considerado solamente como objeto de derecho.

De alguna manera, en este tipo de expresiones se confunde dependencia con pérdida de autonomía. Daría la impresión de que la insistencia en comparar los cuidados a la población vieja con los cuidados a la infancia, conforma un argumento para justificar el trabajo con el AM desde los atributos positivos de la niñez, sorteando de esta manera los prejuicios que supone tratar con viejos.

> "Pienso que habría que hacer una preparación a nivel de todos los funcionarios públicos, no solo municipales, de organismos públicos y privados, de la salud, de la docencia, primaria, secundaria, todo lo que es para la convivencia y el intercambio... para que cada uno comprenda el tema del envejecimiento, como se atiende al niño cuando recién nace, que se le dé la atención adecuada y se le atienda como tal" (Intendencia).

> "Haciendo observaciones y vigilando que se levanten esas observaciones, limitando la cantidad de viejitos que mantener, exigiendo determinadas condiciones desde el punto de vista sanitario" (MSP).

> "Cuando a veces vas en el ómnibus los ves muy tristes (…). Los veo a veces en las plazas solos, me parece que hay mucha soledad en los viejitos" (MEC).

> "Y porque es jodida la situación de los viejitos, socialmente por lo menos (…). Sí, es muy pesado, ese tema es muy pesado... Es como un INAU que maltrate gurises" (MIDES).

Los cambios en la percepción de la vejez

Los efectores públicos reconocen la presencia de un adulto mayor participativo, interesado en aprender que requiere y, de alguna manera, interpela al Estado a generar espacios de participación. Advierten la emergencia de un modelo de envejecer activo, vinculado a la participación, que se asocia con una actitud positiva ante la vida, calidad de vida y vida saludable

Así aparece la idea de cambio de paradigma, más o menos consciente. Es decir, conviven en una misma persona una idea de vejez desvalorizada, improductiva, pasiva y una idea envejecimiento que revierte la anterior. Da la impresión a veces de que la idea de un paradigma emergente parece sostenerse sobre la negación de la vejez o la escapatoria de ella. Como si se intentara decir que la cuestión es no *parecer viejos* (Rodríguez Freitas Silva, 2008).

> "Mi padre y mi madre, que los veo bien, salen adelante, casi no parecen adultos mayores, ¡porque tienen una vida tan activa!" (MEC).

> "Yo no nací para vieja. Lamentablemente es una parte del proceso de vida, que hay que aprender a sobrellevar como cualquier otro" (Intendencias).

> "La imagen del viejo y de la vejez sigue estando más asociada a la decrepitud, al deterioro, esperando la muerte. Te das cuenta de que son muy pocas las organizaciones que... En realidad, muy poca gente en las organizaciones que son fatales… Yo me siento mucho más joven porque te hacen bailar, te agarran las veteranas y te hacen bailar. Después de que entrás y empezás a pedalear con ellos decís: ¡qué fantástico! ¡Qué maravilla!" (Intendencias).

Muchas veces se expresa el asombro o la dificultad de aceptar la capacidad de decisión y autonomía de los viejos, así como una percepción de que la vejez es llegar a una etapa en la que no valdría la pena invertir o realizar acciones en mejora de la calidad de vida de los sujetos.

> "Y, porque me parecía que no podía. Por ejemplo, mamá toda la vida usó lentes. (…) Ella ahora con todo esto de la operación de ojos dijo ´yo tengo cataratas´ y fue al oculista. Mi papá falleció hace cinco años y desde que mi papá falleció ella empezó a verse ella. Porque durante toda la vida no se tenía en cuenta a ella porque estábamos nosotros... Y ella empezó con la vista, por ejemplo, fue al oculista, tenía cataratas y se las quería operar. Yo pensaba ¿para qué?... Ah, se operó, todo bárbaro" (MIDES).

Hacia un nuevo concepto: actividad, activismo y participación

Frente al concepto de la vejez asociado a la pasividad y el deterioro, aparece con frecuencia el concepto de envejecimiento activo, a veces en su acepción plena.[21] Otras veces tiende a ser utilizado de una manera reducida a una idea de la actividad que recuerda la teoría de la actividad,[22] lo que decanta en estar en *permanente actividad*, arriesgando el caer en *activismo*, es decir, en una actividad irreflexiva. O bien caer en una idea de "deber ser" activo, que aparece más una imposición externa, donde la actividad se hace solo para llenar vacíos y no para crear espacios de integración social, participativa y responsable.

Muchas veces se asocia el tiempo libre y el ocio como perjudicial para los AM, donde aparece la participación asociada al *tener* que hacer algo, no tomando en cuenta la dimensión del deseo del sujeto.

21 Según la OMS-OPS (2002): "Es el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen". El paradigma del envejecimiento activo reconoce los derechos de los adultos mayores, considerando la igualdad de oportunidades, para ejercer su participación en el proceso político, social y en otros aspectos de la vida comunitaria.

22 «La teoría de la actividad» de G. Maddox (1973, en Salvarezza, 1993), sostiene que las personas mayores deben mantenerse siempre en actividad y surge en oposición a la teoría del desapego de Cumming y Henry (1961, Ídem, 1993), que defiende, que las personas mayores a medida que van envejeciendo pierden el interés por las cosas que los rodean, volviéndose sobre sí mismos, apartándose del mundo y aprontándose para la muerte. Estas dos teorías son las dos caras de una misma moneda, ya que ambas no tienen en cuenta la condición de sujeto del viejo, al decir de Robert Pérez (2005) "los procesos subjetivos del viejo son un impensado y que ambas propuestas le quitan la posibilidad de generar sus propios proyectos vitales autónomos".

> "(…) Me parece un poco relacionado con los achaques de la salud, yo lo veo desde ahí, pero también para muchos de ellos es todo un tema cuando empiezan a dejar de trabajar y empiezan a tener todo ese tiempo libre, de ocio y eso. Y creo que la apuesta es esa, trabajar con ellos para que todo ese tiempo no quede como que hago lo que hay" (BPS).

> "(…) Pero creo que tenemos que crear los lugares de esparcimiento, de asistencia social, cultural, deportiva, todo, para que el anciano se sienta cómodo, que no sea un peso para la familia, que siga siendo un ser individual que se desarrolla, que se cultiva." (MSP)

> "(…) Hablamos con gente que se está por jubilar. ´Bueno, ¿y qué vas a hacer después?´. Porque vos ves que la persona que se jubila es una persona con muchas cosas para dar todavía. ´Ah, no, yo lo primero que voy a hacer es nada, nada. Yo me voy a meter en mi casa´. Entonces ahí ya te da como una pauta de que la gente toma el tema de la jubilación, de la inactividad, como el tema de que terminó ahí mi vida activa (…). Y vos le preguntás qué piensan hacer, cosas que te hubiera gustado hacer durante tu vida y no pudiste porque estabas con la escuela, con esto, con lo otro... Y te dicen "ah, no, no, no. Yo me voy a quedar en mi casa a descansar, voy a cocinar...". (MIDES).

La jubilación aparece como un fenómeno que incrementa la exclusión social, los sentimientos de inutilidad y la sensación de pérdida. Se plantea la jubilación como un problema social en la medida en que no hay una reconversión del capital social acumulado por los trabajadores más viejos.

Según los entrevistados, no existirían programas de jubilación adecuados a los tiempos actuales respecto a la esperanza de vida de las personas. La concepción de jubilación actual trunca las posibilidades de trasmisión de experiencia y conocimiento de las generaciones más viejas a las más jóvenes. En el mundo laboral no se reconocen las capacidades diferentes de las personas más viejas y así se promueve la idea de *viejo es igual a descartable*, lo que fomenta la discriminación y exclusión.

> "Hoy cuando se planteó el tema de que los hombres mueren antes, es verdad. Acá nosotros tenemos una estadística. Cuando te dicen ´se jubiló fulano´… Y ¿cuánto duró? 5 o 6 años" (Intendencias).

> "Me parece que las sociedades no están preparadas para eso, para que las personas que van llegando a esa etapa puedan dar ese *feed back*. Entonces surgen todo este tipo de organizaciones de la sociedad civil, que en realidad funcionan como reservorios, como un lugar donde depositar o ir a depositar esa última etapa. En la medida en que existan más espacios para que los adultos mayores puedan dar ese *feed back*, yo creo que se enriquece una sociedad" (MIDES).

> "En general, la marginación en lo laboral se genera con la jubilación, la mayoría de la gente entabla su relacionamiento con la sociedad a través de lo laboral" (MSP).

Por otra parte, la ascendencia del concepto envejecimiento activo permitiría que la vejez empiece asociarse más con ideas de futuro y oportunidad y no solo con la enfermedad y la muerte. Se percibe a la vejez como una etapa, una más, en la que las personas tienden al sedentarismo y la pasividad. Por eso hay que "fomentar

actividades en la población adulta mayor para que sea activa y tenga interés por otras cosas" (BPS).

> "Yo me vengo preparando para el envejecimiento, porque voy a llegar, vengo preparándome y a su vez ayudando a otros (a) que también se preparen para el envejecimiento. Yo creo que hay que prepararse con mucha alegría para el envejecimiento, ¿no? Ser un veterano activo, como les digo a ellos, estar permanentemente en actividad para no quedarse en el tiempo" (intendencias).

Las organizaciones de adultos mayores aparecen como una tentativa de respuesta a las formas de exclusión del colectivo de las personas de edad, tal como la plantearan Fassio y Golpe (1999) y Fassio (2001). Estas autoras aportan una visión crítica del asociacionismo en los AM, considerando en ello una estrategia de inclusión de la población mayor, pero reconociendo ciertas debilidades compartidas con el resto de las organizaciones de la sociedad civil.

Hay un reconocimiento por parte de los entrevistados de la actividad de los grupos de AM, de su actitud activa y protagónica en la sociedad. En algunos casos se asocia esta actividad a la prevención y promoción de salud. A esto, los entrevistados sugieren fenómenos de *apoderamiento*, en el sentido de reductos de poder o *atrincheramientos*.

> "Bien interesante es la presencia de las asociaciones de jubilados local, que uno mira la asociación de jubilados y la ve como en el macro fenómeno del BPS, de las prestaciones y como demandante desde el punto de vista de su ubicación en la sociedad. Pero en los pueblos nuestros, las asociaciones de jubilados juegan un rol de socialización importantísimo... Es el papel que juegan en el territorio, que es bien diferente de mirarlo en la perspectiva macro del país. Porque desde la socialización, gimnasia, aprendizaje de cursos de diferente tipo... Y a su vez juegan un papel de interrelación con los efectores de salud, pero no solo de salud, sino culturales de la zona, el relacionamiento con la comuna" (MSP).

> "La necesidad de ellos de poder apoderarse de algo, sea un rol en la comisión, sea de algo que a ellos les dé como poder". Y en cada complejo se percibe la lucha interna de poder entre pequeños grupos de AM (BPS-ISS)".

> "El uruguayo no es participativo por naturaleza. Nosotros somos más bien... el adulto mayor no puede escapar de esta realidad, claro, el adulto mayor tiene una ventaja: que ya a esa altura no tiene nada que perder" (Intendencias).

En el caso de la participación social se constata mucha más presencia de mujeres que de los varones. Y esto se vincula estrechamente al tipo de actividad que se realiza y al tipo de organización a la que se incorporan.

> "Ah, sí, la mayoría son mujeres. Exceptuando las asociaciones de jubilados, que tal vez porque los hombres identifican que el trabajo y la asociación de jubilados es más importante porque es gremio y de militancia… Como que sintiera que la recreación, el ocio, es de segunda categoría" (Intendencias).

> "Personas muy activas, actualizadas la gran mayoría, una gran cantidad de sexo femenino por encima del masculino. Y son esas madres, abuelas y bisabuelas que siempre... El tema es que, pienso yo, en cada persona está el deseo de continuar, de actualizarse y de asociarse para seguir viviendo, para tener una mejor calidad de vida" (Intendencias).

Esta participación adquiere entonces características distintas, que se vinculan tanto a las trayectorias femeninas y masculinas como a la construcción de identidades de género en las que el mundo de lo público, el trabajo o lo gremial es donde el varón encuentra mayor expresión.

La vinculación de la mujer a los círculos íntimos de amigos y familia la mantiene más inserta en la vida social. Pero también las mujeres perpetúan la reproducción de actividades vinculadas a la construcción tradicional de *lo femenino,* lo que mantiene pocas instancias de interacción con los varones.

> "Cuando hay una actividad más pública, en la que yo voy a dar mi opinión, en la cual yo puedo incidir, ahí los hombres se convierten otra vez en protagonistas. Creo que un poco tiene que ver con que la mujer, su mayor parte del tiempo, lo ha dedicado a su familia, al entorno, a chusmear con los vecinos, a pasar chismes y a conversar con el otro. La mujer no se siente cómoda aislándose. Al hombre como que le cuesta. Yo no sé por qué les cuesta tanto... Pero después hay hombres que es impresionante como participan y como activan. Y la presencia de hombres —incluso en los coros— ahora la mayor parte de los coros están teniendo hombres (…) y creo que hay que reconocerlo de los dos lados. Porque si bien las mujeres se quejan de que los hombres no van, los grupos de mujeres tienden a organizar actividades para su satisfacción personal, entonces evidentemente un hombre viene y lo que le están ofreciendo es tejido, cocina... (intendencias).

Las mujeres reproducen, de alguna manera, la separación de mundos sociales con los varones, cuestión que cabe pensar que irá cambiando con las nuevas generaciones. Son también las mujeres las que sostienen, en mayor medida, las tareas de cuidado y la mayor vinculación con los hijos y nietos. Esto se percibe a veces como un factor negativo y contrapuesto a la integración social del adulto mayor. La familia, si bien da *contención* también quita al viejo autonomía. La asociación de la vejez con el *abuelazgo* deja desprovista de la posibilidad de incorporar otras actividades cuando estas se superponen con la *tradicional* visión del adulto mayor.

> "Bueno, yo creo que vivían diferente los viejos de antes que los viejos de hoy. No tenían los problemas que tienen hoy, porque hoy los viejos tienen problemas de los hijos, de los nietos... Hoy más bien tienen ese problema —las mujeres más que nada— de la presión de los hijos y de los nietos. Un alto porcentaje te diría..." (Intendencias).

> "Una de las cosas que yo planteé cuando empezamos con los paseos era que — ahí tuve resistencia también— los abuelos no dejaran de ir a un paseo porque estaban con un nieto y no tenían con quien dejarlo. Algunos casi me matan, porque decían ´no, que nos queremos salir de los nietos!´... Está todo conjugado, los abuelos que tienen toda la semana a los nietos, los abuelos que no tienen nietos, los abuelos que los tienen lejos, es difícil, la cuestión intergeneracional es difícil" (Intendencias).

Estas diferencias que se producen a nivel de participación social también tienen su correlato en la dimensión del cambio familiar, asociadas a la transformación en las relaciones de género y la carga de cuidado asumida por las mujeres en las familias.

Envejecimiento y cambio familiar

Los cambios sociales —sociedad de consumo, multiempleo, cambio de roles de la mujer y sus repercusiones en la vida familiar, cambios en la modalidad clásica de familia nuclear, ruptura con el modelo patriarcal, sobrecarga del cuidado en la mujer del cuidado familiar— plantean diferentes reflexiones acerca de las ventajas y desventajas respecto a las personas mayores y la forma de relacionarse con ellos en distintos ámbitos de la vida social.

> "(…) Francamente en ese sentido la veo más jodida a la cosa. Los cambios que han habido en las familias... el abuelo envejecía con los hijos y con los nietos, estaba contenido. Ahora, no va a haber marcha atrás, es casi imposible. En la mayoría de las familias pasa lo que te decía: el viejito se vuelve un estorbo, tenemos que trabajar y no vamos a estar todo el día cuidando a papá o a mamá... Yo lo veo así. Y después se rompió también el lazo entre nietos y abuelos. Es mucho más difícil ahora el tema comunicación, entre otras cosas por las situaciones concretas posibles que tienen de encontrarse" (MIDES).

> "Por eso también son importantes, que no se han desarrollado del todo acá, los centros diurnos, que es un tipo de institución que favorece mucho. Si hubiera más centros diurnos, esos AM que están viviendo hoy con su familia tendrían una instancia de ir a otro lado, le da un poco de aire a la familia, de no estar siempre complicados viendo qué hacen con el abuelo o con la mamá. Y a su vez le permite al AM estar en otro entorno" (BPS-INSS).

La noción de que el adulto mayor es solamente abuelo se contrapone entonces a nuevas propuestas que intenten insertar en otros ámbitos de la vida social a las personas que se encuentran en esta etapa de la vida. Encontramos visiones contrapuestas sobre el significado de la familia y la relación entre generaciones. Por una parte, la flexibilización de los vínculos familiares y las relaciones más liberales y menos rígidas contribuyen a una mayor integración de los adultos mayores con las generaciones que les suceden y, por lo tanto, a la velocidad de los tiempos que corren.

> "Antes era gente que tenía sus defectos, sus valores traídos de padres o de los emigrantes europeos y demás, muy estructurados. Ahora creo que hay una apertura mucho más liberal. El hecho de que tienen mucha interrelación con los nietos, sobre todo, que por el trabajo de los padres jóvenes esos abuelos tienen la necesidad de ir a levantar a ese nieto al jardincito o a la escuela, o que si los padres se van de viaje por estudios se quedan, como que los abuelos de ahora están mucho más en un tren de evolución… Que antes eran una especie de indios viejos consultores y nada más… que era muy valioso el indio viejo consultor. Podemos ser referentes los viejos, pero también yo veo que están muy actualizados" (Intendencias).

Por otra parte, estos beneficios que tiene la ruptura jerárquica de las generaciones más viejas sobre las más jóvenes muchas veces se ve alterada por lo que se percibe como una desvalorización de los viejos, que suele conducir a la sensación de carga y al eventual abandono.

> "Creo que todavía tenemos un déficit profundo. No sé si el sentido de familia que teníamos 50 años atrás, cuando éramos chicos, que veíamos a nuestros padres preocuparse por sus padres, hoy en día se ha ido perdiendo eso, más

bien molesta el anciano, y yo creo que ese es un error muy grande. No tenemos un concepto todavía, hemos perdido una serie de valores pienso yo..." (MSP)

En general se entiende que la familia es importante para garantizar la calidad de vida de los viejos. Por lo tanto, a veces, la familia aparece como el emergente social del abandono de los viejos. Predomina así la idea del viejo abandonado por su familia debido a los cambios en las nuevas dinámicas familiares que redundan en la pérdida de valores y en la fragilidad de los lazos familiares, que son por cierto menos jerárquicos. En resumen, se entiende que los mayores están más desprotegidos actualmente porque se les desplaza del mundo familiar.

> "La actitud frente a la vida es fundamental y ahí la familia es clave (…) La alegría del abuelo o la abuela pasa por mantener esos vínculos. Es increíble lo que golpea la vida de un anciano la ausencia de los hijos y de los nietos. Eso es fatal" (Intendencias).

> "Con el viejo también ha pasado lo mismo (que con el discapacitado): saquémonos al viejo de arriba. Yo a veces en hogares que veo que hay ancianos que están en malas condiciones, tú llamás a la familia y se les explica la situación y te diría que ninguno te agradece que te preocupes por él, lo dejan ahí. Creo que todavía tenemos un déficit profundo. No sé si el sentido de familia que teníamos 50 años atrás, cuando éramos chicos, que veíamos a nuestros padres preocuparse por sus padres, hoy en día se ha ido perdiendo eso, más bien molesta el anciano. Y yo creo que ese es un error muy grande. No tenemos un concepto todavía, hemos perdido una serie de valores pienso yo" (MSP).

> "Para nosotros implica un gran desafío, porque cada vez la vemos más sola (…) abandonado muchas veces por sus familiares, depositados en casas que a veces no los contemplan más allá de poder cobrarle la famosa jubilación y sacarles algún préstamo en el BPS (muchas veces no para el beneficio del anciano)… Digo, es un gran desafío, incluso la misma población se tiene que dar cuenta de encarar de otra forma la atención a sus propios familiares, sus ancianos, sus abuelos... Tratar de recuperar de repente —como cuando nosotros éramos chicos— la figura de ese abuelo en la casa y no tratar de sacarlo de inmediato y ponerlo en cualquier lugar menos con los familiares" (MSP).

La soledad es un tema recurrente al hablar de la realidad del adulto mayor y este tema no solo se vincula a las redes de apoyo en general, sino muy particularmente a los vínculos familiares. Retomaremos este punto cuando hablemos de las principales problemáticas que se plantean asociadas a las personas mayores.

Las estrategias para enfrentar la soledad efectivamente se sostienen en dos pilares: la integración a distintos ámbitos de la sociedad —que pueden estar estimulados tanto desde las políticas públicas como desde la sociedad civil— y la vinculación con la familia. Una y otra veta se manifiestan con pros y contras y tienen también particularidades bien distintas.

> "En zona rural hay mucho adulto mayor. Y nosotros tenemos inclusive un cambio (…) bastante importante en cuanto a actividades. Porque eran grandes estancias en donde por lo general estaba toda la familia, empezaban de peón de patio y terminaban de... envejecían en esa estancia. Y ahora esa realidad ha cambiado, puesto de que ahora está absolutamente todo forestado. Entonces aquel adulto

en el cual toda la familia se traslada a las ciudades por diferentes motivos hacia las ciudades... Entonces ves mucho adulto mayor solo" (Intendencias).

"Pero hay una parte de la población que nosotros la vemos como separada, esa gente que no tiene familiares, que está sola… Hay mucha gente sola, que no hay como en otros lados —que sería lo ideal— alguna organización que los acompañara. No tanto decir 'lo metemos en una casa de salud', sino que durante algunas horas del día pueda acompañarlo en su casa, hacerle los mandados o prepararle la comida, ir a contarle un cuento, una cosa así, como si fuera un hospital de día, un alojamiento pero de día, y que después puedan volver a la casa de familia que lo tenga, si el familiar no lo puede tener tantas horas. Eso, de repente, sería una linda propuesta para hacer" (MSP).

Desafíos para una sociedad integrada: prejuicios, discriminación y rechazo

Del discurso de los entrevistados se puede observar que se trata reflexivamente el efecto de la discriminación, rechazo y prejuicios acerca de la vejez y los viejos. Se plantea, desde el reconocimiento de no saber relacionarse con los AM, la intolerancia de ida y vuelta entre generaciones, la disposición o el rechazo a las propuestas intergeneracionales, la autocrítica como sociedad por las dificultades de integración de ese grupo social vulnerable, así como la necesidad de entornos favorables para los viejos.

"Y tenía un cierto recelo por el área del adulto mayor. (…) No sé por qué. Sentía que no... Tuve tantos en mi vida que no me gustaban tampoco, que no sabía cómo relacionarme, yo que sé... O sea que para mí era totalmente nuevo. Yo le comentaba a alguien que hablaba del tema adulto mayor: cuesta. A mí me cuesta también trabajar con los adultos" (MIDES).

"La sociedad uruguaya es discriminadora y en particular con los AM, porque me molesta porque va más despacio o me molesta porque siempre habla. No logramos como sociedad esta cosa como de convivencia más integrada, porque además se produce lo que siempre pasa con los grupos vulnerados, se atrincheran y se ponen agresivos. (…) No creo que tengamos una sociedad sensible a las personas mayores" (MEC).

"Ellos sienten que llegan a cierta edad y que se sienten como excluidos. No todos" (MIDES).

Se relativiza en relación a la tolerancia de todos por igual, planteando que el respeto se lo merecen todos. Sin embargo, persiste aún la valorización de la sabiduría del viejo, asociando *viejo* con *abuelo*[23] y *abuelo*, a su vez, con el *patriarca*.

"También se posiciona desde el lugar del anciano sabio que puede hablar, entonces los otros aguantan. Y eso tampoco está bien porque también está

23 Recodamos con esto, que el término abuelo, trasciende el hecho biológico, el abuelazgo supone asumir un rol frente a otros, y hacerse cargo de los derechos y obligaciones que supone el ejercicio de ese rol. Por esto mismo encontramos inapropiado referirnos a los AM como abuelos, a menos que se use el término para referirse concretamente al AM en función del ejercicio del rol que supone el abuelazgo.

el respeto por los otros, pero está institucionalizado que si hay un AM que habla hay que escucharlo, no importa lo que diga. (…) Tú sos adulto mayor y él es discapacitado y ella es afro y él no tiene nada, es una persona común y corriente. Todos estamos en igualdad de derechos. Eso cuesta un poco más en el caso de los adultos mayores" (MEC).

"El tema del respeto hacia el viejo ha cambiado también. Obviamente que hay viejos de mierda que no son respetables, pero ja, ja, ja... Pero como que tampoco tiene mucho peso eso" (MIDES).

"En la sociedad, antropológicamente, nos estamos perdiendo… que en todas las culturas de la humanidad siempre fue la referencia, el consejo de ancianos o el anciano sabio era el que decía... No lo que había que hacer, pero el consejero. ¿Por qué? Porque sabe mucho, porque le encanta y además porque todos nosotros (terminamos) siendo también abuelos (MSP).

Problemáticas vinculadas a la situación actual de las personas mayores

Si bien hemos ido abordando las distintas concepciones que sobre el envejecimiento y la vejez tienen los actores políticos —y vinculado a ello las distintas dimensiones para abordar en relación con este proceso— remitiremos ahora a problemáticas detectadas puntualmente como las más urgentes para abordar, desde la percepción de los entrevistados.

Algunos ejes se visualizan como principales problemáticas vinculadas a la situación de las personas mayores: bajos ingresos económicos, la pasividad, la soledad, el abandono, la dependencia y la salud física. En menor medida, aparecen problemáticas como la vivienda, el abuso y el maltrato, tanto en el domicilio particular como en las instituciones de larga estadía. Y algunos conflictos específicos que surgen también en las mismas organizaciones de la sociedad civil.

A la dependencia se la asocia, por un lado, al nivel de ingresos económicos que reciben los AM y las consecuencias que genera la dependencia al Estado benefactor.

"La problemática de la vejez que a veces es un poco dura, porque las jubilaciones no son del todo altas, entonces hay aislamiento, hay falta de alimentación, de salud" (BPS).

"Yo lo que he estado pensando mucho es que el gran problema de ellos es la parte económica. ¡Qué interesante sería algún tipo de emprendimiento o algo entre ellos que les pudiera dar además de la satisfacción que implica estar con otras personas, el otro aporte que es el económico!" (BPS).

Por otro lado, se plantea la dependencia económica de otras generaciones, originando muchas veces situaciones de abuso y maltrato, donde los entrevistados plantean la necesidad de incorporar medidas de protección.

"Yo pienso que es eso, como que hay una dependencia, por ejemplo de los jóvenes, económica... Sí, de apoyo, que la jubilación, que le sacan un crédito... Eso se ve mucho acá. Incluso se plantea cómo poder defenderlos" (MIDES).

> “Esa población es muy vulnerable, porque en general o están solos o tienen problemas de salud o de alimentación, porque no pueden con todo. Y además hay un tema muchas veces como de abuso en cuanto a los ingresos. Mucha gente de contextos que están críticos —sus hijos, sus nietos— viven un poco de la jubilación o la pensión. Entonces están con el tema de los préstamos y de todo eso que también hace que el adulto mayor se vea más reducido en sus ingresos porque tiene préstamos de todo tipo” (BPS).

> “Lo preocupante son los demás, que son la amplia mayoría, los que están o dependiendo de la familia, que en realidad los utilizan. No todos, pero hay un importante número. O los que están solos, que no tienen a nadie y no se vinculan, que no van ni al club, ni a...” (MIDES).

Frecuentemente surgen en las entrevistas relatos sobre situaciones de abuso y maltratado hacia los AM acontecidos no solo en el seno familiar, sino dentro de instituciones de larga estadía, tanto de la órbita estatal, la sociedad civil o el ámbito privado.

> “Sí, sí. Lo que son las casas de salud son de terror, de terror. No sabés lo qué es. No sé, sinceramente, si podés sacar una que digas ´No, esta es espectacular´... No, son de terror. Esa es una cosa que no puede ser, alguien tiene que controlar eso” (MIDES).

> “Dentro de los institucionalizados hay dos situaciones: una es de los que son capaces de bancarse por sí, y los que no lo son. En general los que no lo son, el problema es que tampoco tienen contención familiar. Y eso hace que la forma de funcionamiento de los hogares y las residencias sea de una exclusión social brutal, cuando no de espantosas condiciones de vida” (MSP).

Una de las problemáticas que surge con mayor imposibilidad de pensar su abordaje es la referida a las situaciones que sufren los AM con mayor vulnerabilidad social; situación que conlleva a que el adulto mayor quede en el lugar de *objeto* y no de sujeto de derecho, reproduciendo de esta forma el circuito de la exclusión.

> “Lo otro que se vio fue que había muchos viejos solos, viejos y viejas solas. Las cifras daban que había un porcentaje altísimo de personas solas, que no se sabe dónde están, pero están y están solos. (…) El tema de los solos y solas, pobres y abandonados es un tema, es un tema instalado en… que hay que resolver. (…) Yo leo esto y no sé qué hacer. No sabés qué hacer, porque no tenés dónde poner personas solas, viejas, pobres y enfermas” (MIDES).

> “Más una realidad que tiene que ver con viejas problemáticas presentes en el territorio y que es el asunto de las pensiones, el asunto del hogar, que es el hogar de ancianos. El asunto de qué pasa con los adultos mayores que tienen una descompensación aguda de su salud, se compensan, pero no tienen familiares a quienes derivarlo. Entonces el hospital se complica, porque ya no es un lugar de asilo... Tampoco podés derivar al hogar, porque tiene saturadas sus 60 camas. Todas esas problemáticas están en el territorio hace mucho tiempo” (MIDES).

> “O el viejito que no podemos atenderlo porque estamos trabajando... Eso en familias de tipo medio, ¿no? Y después el viejito que no tiene redes solidarias familiares, que realmente está en situación de calle, en situación de marginación

social. Son dos de los casos que más se dan en… La gente que es abandonada por su familia y el otro que está abandonado por toda la sociedad. Acá tenés caso de viejitos que andan en la calle, con todos los problemas que implica. No es fácil convencerlos de que vengan a un refugio, por ejemplo" (MIDES).

El abandono y la soledad son otras de las problemáticas que surgen con mayor énfasis en las entrevistas. Se relaciona al abandono con los cambios familiares y de valores y las consecuencias que esto conlleva.

Esto reproduce, por un lado, una imagen de viejo vulnerable, que si bien se puede encontrar en la *realidad*, se sobredimensiona y se cristaliza. Se pierde de vista, tal vez, que la soledad y el abandono son problemas de la sociedad que afectan a toda la población, en mayor o menor medida.

Hay personas solas y abandonadas de todas las edades. No pudiendo problematizar las diferentes lógicas puestas en juego a la hora de visualizar estas problemáticas, rápidamente se tiende a culpabilizar a la familia y a moralizar las acciones. Esto nos cuestiona acerca de cómo contextualizamos los problemas de los viejos en esta sociedad que nos toca vivir.

"El abandono de la familia es algo terrible, que no está vinculado con el ingreso económico. A veces la persona tiene problemas para alimentarse bien, una falta de higiene total y sin embargo tiene una jubilación que no es miserable, digamos. Permitiría un nivel más decoroso de vida, pero no lo tienen. Yo creo que impacta muchísimo más el abandono de la familia que la cantidad de dinero que ingresa al hogar, sin duda" (Intendencias).

"En todo momento, que es una constante que se percibe y es la cantidad de casos de soledad, depresión y también el tema de las enfermedades asociadas con esto" (Intendencias).

"Cuando a veces vas en el ómnibus los ves muy tristes, los ves mucho más tristes. Es más, al grupo de área a veces los veo que bueno, ellos lograron un espacio en el mundo y funciona, pero no lo veo tanto en el conjunto. Los veo más bien solos, los veo más bien aislados. Y son muchos, los veo a veces en las plazas solos, me parece que hay mucha soledad en los viejitos" (MEC).

"El problema es que la mayoría de los adultos mayores lo que sucede es el abandono. Si bien son víctimas de violencia por los delitos, la mayor parte de los problemas que nos venían a nosotros eran por abandono de las familias o simplemente porque no habían referentes familiares. Eran personas solas" (MI).

"Hay muchas casas de salud donde al adulto mayor se lo pone después de los 70 años. Ya está, se lo ubica ahí porque no se lo puede cuidar" (MIDES).

"La gente normalmente tiende a dejar a sus familiares en esas casas de salud. Ya sea a veces por falta de tiempo, falta de recursos económicos, pero a veces un poco por falta de cariño también" (MSP).

En menor medida y de una forma reflexiva emerge en las entrevistas otra forma de dependencia referida al *cuidado* que realizan los AM de sus nietos. Dependencia, en tanto el *cuidado* coartaría posibilidades de participación de actividades vinculadas al desarrollo personal de los adultos mayores.

Muchas veces quedan postergadas actividades personales, dependiendo de las lógicas de la vida cotidiana familiar; lógicas en las que los AM parecerían no tener posibilidad de decisión. Cabría pensar cuáles son las condiciones sociales que reproducimos todos, incluidos los adultos mayores para que estas situaciones se generen.

> "Porque muchos jóvenes viven con sus abuelos, son los que... Claro, porque los padres se van o qué sé yo, que comienzan una nueva vida... Entonces ¿quiénes quedan a cargo? Los abuelos. (…) Son los que vienen a preguntar por las notas, los que quedan a cargo, ¿no? (…) cuando se ve esa problemática" (MIDES)

> "Siempre hay un adulto o adulta mayor en torno al cuidado de los nietos, de los bisnietos, o sea, ese rol, que pasa a tomar responsabilidades que en realidad (…)" (MIDES).

> "Por la familia, porque pasan a una categoría de cuidadores de menores, sin pedirlo. No es lo mismo disfrutar de los menores que responsabilizarse de los menores. No es exclusivo de condiciones económicas. (…) Pasan de ser una persona a una cosa." (MSP).

Conclusiones

No hace muchos años, varios estudios comenzaron a surgir en Uruguay y a señalar la idea de transición y dinamismo en lo que a temas de envejecimiento y vejez refiere. Tanto en relación con los paradigmas de envejecimiento (Berriel, Paredes, Pérez, 2006) vigentes en la construcción social de la vejez, en términos de sedimentos y transformaciones, o bien en relación con escenarios posibles en políticas de vejez (Huenchuan y Paredes, 2006), en términos de continuidad y ruptura, es claro que comenzamos el siglo XXI con este tema instalado en la sociedad uruguaya.

Sabemos que no existe una forma de envejecer ni de llegar a la vejez. La forma depende de los significados que se le asignen en cada cultura, en cada momento histórico, en cada contexto sociocultural. No es casual que estos temas surjan en Uruguay, dado su perfil sociodemográfico particular, con un claro envejecimiento poblacional avanzado en el contexto regional.

Estas tendencias son de larga data en Uruguay de acuerdo a la historia demográfica del país y adquieren un perfil específico si las contextualizamos en la historia social y en los perfiles sociodemográficos que han adquirido las distintas generaciones de uruguayos en el siglo pasado y que van configurando la situación actual de las personas que hoy se ubican en la cúspide de la pirámide poblacional (Paredes, Ciarniello, Brunet, 2010).

Esta situación evidentemente condiciona la pregunta desde varios puntos de vista en la vida social: ¿en qué situación se encuentran las personas mayores hoy? ¿Dónde deben focalizarse las políticas públicas en esta materia? ¿Cómo entender el envejecimiento en esta lógica de transición paradigmática?

Desde el ámbito de las políticas sociales estas preguntas son claves para la acción. Y son los mismos actores políticos los que están inmersos en la sociedad uruguaya y en la construcción social que de la vejez y el envejecimiento tejemos y entretejemos en nuestras vidas cotidianas, habitando nuevas ideas y nuevas formas de entender estos procesos.

Las políticas sociales, en este sentido, producen también subjetividad, en tanto contienen en sus objetivos una concepción de sujeto y un determinado abordaje del envejecimiento y la vejez. Interrogarnos sobre esta concepción cuando estamos formulando programas dirigidos a los viejos es un paso insalvable Pero también es fundamental poder pensar qué viejos queremos para el futuro. Las líneas que se dibujen producirán efectos (algunos predecibles y otros no) y los actores políticos deben estar advertidos lo mejor posible sobre las consecuencias que pueden tener las acciones delineadas (Carbajal y Lladó, 2009).

Sabemos que no existe una forma de envejecer ni de llegar a la vejez, depende de los significados que se le asignen en cada cultura, en cada momento histórico, en cada contexto sociocultural. No es fácil entender que la vejez y el alargamiento de la vida –claro indicador de desarrollo del país– contribuyen a generar nuevos desafíos en esta materia.

El discurso de los actores políticos intenta claramente transitar en este terreno desde donde se percibe un mapa diverso, heterogéneo, ambiguo que muchas veces cuesta problematizar. Los cambios en la vida familiar tampoco están ajenos a esta tarea, dado que muchas veces entre la familia y el Estado se ubican la mayor parte de los problemas vinculados a la situación de los adultos mayores.

La percepción del envejecimiento y la vejez transita desde modelos más asistencialistas (vinculados a un concepto de vejez pasiva, deteriorada, y angustiante, como situación que hay que paliar) hacia otra visión que incorpora la imagen de un envejecimiento activo, saludable y no ajeno a la vida social. El tránsito no es fácil y está plagado de combinaciones. Desde algunos organismos se visualizan las principales problemáticas de la vejez en tanto prioritarias en materia social: los ingresos, la vivienda, la salud. Desde otros actores políticos también se ve una intención de ubicar la política social desde un enfoque de derechos y de empoderamiento de las personas mayores. Esto implica superar varias barreras que obstaculizan la integración y varios prejuicios (entre ellos el *viejismo* [24]) que se incorporan como frenos para la autonomía de las personas mayores.

En el ámbito de la política pública, dos elementos asoman claramente como obstáculos para derribar el paradigma de vejez vigente:

1) la concepción de que la política pública para el adulto mayor es un *gasto* y nunca una inversión

2) la política para el adulto mayor es asistencialista, parcial y no integral.

Estos elementos contribuyen a la configuración de la visión de un adulto mayor pasivo, estático y dependiente. Y se yuxtaponen a la necesidad de que la vejez se comprenda como una etapa de la vida específica, con sus requerimientos, ventajas y limitaciones, para contribuir a la comprensión de sus características de una manera holística y no parcial.

24 Salvarezza, 1993: 23: "conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad". Por sus efectos, resulta comparable a otros prejuicios y discriminaciones aplicadas a otros grupos de personas en función de su sexo, su orientación sexual, el color de su piel, su religión, etcétera, con la salvedad de que se discrimina en función de un rasgo que, si se vive lo suficiente, se terminará por detentar.

Esto se conecta con la percepción que surge del cambio que ha tenido la vejez como etapa. Se vive más tiempo y los viejos de hoy no son los mismos que los de antes. Se percibe que los adultos mayores han cambiado y que las nuevas generaciones no entran a esta etapa de la vida de la misma manera en que lo hacían sus padres.

Todas estas ideas de envejecimiento serían consistentes con la presencia de los paradigmas mencionados sobre el envejecimiento: uno hegemónico (que asocia vejez con enfermedad, autoexclusión, abandono, soledad, pasividad, dependencia, pérdida de autonomía) y uno emergente, asociado con una actitud subjetiva de liberación, actividad, participación y con la importancia de la información para la integración social (Berriel, Paredes, Pérez, 2006). Persiste, pues, el modelo tradicional que representa a la vejez con pasividad, declive y enfermedad y emerge una forma de representar la vejez con contenidos casi inversos.

Emerge entonces un nuevo paradigma asociado, principalmente, a mejor calidad de vida, vinculada a la participación, pero sin problematizar los conceptos. Desde las instituciones no se percibe una noción clara respecto a qué hacer con los viejos. Se los integra en actividades para viejos y entre viejos, tratando de dar respuesta al paradigma emergente. Pero sigue sin pensarse conjuntamente el proceso de envejecer, por lo que los viejos, pese a las buenas acciones, otra vez quedan excluidos.

Existe también la dificultad de pensar a la vejez como un proceso heterogéneo, con sus particularidades según los distintos perfiles socioeconómicos, ubicaciones territoriales y formas de vivir la vida, según se trate de mujeres y de varones. Es decir, se reconoce la heterogeneidad, pero aún no se pueden vislumbrar acciones para abordarla.

Las diferencias de género atraviesan todo el proceso de envejecimiento y muchas de las problemáticas de la vejez. No se envejece de la misma forma y tampoco, una vez llegada a la vejez, se vive, se participa, se cuida ni se es cuidado de la misma manera si hablamos de varones o de mujeres.

Los cambios que ha sufrido la familia se visualizan positivamente en la integración intergeneracional, pero también negativamente en el abandono y la soledad del adulto mayor. La dinámica de la vida familiar está también atravesada por una lógica de apoyo y de cuidados que hay que contribuir a reforzar. Los viejos son cuidadores y son cuidados. Podríamos afirmar, a partir de este análisis, que se trabaja en políticas públicas todavía con un paradigma tradicional del envejecimiento. Se evidencian dificultades para pensar el envejecimiento como un proceso complejo y heterogéneo y para incorporar la posibilidad del cambio permanente. Distintas estrategias aparecen en las políticas públicas –tanto en el ámbito estatal como en la sociedad civil– desarticuladas, perdiendo potencia y originalidad para crear las líneas de acción que hacen falta.

En general, podríamos decir que como país tendríamos muy buenas condiciones para desarrollar la integración social del adulto mayor. Las estrategias integradoras pueden producir un gran impacto a nivel social, tanto para contribuir a la adaptación de los mayores como a su capacidad de transformarse y de transformar su/nuestro entorno. Por eso, promoverlas es promover la construcción de nuevas subjetividades sobre la vejez y nuevas realidades, apuntando a la apropiación de la capacidad de transformación individual y colectiva (Carbajal y Lladó, 2009).

Por todo lo expuesto, las políticas públicas deberían promover la construcción de estas nuevas subjetividades sobre envejecer, implementando estrategias de integración social que contemplen los principios que plantea la Segunda Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU, 2002), ya aprobados a nivel mundial y regional, en favor de las personas mayores: independencia, participación, cuidados, autorrealización, dignidad.

Anexo 1:

Anexo 2:

Proyecto «Fortalecimiento del Observatorio de Envejecimiento y Vejez» (2009)

Pauta de entrevista

Políticas públicas

Origen de la institución, contenidos de la acción, público al que se dirige

¿Desde cuándo existe la institución? ¿Ha tenido continuidad desde su existencia? Si se ha interrumpido, indagar por qué.

¿Cuáles son los objetivos de la institución? ¿Cuál es el público al que se dirige?

¿Qué actividades concretas realiza? ¿Y qué tipo de público participa en estas actividades?

¿Tienen convenios o acuerdos de trabajo con otras organizaciones o instituciones públicas o privadas? ¿De qué tipo?

¿Estas actividades han variado con el tiempo? ¿Por qué? Indagar si se dirige a un público específico dentro de la población de adultos mayores

Indagar (si no surgió todavía) si existen otras actividades dirigidas a otros grupos poblacionales (aparte de la población adulta mayor).

Evaluación de la acción pasada y futura de la institución. Impacto esperado de las acciones realizadas

¿Tienen alguna opinión sobre las actividades realizadas hasta el momento?

¿La institución ha realizado alguna evaluación (oficial) sobre estas actividades?

¿Le parece que han resultado efectivas en relación al propósito que se planteaban?

¿Estas acciones han tenido algún tipo de repercusión específica en la población adulta mayor? ¿Por qué? Y a nivel de la población general ¿le parece que han tenido alguna repercusión?

¿Se plantean mantener estas mismas actividades en el futuro? ¿Tienen pensado incorporar alguna otra iniciativa? ¿Por qué?

¿La institución tiene prevista alguna instancia o mecanismo para que la población beneficiaria aporte su opinión o sugerencias acerca de las actividades que se realizan?

Percepción del significado de la vejez. Imagen de la vejez y el envejecimiento que se transmite desde la institución

¿Qué es envejecer? ¿Qué implica?

¿Qué entienden ustedes por *adulto mayor*?

En función de la experiencia que tiene la institución, ¿cómo perciben en general a la población de adultos mayores? ¿Cómo son? ¿Le parece que existen diferencias entre los adultos mayores con los que trabajan ustedes y la población de adultos mayores en general? Indagar si surgen opiniones, imágenes o percepciones sobre la vejez.

¿Le parece que los viejos de ahora son iguales que los de antes? ¿Por qué?

El caso de la enfermedad de Alzheimer en las políticas de salud

Mag. Robert Pérez Fernández

Introducción. Envejecimiento y Salud Mental

El envejecimiento de la población en el mundo es un hecho que se viene acelerando desde la segunda mitad del siglo pasado. En los últimos 60 años, la esperanza de vida al nacer ha aumentado en 20 años y se prevé que para 2050 se incremente en 10 más. Para esa fecha, se calcula que el porcentaje de personas mayores de 60 será igual al de los niños y adolescentes. Los adultos mayores pasarán del 10% al 21%, mientras que el porcentaje de los menores de 15 disminuirá de 30% a 21% (ONU, 2002).

Se estima que el grupo de los mayores de 80 años será el que tenga un crecimiento más acelerado, pasando de 70 millones de personas en el 2000 a más de 350 millones en el 2050. También se prevé que este aumento de la población de mayor edad sea más acelerado en los países económicamente pobres, los cuales cuadruplicarían su población mayor para el año 2050.

Como advierte Naciones Unidas, "una transformación demográfica mundial de este tipo tiene profundas consecuencias para cada uno de los aspectos de la vida individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad —sociales, económicas, políticas, culturales, psicológicas y espirituales— experimentarán una evolución" (ONU, 2002: 10).

En este contexto, Uruguay con 19% de su población mayor de 60 años y una esperanza de vida al nacer de 79 años para las mujeres y 72 para los hombres, es actualmente uno de los países más envejecidos de las Américas (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010). En el año 2000 había más de 424.000 personas de 65 años o más (13%). Se estima que en el año 2025 esa cifra sea de 570.000 personas aproximadamente (15%). Dentro de esta población, el grupo que tendrá un mayor crecimiento será el de más edad (80 años y más) y se prevé que se duplique para el 2025 (CEPAL, 2000).

El hecho que las personas vivan más años es un buen indicador del grado de desarrollo humano alcanzado por un país. En Uruguay, implica un desafío social y político para lograr una mejor calidad de vida de la población, teniendo presente su perfil poblacional similar a los países desarrollados, con su estructura socioeconómica, sanitaria y organizacional de país latinoamericano con un importante grado de dependencia externa.

En la base de este desafío está la producción de conocimientos sobre las nuevas problemáticas que plantea el envejecimiento, a los efectos de realizar cambios programados en diferentes áreas: organización del sistema productivo, servicios sociales y de salud, capacitación de recursos humanos calificados, entre otras. De allí la importancia y el impacto sociosanitario de las acciones y políticas que se orienten hacia este grupo poblacional, así como la necesidad de desarrollo planificado de los diferentes actores e instituciones sociales y políticas (Pérez, 2004).

Uno de los principales desafíos que a nivel mundial plantea el envejecimiento de la población se da en el campo de la salud y la prevención de patologías y discapacidades, pues se pasará de una alta prevalencia de enfermedades infecciosas a un aumento sostenido de la prevalencia de enfermedades no transmisibles y crónicas (Huenchuan, 2009).

Dentro del ámbito de la salud, Naciones Unidas ha definido a la salud mental como una de las áreas prioritarias para la población de mayor edad. En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de la ONU, dentro del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento del año 2002, la "Orientación prioritaria II: el fomento de la salud y el bienestar en la vejez" dedica un capítulo a "Necesidades relacionadas con la salud mental de las personas de Edad".

Allí se plantea que "en todo el mundo, los problemas de salud mental se cuentan entre las causas principales de discapacidad y de reducción de la calidad de vida" (ONU, 2002: 35). Para atender esta cuestión, se definen una serie de objetivos y acciones:

a) el diseño y aplicación de estrategias nacionales y locales para la prevención, detección temprana y tratamiento de las enfermedades mentales en la vejez;

b) realizar tratamientos que incluyan procedimientos de diagnóstico, medicación adecuada, psicoterapia;

c) realizar programas de capacitación profesional;

d) diseñar políticas que permitan mejorar la calidad de la evaluación y el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer (EA) y otros trastornos similares, así como elaborar programas psicosociales para atender a las personas con EA y sus familias.

En el campo de los patologías mentales, existen algunos trastornos que, si bien no son exclusivos de la vejez, tienen mayor incidencia en la misma: depresión y ansiedad, trastornos derivados del alcohol, suicidios, abuso y maltrato y trastornos cognitivos (Jané-Llopis y Gabilondo, 2008). Estos implican un gran monto de sufrimiento y dependencia y son un importante obstáculo para un envejecimiento satisfactorio.

En el documento de consenso de la Unión Europea sobre salud mental en adultos mayores, dentro de las principales dificultades de abordaje y prevención de estas patologías, se señala la carencia importante para realizar un diagnóstico precoz por falta de capacitación de los profesionales (Jané-Llopis y Gabilondo, 2008).

Algo similar señalan Vega, González y Olivera (2009) respecto a la falta de capacitación de los médicos de familia y del personal de atención primaria en salud en las problemáticas de las personas mayores en general y en salud mental en particular. Esta situación da cuenta de lo mucho que falta por avanzar a nivel mundial en las políticas de atención en salud a los mayores para mejorar la calidad de vida en las edades más avanzadas.

Los trastornos cognitivos en los adultos mayores

Dentro de las principales patologías mentales que afectan a los mayores, los trastornos cognitivos presentan un claro aumento de su incidencia en función de la edad. En la vejez, entre la cognición normal y la demencia pueden aparecer una serie de déficits cognitivos factibles de incrementarse con los años.

Durante mucho tiempo se sostuvo la hipótesis de que, en las personas mayores, los déficits cognitivos que no llegaban al rango de demencia podían ser parte de un proceso *natural* del envejecer. Esta hipótesis, vinculada a una concepción prejuiciosa del envejecimiento, ha tenido y tiene una importante incidencia en las propias personas mayores.

En su reporte del año 2008, Chertkow Massoud, Nasreddine, Belleville et. al. señalan que la mayoría de las personas que consultan por pérdida de memoria manifiestan temor a tener una EA. Estos autores, analizando los resultados de una encuesta realizada en Canadá, concluyen que la EA es una de las tres principales preocupaciones de las personas mayores sanas que viven en comunidad. Varios reportes dan cuenta de que el temor de las personas mayores a los deterioros cognitivos es algo bastante generalizado, al menos en la cultura occidental.

Independiente de estos temores, existen diversos tipos de trastornos cognitivos en los adultos mayores que conllevan diferentes cargas de discapacidad. Si se clasificaran de menor a mayor pérdida de autonomía, los trastornos con menor carga de discapacidad serían las llamadas *Quejas Subjetivas de Memoria* (QSM, *Subjective Memory Complaints*). Estos trastornos han sido identificados como los de mayor frecuencia en las consultas por trastornos cognitivos de las personas mayores en el mundo (Menéndez, García, Antón, Calatayud, et. al., 2005).

La QSM refieren a una autopercepción negativa del funcionamiento de la memoria, que en general no se corrobora en los resultados de las pruebas de evaluación de esta función, constituyéndose en un trastorno de memoria funcional. Esto es, un mal funcionamiento de la memoria en la vida cotidiana (olvidos episódicos, fallas atencionales, etcétera), pero que no afectan el potencial de la memoria evaluado con pruebas y test.

Los reportes existentes señalan que las mujeres son más proclives a consultar por este tema. El papel de las QSM como predictor de deterioro cognitivo no es claro aún, pues mientras algunos estudios señalan que la población con QSM tendría mayor riesgo de demencia, otros las relacionan con factores tales como ansiedad, depresión, soledad y aislamiento, todos ellos vinculados al lugar social de las personas mayores.

Desde una perspectiva de salud mental, la QSM constituye en sí misma un trastorno de memoria, relacionado con un sufrimiento psíquico, que en algunos casos puede llegar a constituirse en un factor de riesgo de deterioro objetivo. Lamentablemente esta entidad pocas veces es diagnosticada y abordada. En general se tiende a minimizar sus efectos o a catalogarlos desde el prejuicio que asocia vejez con enfermedad. (Pérez, 2009)

La siguiente categoría, que implica limitaciones funcionales más importantes, es el Deterioro Cognitivo Leve (DCL: Mild Cognitive Impairment), término propuesto por Petersen, Smith, Waring, Ivnik et. al. en 1997, para englobar mayoritariamente

anteriores conceptos de déficits cognitivos que se dan en la vejez. El DCL implica algunos déficits cognitivos objetivos que producen una discapacidad leve y que no llegan a clasificar como demencia.

En este caso también existe una discusión en el ámbito científico respecto al alcance de estos trastornos. Algunos estudios señalan que serían una entidad única en sí mismos, un estado intermedio entre la cognición normal y la demencia. Otras investigaciones plantean que deben considerarse directamente como una fase inicial de la demencia. Otros los relacionan a componentes emocionales que repercuten en la esfera cognitiva. Los estudios no son concluyentes y el debate continúa abierto en la actualidad. De lo que no hay duda es de que las personas con DCL son un colectivo de personas mayores vulnerables, que habría que atender específicamente (Pérez, 2009).

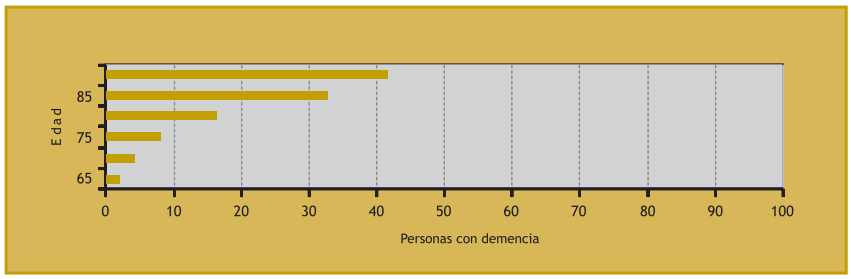
Por último, en función del grado de severidad del déficit y la discapacidad producida, se encuentran las demencias, y dentro de estas la EA. Se estima que entre los 65 y 90 años, la demencia duplica su prevalencia cada 5 años: 2% a los 65, 4% a los 70, 8% a los 75 años, 16% a los 80 y 32% a los 85. (Yanguas y colab., 2007; Alzheimer's Disease International, 2009 y 2010), tendiendo a estabilizarse en aproximadamente 41% a partir de los 90 años (Corrada et. al., 2008).

Cuadro 1: Prevalencia de demencia estimada en el mundo. Porcentaje por edad.

Edad	Porcentaje
65	2
70	4
75	8
80	16
85	32
90 y más	41

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de *Alzheimer's Disease International, 2009 y 2010 y Corrada et. al., 2008.*

Figura 1: Prevalencia de demencias en el mundo, según grupos de edad

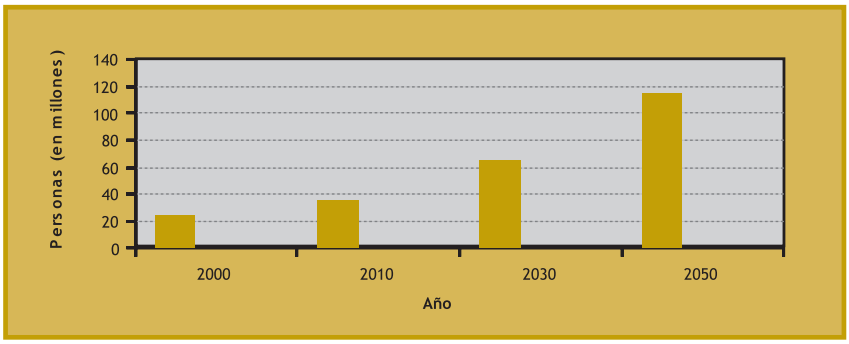


Fuente: Elaboración propia, en base a datos de *Alzheimer's Disease International, 2009 y 2010* y Corrada et. al., 2008.

Si bien es esperable que la mayoría de los adultos mayores no sufran estas patologías, también es esperable que la cantidad total de afectados se incremente mucho en los próximos años. En el año 2000 se estimaba que más de 24 millones de personas en el mundo tenían una demencia (Ferri, Prince, Brayne et. al., 2005).

> "Según el reporte mundial 2009 de Alzheimer, se estima que en el año 2010 esta cifra asciende a 35,6 millones. De mantenerse la actual situación en cuanto al diagnóstico y tratamiento de las demencias, se calcula que esa cifra casi se duplicará cada 20 años: 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050" (Alzheimer's Disease International, 2009).

Figura 2: Proyecciones de personas con demencias en el mundo en términos absolutos. Período 2000-2050.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Ferri, Prince, Brayne et. al., 2005 (2000) y Alzheimer's Disease International, 2009 (período 2010-2050).

> Asimismo, se espera que este crecimiento de las demencias no sea igualitario entre los diferentes países, pues el mayor incremento se daría en los países de renta baja y media, en los que se calcula que en el año 2030 vivirá el 63,4% de las personas con demencias. Esta cifra ascendería al 70,5% en el año 2050" (Alzheimer's Disease International, 2009).

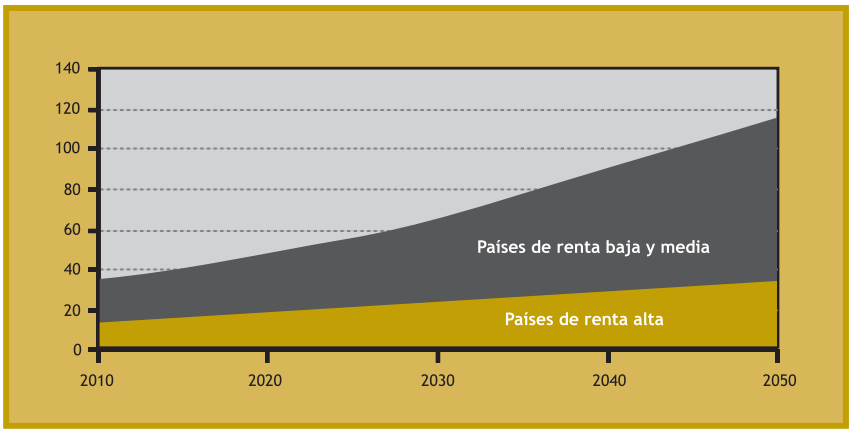
Según estas previsiones, Alzheimer's Disease International en su reporte 2009 divide al mundo en tres regiones:

a) desarrolladas, que tienen actualmente una cifra elevada y tendrían un aumento moderado;

b) Latinoamérica y África, que tienen una cifra base baja y tendría un rápido e importante incremento;

c) India, China y otros países del Sudeste Asiático y Asia Pacífico que parten de una cifra elevada y experimentarían un incremento relativamente acelerado.

Figura 3: PROYECCIONES DE PERSONAS CON DEMENCIAS EN EL MUNDO, POR RENTA DE LOS PAÍSES, PERÍODO 2010-2050.



Fuente: Alzheimer's Disease International, 2009.

Dentro de las demencias, la enfermedad de Alzheimer es considerada la más frecuente e importante patología neurodegenerativa. Se estima que sus rasgos neuropatológicos pueden llegar a estar presentes en hasta el 90% de todos los pacientes con demencia (Yanguas y colab., 2007).

Respecto a su etiología, no se puede aislar una única causa, por lo que se considera que la EA es resultante de una serie de aspectos genéticos, ambientales y psicosociales. Se han identificado como posibles factores de riesgo, entre otros, hipertensión, cardiopatía, diabetes, escasa actividad intelectual y física, bajo nivel educativo, escasa interacción social y de actividades de ocio (Yanguas y colab., 2007).

De esta forma, actualmente es muy aceptada la teoría de que la interacción entre genes y ambiente estaría en la base de la mayoría de los casos de esta enfermedad. Esto abre a la posibilidad terapéutica real de poder "cambiar el ambiente de forma sensible y de este modo reducir el número de casos clínicos" (Yanguas y col., 2007: 44).

Varios estudios han señalado que la intervención temprana sobre factores ambientales y psicológicos podrían suponer una considerable reducción de la prevalencia de esta patología (Yanguas y col., 2007; Sánchez, Rubano, García et. al, 2007; Berriel y Pérez, 2007; Vega, González y Olivera, 2009).

Los trastornos cognitivos en Uruguay

A la hora de abordar este tema desde la especificidad de nuestro país, una de las primeras dificultades que surgen tiene que ver con la falta de estudios epidemiológicos específicos que permitan cuantificar claramente el fenómeno. Los datos disponibles provienen de tres estudios diferentes y parciales, que arrojan cifras de prevalencia no muy congruentes entre sí.

El primero es el estudio epidemiológico que la Universidad de la República realizara en el barrio Villa del Cerro de Montevideo (Ketzoian y colab., 1997, citado por Lorenzo y Fontán, 2003). En este estudio, las tasas de prevalencia de los síndromes demenciales en este barrio fueron de 4,48 cada 1.000 para el grupo de edad de 60 a 69 años; de 15,6 para el grupo de 70 a 79 y 96,67 para los mayores de 80 años. Las mujeres presentaron una mayor prevalencia de demencia que los hombres en todos los grupos y esa diferencia era mayor a medida que aumentaba la edad, un hecho congruente con los posteriores hallazgos de Corrada et. al., 2008.

Cuadro 2: Prevalencia de la demencia cada 1.000 habitantes, por franja de edad y sexo. Estudio Villa del Cerro.

Edad	Mujeres	Hombres	Total
60 - 69	5,21 0	3,50 0	4,48
70 - 79 0	20,03 0	8,53	15,60
> 80	113,80	58,82	96,67
Total 00	6,19 0	1,81 0	4,10

Fuente: Lorenzo y Fontán, 2003.

Este estudio ha tenido una importante repercusión en el ámbito internacional. Ha sido citado en varias investigaciones sobre la prevalencia de demencias en Latinoamérica (por ejemplo en Custodio, García, Montesinos et. al, 2008) y en varias bases de datos y buscadores de revistas científicas.

Otra investigación, realizada también por este equipo de investigadores de la Universidad de la República con los mismos instrumentos de diagnóstico, es el estudio epidemiológico de la ciudad de Migues (Instituto de Neurología, 1992). Las tasas de prevalencia que surgen del mismo son de 4,7 por 1.000 para el grupo de 60 a 69 años, de 43,7 para el grupo de 70 a 79 y de 123 para las personas de 80 y más años.

Cuadro 3: Prevalencia de la demencia cada 1.000 habitantes, por franja de edad. Estudio de la ciudad de Migues.

Tramo de edad	Prevalencia
60 - 69	4,7
70 - 79	43,7
> 80	123,6

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de Instituto de Neurología, 1992: 203.

Finalmente, el tercer estudio disponible es la Encuesta sobre Salud y Bienestar en el Envejecimiento - SABE (OPS, 2001), realizada en simultáneo en siete ciudades de Latinoamérica. En este caso no se investiga la prevalencia de demencias específicamente, sino la de deterioro cognitivo en general.

A diferencia de los estudios de Villa del Cerro y Migues, en los que el diagnóstico del síndrome demencial se realiza a partir de la aplicación de una batería diagnóstica

completa (*Protocolo Montevideo*), la encuesta SABE basa sus resultados en la aplicación de dos pruebas: *Minimental State Examination (MMSE)* y *Cuestionario de Actividades Funcionales de Pfeffer (PFAQ)*.

Si bien este estudio utiliza el concepto amplio y genérico de *deterioro cognitivo*, al utilizar un nivel de corte en el MMSE menor a 13 (Zunzunegui, Pinzón, Béland, Pantelides et. al., 2002), estaría evaluando deterioros cognitivos severos, equiparables a demencias.

Corresponde señalar que, a pesar de utilizar dos escalas consideradas de *screening*, al ser realizado en simultáneo en seis ciudades, presenta la fortaleza de poder analizar sus resultados en forma comparada.

Cuadro 4: Porcentaje de personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo según ciudades estudiadas. Encuesta SABE.

Ciudades	Total (%)
Bridgetown	4
Buenos Aires	4
México D.F.	10
Montevideo	2
Santiago	12
San Pablo	11
La Habana	10

Fuente: OPS 2001 y CEPAL-CELADE, 2006.

En la encuesta SABE, Montevideo fue la ciudad que presentó el menor porcentaje de deterioro cognitivo. Ese resultado estaría planteando una tasa de prevalencia mucho menor que la de los estudios de Villa del Cerro y Migues. Incluso a la interna del propio estudio SABE, esta cifra está muy por debajo de las obtenidas en las otras ciudades estudiadas. Lo mismo sucede si se la compara con las cifras internacionales de consenso.

La hipótesis de los autores del estudio SABE de ese momento fue: "al presente, no existe información confiable sobre el número de residencias o casas de cuidados para adultos mayores con discapacidades en los siete países incluidos en el estudio. Sin embargo, sabemos que existe gran variabilidad entre ellos y que Montevideo es la ciudad con el mayor número de personas mayores residiendo en viviendas asistidas. Por lo tanto, podemos asumir que el número reducido de personas con deterioro cognitivo en Montevideo se debe a la dimensión que tiene la población institucionalizada por problemas de demencias" (OPS, 2001: 7).

Este mismo planteo fue sostenido en el año 2006 por CEPAL-CELADE. Sin embargo, con los datos actuales, esta hipótesis puede ser claramente refutada, ya que según los datos del Censo 2004, si bien en Uruguay el porcentaje de personas institucionalizadas es de los más altos en comparación de Latinoamérica, el mismo no supera el 2% de personas mayores (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010).

Los positivos resultados de la encuesta SABE para Montevideo en este tema son difíciles de explicar, al menos con los elementos de análisis que surgen de las publicaciones de referencia. Una posible hipótesis es que en este caso habría un sesgo positivo de la muestra que no se ajusta a la realidad de esta población. Esto debería ser analizado en futuros estudios.

Como queda planteado, los datos disponibles actualmente no permiten realizar una estimación clara de la cantidad de personas con deterioro cognitivo ni con un síndrome demencial en Uruguay, pues las cifras no son consistentes. Con estos datos, realizar una proyección a nivel nacional es muy difícil, por el gran margen de error que tendría en función de la calidad de los datos.

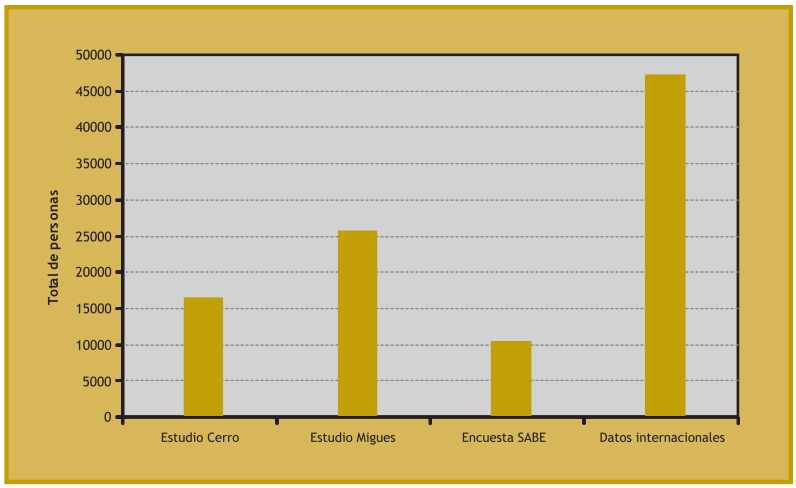
No obstante, a los efectos de realizar una estimación hipotética de la magnitud cuantitativa del fenómeno, si trasladáramos los datos de cada estudio a la totalidad de la población mayor de 65 años de Uruguay, tendíamos un rango de deterioro cognitivo y demencias que iría de 10.300 personas (estudio SABE) a 47.200 (datos internacionales), pasando por una cifra de entre 16.000 y 25.000 personas de los estudios de Villa del Cerro y Migues respectivamente.

Cuadro 5 : Escenarios hipotéticos de personas con demencias en Uruguay, año 2010, según las diferentes fuentes disponibles.

Fuente	Total de adultos mayores afectados
Estudio Villa del Cerro	16290
Estudio Ciudad de Migues	25621
Encuesta SABE	10300
Datos internacionales	47200

Fuente: Elaboración propia. Los datos surgen de extender los resultados de cada estudio a la población total de mayores de 60 años de Uruguay en el 2010 por franja de edad, basado en las proyecciones demográficas de CEPAL-CELADE, 2000. En la medida en que este procedimiento es solo aproximativo, los escenarios son considerados de forma hipotética.

Figura 4: Estimado hipotético de personas con demencias en Uruguay, año 2010, según las diferentes fuentes disponibles.



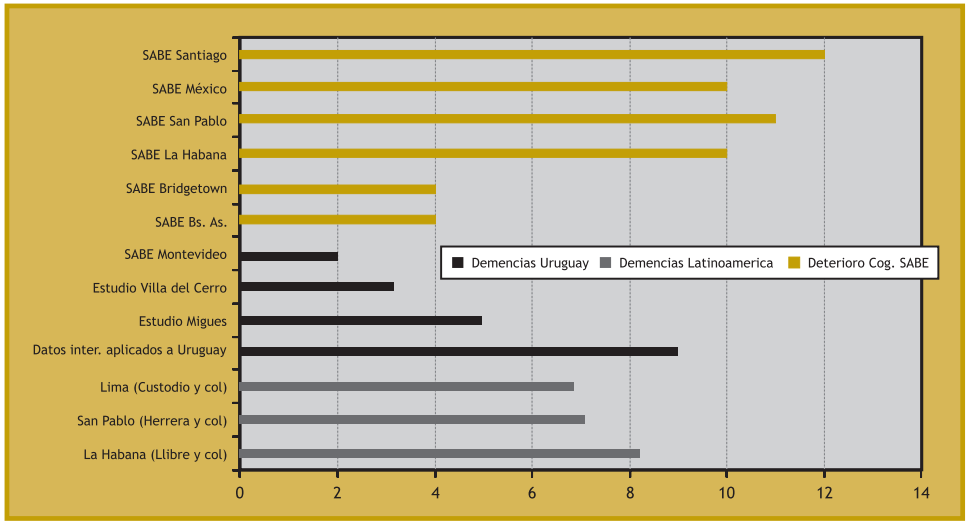
Fuente: Elaboración propia.

Como ya fue planteado, las cifras de la encuesta SABE parecen ser muy bajas. A su vez las cifras definidas en los estudios de Villa del Cerro y Migues parecen ser muy difíciles de trasladar al ámbito nacional, aunque mantienen la mayor coherencia entre sí. Los datos internacionales parecen ser muy elevados en función de la brecha con los otros tres estudios.

Las cifras de demencias encontradas en otras ciudades latinoamericanas presentan un mayor nivel de congruencia entre sí y parecerían aproximarse a una tasa intermedia entre la encontrada en el estudio de Migues y las cifras internacionales: en La Habana, Cuba, Llibre y colaboradores (citados por Custodio et. al, 2008) encontraron una prevalencia de demencia de 8,2%. En Sao Paulo, Brasil, fue de 7,1% según el estudio de Herrera y colaboradores (citados por Custodio et. al, 2008); en Lima, Perú, Custodio et. al(2008) encontraron una prevalencia de 6,85%.

Estos resultados, a su vez, son congruentes con los de la encuesta SABE para las demás ciudades (excepto Montevideo), donde las tasas son más altas en función del tipo de evaluación.

Figura 5: Estudios sobre prevalencia de deterioro cognitivo y demencias en Uruguay y otros países latinoamericanos.



Fuente: Elaboración propia, a partir de los estudios citados.

Estos datos dan cuenta de la necesidad de realizar nuevos estudios en nuestro país sobre este tema. La hipótesis que señalamos sobre la cantidad de personas con demencias en Uruguay debe interpretarse como meramente especulativa en función de la situación disímil de los datos actuales en nuestro país.

Costes asociados a la EA

Al ser la EA una patología crónica, progresiva y *discapacitante*, tiene un impacto muy grande sobre las familias y las instituciones, tanto desde el punto de vista de la calidad de vida de las personas involucradas como desde su impacto negativo en el sistema de salud.

Los costes asociados a estas patologías son directos e indirectos. Dentro de los primeros se encuentran distintos gastos médicos asociados a la enfermedad: hospitalización, fármacos, aranceles, diagnósticos, etcétera. En el mundo se estiman en 604 billones de dólares los costos asociados a la demencia, que equivale al 1% del PBI mundial (Alzheimer's Disease International, 2010).

Los costes indirectos son más difíciles de cuantificar, pues refieren a los servicios voluntarios de familiares y cuidadores, al tiempo que dedican a estos pacientes, al impacto de esto en su salud, sus proyectos vitales y relaciones sociales, entre otros.

La Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias ha calculado que el cuidador destina directamente al paciente más de 73 horas semanales, tiempo que se incrementa con el avance de la enfermedad y al que hay que agregar el tiempo dedicado por otros familiares o amigos que apoyan al cuidador principal.

En el año 2010, Turró, López, Vilalta, Turon y otros, luego de estudiar a 169 personas con EA y sus cuidadores que vivían en la comunidad en España, estimaron un coste indirecto inicial de 6.364 euros por año, vinculado fundamentalmente al apoyo en actividades instrumentales. Este coste se incrementó a 1.846 euros al año de cuidados, debido al aumento de las discapacidades físicas, el deterioro cognitivo, la edad del paciente y el apoyo que podía recibir el cuidador.

También en el 2010, Alzheimer's Disease International, luego de realizar una revisión de las principales publicaciones en el tema, identificó 27 estudios sobre el tiempo invertido por los cuidadores en asistencia. La casi totalidad de estas investigaciones provenían de países económicamente desarrollados. Se estimó que el cuidador familiar principal dedica entre 4 y 7 horas diarias al cuidado. Estas cifras pueden variar mucho en función de los diferentes países y los niveles socioeconómicos y culturales de cada familia afectada. De todas formas, dan cuenta del alto coste en horas dedicadas a la atención de las consecuencias de la enfermedad.

Finalmente, existe otro tipo de costo que no es posible cuantificar en dinero u horas, que refiere a lo que podríamos llamar el *costo humano*. Es el sufrimiento que estas situaciones producen en las familias y grupos afectados y que aumenta el alto impacto de estas patologías en las personas afectadas, en el sistema de salud, en las instituciones y en la sociedad toda.

Teniendo presentes las proyecciones poblacionales, se comprende el enorme desafío social y político al que se verá enfrentado nuestro país para lograr una mejor calidad de vida de su población; desafío que debería fomentar la investigación en las problemáticas de este sector etario a los efectos de definir programas de intervención basados en el conocimiento científico, aplicado específicamente en nuestra población.

Es cada vez más necesario orientar políticas públicas hacia la elaboración de programas que permitan prevenir este tipo de trastornos, den tratamiento de calidad y garanticen su acceso a las personas con la enfermedad instalada.

Tratamientos de la EA

Respecto al abordaje de la EA, hoy en el mundo coexisten complementariamente dos grandes líneas de investigación y tratamiento. Una de ella se centra en los aspectos genéticos y biológicos (neuroquímicos, neuroanatómicos, etcétera). La otra refiere a estudios sobre factores ambientales y psicosociales (cognitivos, afectivos, de personalidad, hábitos, entorno).

En el ámbito académico existe una opinión generalizada sobre que el tratamiento integral de la EA cuenta básicamente con dos componentes: uno farmacológico y otro psicosocial. En la actualidad los tratamientos farmacológicos, a pesar de los últimos descubrimientos, son sintomáticos o paliativos sustitutivos, pero no curativos. Y son de modestos resultados hasta el momento.

Por su parte, las terapias psicosociales apuntan a mejorar la morbilidad asociada a las demencias. Sin embargo, estos tratamientos no están aún lo suficientemente sistematizados. Hay una gran diversidad de técnicas y concepciones muy ligadas a las concepciones de ciencia y de psicología dominantes en las diferentes regiones.

Se dispone así de tratamientos de orientación a la realidad, terapia ocupacional, terapia de reminiscencia, talleres de estimulación de las funciones cognitivas, psicoterapia psicoanalítica, grupos psicoterapéuticos, programa de psicoestimulación, entre otros.

Si bien la EA es crónica y progresiva, varios estudios han señalado que los tratamientos psicosociales actuales permiten mejorar mucho la calidad de vida de las familias y, en muchos casos, retrasar el tiempo del deterioro (Tárraga, 2000; Franco y Criado, 2002; Berriel y Pérez, 2007; Yanguas, 2007).

Desde la OPS, Vega, González y Olivera sostienen que “actualmente la mayoría de las enfermedades mentales de los ancianos pueden ser tratadas con éxito. Aunque algunas (en especial las demencias) son crónicas y/o progresivas, (…) intervenciones apropiadas y oportunas pueden contribuir de manera significativa a una mejora de la calidad de vida” (2009: 249).

En el caso de la EA, cuanto más temprano se interviene en el plano psicosocial, más efectivo es el tratamiento. En ese sentido, el diagnóstico y la terapéutica precoz deberían ser de las principales líneas de acción.

Abordaje actual de la EA en Uruguay

Actualmente en Uruguay, en un contexto de casi inexistencia de protocolos de la atención de salud del anciano en general, no existe un protocolo central para atender a las personas con EA o con otros trastornos cognitivos. ¿Cómo llega una persona con trastornos cognitivos a un servicio de salud? ¿Quién la atiende? ¿Cómo se diagnostica el trastorno cognitivo? ¿Qué tratamiento se indica? ¿Quién lo realiza? ¿Dónde? Estas son

algunas de las preguntas claves a las que cotidianamente se ven enfrentadas muchas familias de nuestro país cuando uno de sus integrantes mayores comienza a padecer algún trastorno cognitivo importante.

A continuación se señalan algunas de las principales características del actual modelo de atención en nuestro país a personas mayores con deterioro cognitivo, buscando identificar sus fortalezas y debilidades.

Debilidades de la actual modalidad de atención en salud para las personas con trastornos cognitivos

- Ausencia de datos confiables. Existe una notable falta de datos sobre la tasa de prevalencia de estas patologías. No existen datos clínicos centralizados que permitan dar cuenta sobre qué cantidad de personas son afectadas, dónde se encuentran, cuáles son sus características, etcétera.

- Los actuales sistemas de registro están basados en las historias clínicas que son completadas de diferente forma, con datos que no están centralizados y, por tanto, poco disponibles para estudios epidemiológicos.

- Poca presencia de una red de protección social y sociosanitaria en la vejez en general y de los trastornos cognitivos en particular. Es común que la persona con el trastorno cognitivo y sus familiares deambulen por el sistema de salud con sus síntomas y sufrimiento, en condiciones de mucha vulnerabilidad. No es infrecuente que sean víctimas de violencia y maltrato institucional por parte del sistema de salud. Esto implica un costo alto en la salud de las familias y una vulneración de sus derechos, que podría ser evitado.

- Falta de protocolización del diagnóstico y de la atención a personas mayores con trastornos cognitivos. No existe un criterio claro sobre cuál sería el profesional de cabecera en la atención de estos pacientes. Ante esa ausencia, en los hechos, la atención la realiza el primer profesional que trata al paciente en función de cómo los familiares llegan a la consulta: internista, medicina general, psiquiatra, geriatra, neurólogo…

- En ese contexto, no existe un protocolo a seguir ante las consultas iniciales que permitan hacer un diagnóstico diferencial del trastorno, el cual muchas veces es mal diagnosticado. A modo de ejemplo, en el año 1998, un equipo de la investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Berriel, Leopold y Pérez, 1998), durante una intervención con un grupo de 18 personas diagnosticadas de EA, encontró que el 22% tenía un diagnóstico erróneo (falso positivo).

- Tampoco existe espacio de tratamiento para los trastornos cognitivos funcionales, como las QSM, que en general no son consideradas o, simplemente, se indica un tratamiento farmacológico sin mucho soporte científico sobre su eficacia.

- Vinculado a lo anterior, existe una importante falta de capacitación de profesionales y técnicos del sistema de salud. De ahí muchos errores diagnósticos y terapéuticos a los que se asiste en la consulta clínica cotidiana.

- Modelo de atención curativo. Desde los efectores de salud, en el mejor de los casos, el abordaje central es exclusivamente farmacológico. Incluso en este tipo de tratamiento no está estipulado qué especialista debe orientarlo, por lo que es común la polifarmacia en las personas ancianas, con las nefastas consecuencias iatrogénicas que eso conlleva.

- Ausencia de equipos interdisciplinarios de abordaje, ante lo que se da una fragmentación de la atención, donde cada profesional ve a *su* paciente, con escasa derivación y diálogo con otros profesionales. Esto tiene como consecuencia una casi inexistente coordinación *intra* e *interservicios*.

Algunas de las principales oportunidades de la actual reforma de la salud

Actualmente, el sistema de salud en nuestro país se encuentra en pleno cambio de modelo de atención. La orientación política del Ministerio de Salud Pública (MSP) es clara al respecto: pasar de un modelo centrado en la curación a otro centrado en la promoción y prevención. Esta perspectiva habilita que, en el tema que estamos tratando, surjan una serie de oportunidades de cambio. Algunas de las fortalezas de esta reforma de la salud son:

- Cambio en el modelo de atención. Como ya fue planteado, el nuevo modelo se basa en la promoción y prevención en salud. Se jerarquiza el rol del médico de familia como primer profesional de referencia.

- Creación de un nuevo modelo de gestión, con participación de los usuarios en la dirección y control del mismo. Asimismo, se independiza de la órbita del MSP el prestador estatal de atención en salud (ASSE), pasando el MSP a ocupar un rol de controlador y orientador de las políticas.

- Cambio en la financiación del sistema. Se cambia el modelo de financiación individual por la creación de un Fondo Nacional de Salud (FONASA), financiado con los aportes de los trabajadores y empleadores. Desde el FONASA se transfieren los recursos a los prestadores en función de los perfiles de edad y las prestaciones realizadas. Se jerarquiza y controla en estas transferencias el cumplimiento de determinadas metas asistenciales, vinculadas al desarrollo del nuevo modelo de atención primaria en salud.

Existe un cambio de enfoque en la organización del MSP: se pasa a jerarquizar una visión desde el ciclo de vida, con temáticas trasversales, como las de género y derechos humanos.

Una de las áreas prioritarias a desarrollar en el actual período será la de salud mental. En este tema se plantea incorporar la psicoterapia como parte de las prestaciones habituales de salud.

Respecto a las acciones específicas para las personas mayores emprendidas hasta el momento, se debe resaltar el diseño de un carné de asistencia del adulto mayor que pretende ser una primera medida de síntesis de la información de salud de cada persona mayor.

Estos cambios en el sistema de salud pueden ser una excelente oportunidad para modificar la modalidad de atención a las personas mayores con trastornos cognitivos. El

tema hasta el momento queda insinuado como potencial, pues no existen aún acciones específicas planificadas de abordaje, más allá de esas orientaciones generales.

Recomendaciones para el abordaje de la EA en las políticas de salud

La actual evidencia científica sobre la EA y los trastornos cognitivos permite definir un sistema de abordaje desde la salud, que logre una mejora en la calidad de vida, junto a una disminución de los costes directos e indirectos asociados a la enfermedad, tanto en las familias, como en el propio sistema de salud.

Al tener en cuenta la situación actual de atención, con la intencionalidad de aportar propositivamente la construcción de un escenario futuro en el marco de la actual reforma de la salud, es que se realizan las siguientes recomendaciones.

1. Recomendaciones para la acción en el plano de la promoción y prevención

1.1. Crear un sistema de registro centralizado de vigilancia epidemiológica, que reúna los datos de los pacientes que se atienden en los diferentes efectores de salud. Esto permitiría contar con información actualizada sobre el tema, a los efectos de diseñar estrategias lo más ajustadas posibles a las realidades locales.

1.2 Capacitación del personal profesional y técnico sobre las problemáticas de los adultos mayores en general y respecto al tema de los deterioros cognitivos en particular. En el marco del nuevo modelo de atención, se debería prestar especial atención a la capacitación de los médicos de familia en estos temas. Al respecto es interesante el planteo que se hace desde la Unión Europea (UE), cuando sostienen que "los estudios de población demuestran que la mayor parte de la misma no conoce bien los primeros síntomas de la enfermedad, lo cual propicia el retraso del diagnóstico. Los descubrimientos nuevos despiertan dudas acerca de la capacidad de los médicos de atención primaria para reconocer los primeros síntomas de la EA y hay que decir que al 70 % de los médicos de atención primaria les ha sido difícil detectar los síntomas precoces de la enfermedad" (Jané-Llopis & Gabilondo, 2008: 8). Este planteo de la UE parece ser pertinente para nuestro país.

1.3 Creación de un dispositivo de atención protocolizado. El mismo debería estar organizado en dos planos de servicios en cuanto a la especificidad de la atención:

a) El médico de familia debería ser el primer profesional de contacto, capacitado para detectar en forma precoz diferentes manifestaciones de trastornos cognitivos, realizando una primera estimación de los mismos. En caso de sospecha de un trastorno cognitivo, se debería derivar un equipo de referencia zonal (gabinete de recepción).

b) Creación de *Gabinetes de recepción*, constituidos por equipos interdisciplinarios de referencia, capacitados para hacer un diagnóstico

integral y temprano de la situación y, en base a ello, planificar una estrategia de acción. Las mismas serían diferentes según los casos y los diagnósticos (QSM, DCL, EA, etcétera). Estos equipos interdisciplinarios deberían funcionar en forma descentralizada, con una zona y población de referencia. Serían los encargados de realizar sistemáticamente un seguimiento de los casos.

1.4 Implementación de medidas de promoción de salud y prevención, tales como hábitos, educación, etcétera. Si bien los estudios tampoco son concluyentes respecto a la prevención de los deterioros cognitivos, existe un acuerdo generalizado en que un estilo de vida saludable disminuye varios factores de riesgo de demencias. A su vez, con una serie de medidas comunitarias posiblemente se podría disminuir la incidencia de las QSM, fundamentalmente en los aspectos vinculados a la soledad de las personas mayores. De ahí la necesidad de articular el sistema de salud con los servicios sociales.

2. Recomendaciones el plano de la prevención y rehabilitación

2.1 Creación y desarrollo de centros de tratamiento sociocomunitarios donde desarrollar las actividades, articulados con el sistema de salud.

2.2 Creación de equipos interdisciplinarios capacitados para realizar intervenciones psicosociales de promoción de salud (actividades de difusión y capacitación en la comunidad), tratamiento temprano (por ejemplo, talleres de estimulación de memoria) y rehabilitación (tratamientos no farmacológicos de la EA). Estos equipos deberían funcionar en los diferentes efectores de salud y en los centros sociocomunitarios de tratamiento.

2.3 Actividades de capacitación y apoyo para las familias y los cuidadores principales.

2.4 Desarrollar programas de investigación sistemáticos con la participación de los equipos interdisciplinarios, como forma de elevar la calidad de la prestación.

Finalmente, estas acciones deberían estar inscriptas en un plan sociosanitario que contemple diversos factores de riesgo identificados en los adultos mayores: jubilación compulsiva, participación, prejuicios sociales, soledad y aislamiento, entre otros.

Un aspecto central para la incorporación de estos temas y abordajes al sistema de salud, es el grado de empoderamiento que logren los grupos de familiares y su capacidad para incidir, como grupo de presión, en la inclusión y desarrollo de los mismos desde una perspectiva de mejora de la atención y desarrollo de sus derechos.

Si los grupos de familiares no logran empoderarse y constituirse en grupos de presión, entonces es probable que surjan otros grupos de presión, vinculados posiblemente a intereses del mercado y no a la calidad de vida de las personas. Eso plantearía un escenario nada deseable, no muy diferente al que existe hoy. El desafío queda planteado.

Capítulo 4: Políticas públicas en la agenda. Perspectivas de la sociedad civil

Políticas públicas: perspectivas de la sociedad civil desde la Red de Organizaciones de Personas Adultas Mayores

Representantes de la Red del Adulto Mayor (REDAM)

Desde hace varios años diversas organizaciones de personas adultas mayores de todo el país venimos trabajando en los temas de vejez y envejecimiento y desarrollando actividades en el ámbito de la militancia social.

En el mes de setiembre de 2009, durante la presidencia pro témpore de Uruguay en el Mercosur, fuimos convocados por el Ministerio de Desarrollo Social para elaborar un documento portador de la opinión y comprensión de la sociedad civil respecto al tema de Derechos Humanos y Vejez, en la XVI Reunión de Altas Autoridades en Derechos Humanos del Mercosur.

Representantes de diversas organizaciones elaboramos el documento para presentarlo en la primera reunión del grupo de trabajo sobre adultos mayores. Se abordaron los siguientes temas:

a) Derechos de los adultos mayores en la familia,

b) Empoderamiento, sociedad civil y redes,

c) Seguridad social

d) Medios de comunicación.

Esta instancia fue de gran relevancia para la visibilización del trabajo que históricamente venimos realizando las organizaciones de adultos mayores, la promoción y consolidación de la participación y la generación de vínculos sinérgicos entre quienes trabajamos desde y hacia el colectivo de los adultos mayores, propiciando y sosteniendo espacios de participación, empoderamiento y propuesta de la sociedad civil.

A partir de este primer encuentro y en acuerdo con las organizaciones participantes, se crea la Red de Adultos Mayores (REDAM). Funciona como un espacio de consultoría y permanente diálogo e intercambio, a través de un plenario mensual de colectivización, discusión y decisión sobre los temas abordados en las siguientes comisiones de trabajo:

- **Voluntariado.** Aborda temas relacionados a la actividad de voluntariado de y para las personas adultas mayores y elabora propuestas para la participación de la REDAM en la Mesa Nacional de Diálogo sobre Voluntariado y Participación Social.

- **Derechos humanos.** Releva y estudia documentos existentes referentes a esta materia para elaborar propuestas que contemplen las realidades y necesidades de las personas adultas mayores en estos temas.

- **Sociedad civil y políticas públicas.** Tiene como objetivo generar e impulsar propuestas desde la sociedad civil para la creación del Plan Nacional de Vejez y Envejecimiento y la implementación del Instituto Nacional del Adulto Mayor.

En esta última línea, es de destacar la importancia que la presión ejercida desde la propia sociedad civil tuvo para la aprobación de la ley n.º 18.617, que crea el Instituto Nacional del Adulto Mayor. Esta ley fue aprobada en 2006 por la Cámara de Senadores, luego de lo cual no recibió tratamiento en la Cámara de Diputados.

En abril de 2009 representantes de organizaciones integrantes de la REDAM mantuvimos una reunión con la Comisión de Población y Desarrollo del Parlamento (comisión que tenía a estudio el proyecto de ley) para solicitar que el tema fuera tratado en agenda parlamentaria.

A partir de esta gestión, el 27 de agosto de de 2009 la ley fue aprobada en Cámara de Diputados y recibió luego pequeñas modificaciones del Poder Ejecutivo. Fue definitivamente aprobada el 23 de octubre de 2009.

Consideramos de fundamental importancia la consulta a la sociedad civil para el asesoramiento y diseño de políticas públicas y, en este caso, vejez y envejecimiento. Es por esta razón que a instancias de la REDAM surge la idea de realizar en noviembre de 2010 un encuentro nacional de organizaciones de adultos mayores.

Los objetivos de este encuentro son incorporar, en la medida de lo posible, la perspectiva y propuestas de los adultos mayores al diseño de las políticas públicas referidas a este grupo poblacional, en base a la próxima implementación del Instituto Nacional del Adulto Mayor y la construcción de un Plan Nacional de Vejez y Envejecimiento.

Además, generar vínculos, componer y fortalecer redes de trabajo entre organizaciones de adultos mayores de todo el territorio nacional y hacer posible así que representantes de organizaciones de adultos mayores de todo el país se integren a la REDAM, que actualmente se encuentra funcionando con representantes de organizaciones de Montevideo.

Para esto, el equipo del Área de las Personas Adultas Mayores del MIDES colabora con lo propuesto por la REDAM para la conformación y apoyo de comisiones de representantes de las organizaciones de adultos mayores en todo el país. El objetivo de este trabajo es generar una plataforma en cada uno de los departamentos, que será presentada y discutida en el encuentro nacional de organizaciones de adultos mayores. Hay tres ejes de trabajo definidos por la REDAM:

1. Educación para el envejecimiento

2. Derechos de los adultos mayores

3. Seguridad social hacia un sistema de protección social integrado

Es importante señalar que, si bien el número de ejes a abordar es acotado, fueron planteados intentando que fueran lo suficientemente amplios como para captar las singularidades nacidas de las diversas realidades que existen a nivel territorial.

Nos interesa destacar el fermental intercambio intergeneracional que se viene desarrollando en el trabajo conjunto entre el Área de las Personas Adultas Mayores y la REDAM.

Consideramos que el envejecimiento, además de ser un proceso biológico y natural, es una construcción social y política. Por eso, como sociedad debemos interrogarnos y pensar cómo podemos resolver los problemas complejos que presenta.

Esto significa que los adultos mayores debemos integrarnos dinámicamente al sistema productivo nacional, considerándose a este sector de la sociedad como integrantes del patrimonio cultural y social de la nación.

La aprobación de la ley 18.617 del 23 de octubre de 2009, que crea el Instituto Nacional del Adulto Mayor en la órbita del MIDES, posibilita abrir una puerta hacia el logro de la promoción integral en los adultos mayores mediante el trabajo organizado de la sociedad civil, como fundamental aporte en la definición de agenda para la construcción de política pública.

Representante de la regional Este de la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay

Brenda Mora

Quería agradecer a todas las autoridades presentes y al equipo Nieve. Antes que nada, quiero decir que defiendo a los jóvenes y celebro que todos ustedes estén acá. Yo voy a ser diferente a todos mis compañeros que me han precedido porque voy a presentar la experiencia que tenemos en el interior del país.

Sabemos que en el último medio siglo —entre 1950 y 2010— la esperanza de vida de la población mundial aumentó 20 años y aumentará otros 8 años en similar lapso de tiempo, ya que los estudios indican que el promedio de vida al nacer será en todo el mundo de 75 años y en las regiones más desarrolladas esta cifra llegará a los 80 años. Hoy nos hemos nutrido, sobre todo nosotros que venimos del interior, sobre una serie de políticas públicas y sociales que se han tratado acá.

A partir de estudios realizados por instituciones de adultos mayores de todo el país, han surgido varias iniciativas y hoy esta invitación nos da la oportunidad de comunicárselas a ustedes. Presentar ante las autoridades la creación e implementación de distintas políticas sociales sobre envejecimiento es un trabajo que estamos realizando las instituciones del interior, en particular la regional Este —que represento— con una coordinadora o red.

Los adultos mayores conviven en su vida cotidiana con una diversidad de problemáticas y situaciones que podríamos resumir como pertenecientes a factores económicos, sociales y culturales. Es así que definimos tres grandes lineamientos a seguir:

1) Abarcar la protección total de los derechos humanos de las personas mayores, no a la discriminación y sí a las políticas en coberturas y pasividades dignas. Creemos pertinente el acceso a cursos de educación permanente, cursos de alfabetización, etcétera. Esto no solo nos brindarán una mejor calidad de vida, sino que permitirá la inclusión.

2) Políticas de salud, políticas que incluyan las necesidades de los adultos mayores. Promoción de conductas y ambientes saludables, ya que a veces somos tratados de una forma que no merecemos. A veces los centros públicos no nos ofrecen una sala confortable, un ambiente donde se pueda estar.

3) Calidad en la infraestructura, cosas simples como rampas. Además, seguimiento a los pacientes que viven solos, un sistema de asistentes sociales. Las personas que viven en el ambiente rural, por ejemplo, no tienen acceso. Si les da un infarto se mueren porque nadie puede ayudarlos.

4) Las políticas de vivienda. Hay que crear entornos propicios y confortables y dignos. Nuestra experiencia demuestra que es productivo, y esto me toca muy de cerca, la implementación de grupos externos de apoyo que guíen distintos actividades en los complejos. Esto tendría como objetivo el logro de una buena convivencia. ¿Por qué se los digo así directamente? Yo asistía al complejo de Rocha, después me hicieron dos prótesis de cadera y ahora tengo que ir en taxi, y veo cómo los vecinos se miran la cara y no tienen nada que hacer. Ese complejo tiene un hermoso comunal que está cerrado.

En el marco de estas propuestas vemos con interés las siguientes líneas de acción.

* Integrar el envejecimiento en políticas sociales dirigidas a adultos mayores.

* Coordinar acciones con organismos privados y organizaciones de la sociedad civil.

* Destinar presupuesto para la implementación de programas.

Por último, el punto que nos debe importar, la implementación del sistema nacional de cuidados. Esto debe ser hecho con un amplio campo de investigación. Todos los individuos en la vejez necesitamos cuidados, no cualquier persona puede cuidar ancianos. Yo soy franca, creo que la cobertura a través de una investigación para el sistema de cuidados, capacitar a personas, que trabajen con dignidad.

Capítulo 5: Relatorías

Mesa de trabajo: Aportes a la construcción de políticas de envejecimiento en Uruguay

Coordinación

Mag. Fernando Berriel y Lic.Mónica Lladó.

Participantes

Dra. Adriana Fassio, Dr. Sergio Antonio Carlos, Soc. Ariel Miño, Dra. Paulina Osorio, Dra. Mariana Paredes, Lic. María Carbajal, Lic. Adriana Rovira, Lic. Daniel González Arias, Mag. Robert Pérez.

Descripción

El objetivo de esta mesa fue realizar una síntesis de los temas abordados durante el coloquio regional, reflexionar acerca de la incidencia y los aportes hacia las políticas públicas y analizar el caso de Uruguay en el contexto regional.

Punto 1: Articulación entre investigación y producción de conocimientos y los decisores de política pública

- Es necesaria una vinculación entre la investigación y el proceso de construcción de política pública, para que exista una mejora en el manejo de información e identificación de contenidos, que redunde en intervenciones más adecuadas y pertinentes.

- Establecer una coordinación con la academia para generar conocimiento sobre envejecimiento que pueda ser vinculado con las políticas públicas y generar aportes.

- Es imprescindible realizar una revisión bibliográfica, ya que hay muchas producciones en estos temas que pueden contribuir a las distintas áreas de discusión respecto al envejecimiento.

- Se reconoce que hace falta, por parte de la academia, una actitud más proactiva para marcar la agenda política. Se planteó que para estos temas existe un escaso acuerdo entre la investigación científica de la universidad y el Estado. No solo en el tema del adulto mayor, sino en general. Además es necesario articular con la academia regional para hacer un diagnóstico adecuado en políticas públicas.

- Es necesario poner en agenda el tema. En la medida que se difunda esta temática, se pone en la agenda y se empodera al grupo poblacional, pero sin problematizar solo desde la perspectiva previsional.

- El camino es convocar al colectivo para discutir y que los diferentes organismos se comprometan a establecer una línea de acción.

Punto 2: El rol de la sociedad civil, intercambio de conocimientos y experiencias. Promover redes no formales y con visiones más espontaneas

- No aislar a los técnicos como agentes de cambios.

- Se sostiene que el éxito de las políticas públicas tiene que ver con que los sujetos sean parte de ellas, que estén involucrados. Se ha visto en estos días en Uruguay un avance en este tema.

- Se considera que la organización de la sociedad civil uruguaya es realmente muy buena. Tiene un nivel de estructuración muy fuerte. Se plantea, atado a esto, la preocupación de hacer que estas prácticas generen logros.

- A modo de ejemplo, se presentó en la discusión la creación del Concejo Estadual de Vejez de Brasil, que existe y cuenta con un representante de las universidades. Surgió por una ley federal que incluía la posibilidad de recomendar en tema de políticas. Lo más relevante es que estos representantes son electos y realizan además conferencias durante mucho tiempo. En esas conferencias que se hacen a nivel estadual, se discuten y se elevan propuestas a nivel federal.

- Otro ejemplo presentado es el Concejo Consultivo, chileno dependiente de la Secretaría de Presidencia.

Punto 3: Plan gerontológico con una sistema adecuado de monitoreo

Se consideró relevante pensar en un plan gerontológico, ya que es un debe en la región. Y trabajar para que se garantice correctamente la implementación de este plan. En ese sentido, la lógica de un plan gerontológico debería ser intersectorial. Se propone que sea apoyado por una buena base de datos.

- Es importante relevar los planes gerontológicos ya existentes en el mundo.

Punto 4: Creación de sistemas de información y registros adecuados de datos

- Plantear propuestas en común.
- Hacer una guía, a partir de recursos con los cuales contamos, en la que se generen registros continuos.

Punto 5: Diversidad en el proceso

- Se presentan ejemplos: Paraguay que tiene todo para hacerse, Argentina que plantea el plan gerontológico.

Punto 6: Presupuesto y autonomía como fundamentales para el funcionamiento

- Discutir los modelos que vamos a utilizar sobre la base del paradigma de derechos. Sabemos que las realidades sociales se construyen. Tenemos que discutir qué paradigmas vamos a utilizar. No es lo mismo un encare de derechos, universalista o asistencialista.

Mesa de trabajo: Políticas públicas en la agenda. Intercambio con autoridades nacionales y organizaciones sociales

Coordinación

Mag. Fernando Berriel y Lic.Mónica Lladó.

Participación

Dr. Sergio Antonio Carlos, Dra. Adriana Fassio, Soc. Ariel Miño, Dra. Paulina Osorio, representantes de la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU), del Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor (CICAM), de la Red del Adulto Mayor (REDAM), Andrés Scagliola (director nacional de Política Social, MIDES), Graziella Romiti (coordinadora general de OPP), Adriana Rovira (responsable del Área de las Personas Adultas Mayores de la Dirección Nacional de Políticas Sociales, MIDES), Dra. Mariana Paredes, Lic. María Carbajal, Lic. Daniel González Arias, Mag. Robert Pérez.

Descripción

El objetivo de esta mesa fue intercambiar perspectivas desde las diferentes áreas (la academia, el Estado y las organizaciones sociales) sobre cómo planificar e implementar políticas públicas.

- Se realizó una mirada al envejecimiento desde distintas visiones. En este sentido, fue positiva la articulación de los distintos discursos.

- Se recalcó la presencia de la OPP como el gran articulador de las políticas del estado y del MIDES como garante de la articulación de las políticas sociales.

- Es necesario comparar las agendas y las trayectorias de la academia y el gobierno. La Universidad refuerza el estudio para fortalecer las políticas públicas.

- Existe la búsqueda de la construcción de un sistema de información. Avanzar en la construcción del Instituto del Adulto Mayor debe ser una de las metas. También dar respuestas en el tema de los cuidados.

De todas formas, para dar respuesta a los últimos ítems anteriores de la agenda, es fundamental el saber técnico. Las decisiones políticas deben estar asesoradas técnicamente.

- Se destacó como central la perspectiva de derechos como debate con la perspectiva asistencialista.

- El tema debe estar inscripto en la agenda del desarrollo. También se manifestó la complejización de las instituciones en el Estado.

Bibliografía

Envejecimiento, género y políticas sociales en Argentina. Reflexión a partir del paradigma de derechos

Adelantado, J. (2009): «Por una gestión 'inclusiva' de la política social»; en: Chiara, M. y Di Virgilio, M. (organizadoras), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-Universidad Nacional de General Sarmiento.

Ballard, K.; Elston, M. y Gabe, J. (2009): «Public and private ageing in the UK: The transition to the menopause»; en: Current Sociology 57 (2).

Cardarelli, G. y Rosenfeld, M. (2000): «Con las mejores intenciones»; en: S. Duschatzky (compiladora), *Tutelados y asistidos. Programas sociales, políticas públicas y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

cepal (2004): *Estrategia Regional para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile.

Chiara, M. y Di Virgilio, M. (2009): «Conceptualizando la gestión social», en: Chiara, M. y Di Virgilio, M. (organizadoras), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-Universidad Nacional de General Sarmiento.

Comisión Europea (2010): *Libro Verde en pos de unos sistemas de pensiones europeos adecuados, sostenibles y seguros*. Disponible en: http://ec.europa.eu/yourvoice/ipm/forms/dispatch?form=pensions. Fecha de consulta: *26/8/2010*.

Danani, C. (2009): «La gestión de la política social: un intento de aportar a su problematización»; en: Chiara, M. y Di Virgilio, M. (organizadoras), *Gestión de la política social. Conceptos y herramientas*. Buenos Aires: Prometeo-Universidad Nacional de General Sarmiento.

Fassio, A. (2007): «La institucionalización de los adultos mayores en la Argentina. Imaginarios y realidades»; en: *Vertex, Revista Argentina de Psiquiatría 76*. Vol. XVIII.

— (2009a): «Exclusión, edad y género: Trabajo voluntario como estrategia de inclusión social de mujeres adultas mayores»; en: *XXVII Congreso ALAS, Asociación Latinoamericana de Sociología "Latinoamérica Interrogada"*.

— (2009b): «Aportes para la reflexión sobre las políticas públicas y el bienestar en la vejez»; en: *Libro VIII Jornadas de la Cátedra de Psicología de la Tercera Edad y Vejez Desafíos y logros frente al bien-estar en la vejez*. Buenos Aires: Facultad de Psicología de la uba, eudeba.

indec (2010): *Datos definitivos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001*, disponible en: www.indec.mecon.gov.ar. Buenos Aires: indec.

— (2010): *Encuesta Nacional de Discapacidad*, disponible en www.indec.mecon.gov.ar. Buenos Aires; INDEC.

MINISTERIO DE SALUD - INDEC (2005): Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, disponible en www.indec.mecon.gov.ar. Buenos Aires: MSP/INDEC.

Algunos aspectos de las políticas públicas dirigidas a los adultos mayores en Brasil

BRASIL: «Constituição da República Federativa do Brasil de 1988» en: *Diário Oficial da União*. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constitui%C3%A7ao.htm. Brasília, DF, 05 de octubre de 1988.

BRASIL. Ley n.º 10.741, del 1.º de octubre de 2003, Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras Providências, en: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 03 de octubre 2003.

— Ley n.º 3.071, del 1.º de enero de 1916, Código Civil; en: Cámara de diputados, *Idosos: legislação*. Brasília, DF, 1999.

— Ley n.º 8.842, del 4 de enero de 1994, Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do idoso e dá outras providências, en: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 4 de julio 1996.

— Ley n.º 10.741, del 1.º de octubre de 2003, Dispõe sobre o Estatuto do Idoso dá outras providências, en: *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 01 de octubre de 2003.

— Ley n.º 5.869, del 11 de enero de 1973, Institui o Código de Processo Civil, en: *Diário Oficial da União*. Brasília, DF, 17 de janeiro de 1973. Disponible en: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/Leis/L5869.htm

CAMARANO, Ana Amelia (2002): Envelhecimento da População Brasileira: uma contribuição demográfica. Texto para discusión n.º 858. Rio de Janeiro, IPEA.

HEREDIA, Olga Collinet (2000): *População brasileira e o envelhecimento*. Quebec, Chair Quetelet, inédito.

INSTITUTO BRASILERO DE GEOGRAFÍA Y ESTADÍSTICA (IBGE), *Censo Demográfico 1980/2000*. Disponible en: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tendencia_demografica/tabela17.shtm.

— (2008): Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais, «Projeção da população do Brasil por sexo e idade, 1980-2050: Revisão 2008». Rio de Janeiro, Séria Estudos e Pesquisas n.º 24.

RODRIGUES, Nara da Costa (2001): «Política Nacional do Idoso: retrospectiva histórica», en: *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*. Porto Alegre, Vol. 3.

Silva Alencar, Maria do Socorro y Gonçalves de Carvalho, Cecília Maria Resende (2009), «O envelhecimento pela ótica conceitual sociodemográfica e político-educacional: ênfase na experiência piauiense», en: *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, Vol. 13, n.º 29, abr./jun. 2009.

Envejecimiento, género y políticas en Chile

Arber, S. y J. Ginn (1996): *Relaciones de género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Marcea.

Bazo, M. T. (2001): *La institución social de la jubilación: De la sociedad industrial a la postmodernidad*. Valencia: Llibres.

Bernard, M. (2001): «Women Ageing: old lives, new challeges», en: *Education & Ageing* 16, number 3.

celade (2003): *Las personas mayores en América latina y el Caribe: Diagnóstico sobre la situación y las políticas*. Santiago de Chile: celade/cepal.

Comfort, A. (1984): *Una buena edad: la tercera edad*. Madrid: Debate.

Corporación años (1999): *Adulto Mayor, Ciudadanía y Organización Social*. Santiago: inp.

Del Valle, T. (2002): «Contrastes en la percepción de la edad», en: Maqueira, V., *Mujeres mayores en el siglo xxi*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Guillemard, A. M. (1971): *La Retraite: entre le travail et la mort. Etude sociologique de comportements des retraités*. Thèse de Doctorat. Paris: Sorbonne.

Huenchuan, S y D. González (2005): *El envejecimiento en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: celade/cepal.

Moore, H. (1996): *Antropología y feminismo*. Madrid: Cátedra.

Osorio, P. (2004): *Nuevos procesos de jubilación en las sociedades industriales contemporáneas: el caso vasco*. Secretaría de la Presidencia del Gobierno Vasco, Vitoria-Gasteiz, España: ftp://gvas.euskadi.net/pub/gv/estudios_sociologicos/csv14.pdf.

Osorio, P. (2006a): «Exclusión Generacional: La Tercera Edad», en: *Revista MAD*, n.º 14. mad: Universidad de Chile.

— (2006b) «La longevidad más allá de la biología. Aspectos socioculturales», en: *Papeles del CEIC*, n.º 22: http://www.ehu.es/CEIC/pdf/22.pdf.

— (2008) «Envejecer en Chile: Una mirada femenina», en: Montecino, S. (comp.), *Mujeres chilenas. Fragmentos de una historia*. Santiago: Catalonia.

— (2009) «Mujeres de la tercera edad y su relación con el trabajo: expectativas de calidad de vida», en: *Empreendedorismo, Trabalho e a Qualidade de Vida na Terceira Idade*. Brasil: Instituto para Promoção do Trabalho Emprendedor.

Pérez, J. (1999): *La feminización de la vejez*. Barcelona: Centre d'Estudis Demogràfics.

Phillipson, C. (1999): «The Social Construction of Retirement: Perspectives from Critical Theory and Political Economy»; en: Minkler and Estes (eds.), *Critical Gerontology. Perspectives from Political and Moral Economy.* New York: Baywood.

Walker, A. (1980): «The Social Creation of Poverty and Dependency in Old Age», en: *Journal of Social Policy,* Vol. 9 (1).

Paraguay: un acercamiento a la situación de las personas mayores

celade (2003): «América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 1950-2050», en: *Boletín Demográfico n.º. 72*. Santiago de Chile: celade.

— (2004): «América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de población 1950-2050, en: *Boletín demográfico n.º 73*. Santiago de Chile: celade.

— (2004b): «América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025», en: *Boletín Demográfico n.º 74*. Santiago de Chile: celade.

— (2002): *Los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores*. Santiago de Chile: celade/cepal.

cepal (2003): «América Latina y el Caribe: el envejecimiento de la población. 1950-2050», en: *Boletín demográfico 2003*. Santiago de Chile: cepal.

Consejo de Adultos Mayores de Asunción (2007): *Adultos Mayores en Paraguay. Su Derecho a la Información*. Asunción.

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (2003): *Encuesta permanente de hogares 2003*. Asunción.

— (2005): *Paraguay. Proyección de la Población Nacional por Sexo y Edad, 2000-2050*. Asunción.

imserso/csic: *Portal de Adultos Mayores*. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/internacional/iberoamerica/paraguay/indicadores.html#pensi.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social: *Proyecto sobre Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico*. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/oiss-paraguay-01.pdf.

Adultos mayores, género y cuidados

Aguirre, Rosario y Batthyány, Karina (2005): *Uso del tiempo y trabajo no remunerado*. Montevideo: unifem-udelar.

Aguirre, Rosario y Batthyány, Karina (2004): *El cuidado infantil en Montevideo. Análisis de resultados de la encuesta sobre uso del tiempo: desigualdades sociales y de género*. Montevideo: unicef-udelar.

Alméras, Diane (1997): «Compartir las responsabilidades familiares, una tarea para el desarrollo», en: Documento de referencia n.º 6. Santiago de Chile: cepal.

Batthyány, Karina (2009): «Cuidado de personas dependientes y género», en: Aguirre, R. (editora), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo: ine/inmujeres/udelar/unifem.

Batthyány, Karina (2001): «El trabajo de cuidado y las responsabilidades familiares en Uruguay: proyección de demandas», en: Aguirre y Batthyány (comp.), *Trabajo, género y ciudadanía en los países del Cono Sur*. Montevideo: augm/cinterfor/oit/udelar.

Batthyány, Karina (2004): *Trabajo y cuidado infantil: ¿un desafío exclusivamente femenino?*. Montevideo: cinterfor/oit.

Berriel, F. y Pérez, R. (1998): «Adultos mayores montevideanos: imagen del cuerpo y red social», en: *Revista Universitaria de Psicología*, Segunda época, n.º 1. Montevideo: udelar.

Casado, D. y López, G. (2001): *Vejez, dependencia y cuidados de larga duración. Situación actual y perspectivas de futuro*. Colección estudios sociales n.º 6. Barcelona: Fundación la caixa.

cepal/celade (2003): *La situación de las personas mayores*. Documento de Referencia de la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento. Santiago de Chile: 19 al 21 de noviembre.

Durán, María Ángeles (2000): «Uso del tiempo y trabajo no remunerado», en: *Revista de Ciencias Sociales*, Número monográfico: Desigualdades sociales de género. Montevideo: fcu.

— (1999): *Los costes invisibles de la enfermedad*. Madrid: Fundación bbva.

Fraser, N. (1997): *Justitia Interrupta. Reflexiones críticas desde la posición de postsocialista*. Colombia: Siglo del Hombre Editores-Biblioteca Universitaria.

Guzmán, J.; Huenchuan, S. y Montes de Oca, V. (2003): «Redes de apoyo social de las personas mayores. Marco conceptual», en: *Revista Notas de Población de la cepal n.º 77*. Santiago de Chile: celade/cepal.

Huenchuan, Sandra (2005): «Políticas de vejez en América latina: elementos para su análisis y tendencias generales», en: *Revista Notas de Población n.º 78*. Santiago de Chile: celade/cepal.

imserso (2005): *Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Palloni, Alberto; De Vos, Susan y Peláez, Martha (2002): «Aging in Latin America and the Caribbean», en: *Working paper n.º 99-02*. Madison-Wisconsin: Center for Demography and Ecology-University of Wisconsin.

Rodríguez y Rossell (coord.) (2009): *Panorama de la vejez en el Uruguay*. Montevideo: ucu-ipes/unfpa.

Robles, Leticia (2003): «¿Quiénes cuidan a los ancianos?: una cuestión de mujeres, no de familia», ponencia presentada en el 51 Congreso Internacional de Americanistas. Santiago de Chile: 14 al 18 de julio de 2003.

Saad, Paulo (2003): «Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe. Estudio comparativo de encuestas», en: *Revista Notas de Población n.º 77*. Santiago de Chile: celade/cepal.

Scott, A. y Wenger, G. (1996): «Género y redes de apoyo social en la vejez», en: Arber, Sara y Jay, Ginn, *Relación entre género y envejecimiento. Enfoque sociológico*. Madrid: Narcea.

Estudio de la significación social del envejecimiento en Uruguay

Batthyány, Karina (2009): «Cuidado de personas dependientes y género», en: Aguirre, Rosario (editora), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo: ine/inmujeres/udelar/unifem.

Berriel, F.; Paredes, M. y Pérez, R. (2006): «Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez», en: López, A. (coordinadora), *Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo I. Estudio Cualitativo*. Montevideo: Trilce.

Butler, R. N. (1969): «Ageism: Another form of bigotry», en: *Journal of The Gerontologist 9*.

— (2001): «Ageism», en: Maddox, G. L. (ed.), *The Encyclopedia of Aging. A Comprehensive Resource in Gerontology and Geriatrics*. New York: Springer Publishing Company.

cepal (2000): *¿Cómo envejecen los uruguayos?*. Montevideo: cepal. Disponible en: http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/2/LCMVDR185Rev2/Parte%201y2.pdf y en http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/2/LCMVDR185Rev2/parte%203.pdf. Fecha de consulta: octubre de 2010.

Comerlato, E. M. B.; Guimarães, I.; Alves, E. D. (2007): «Tempo de plantar e tempo de colher: as representações sociais de profissionais de saúde e idosos sobre o processo de envelhecimento», en: *Revista Eletrônica de Enfermagem*. Disponible en: www.fen.ufg.br/revista/. Goiás: ufg.

Fernández Ballesteros, R. (1996): *Psicología del Envejecimiento: crecimiento y declive. Lección inaugural del curso académico 1996-1997*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Huenchuan, S.; Paredes, M. (2006): *Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas*. Montevideo: Trilce.

Lehr, U. (1995): *Psicología de la Senectud*. Barcelona: Herder.

Moscovici, S. (1979): *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.

Neugarten, B. (1996): *Selected papers*. Chicago: University of Chicago.

Silva, L. R. F. (2009): «Autonomia, imperativo à atividade e 'máscara da idade': ¿prerrogativas do envelhecimento contemporâneo?», en: Psicologia & Sociedade; 21.

Thomae, H. (1976): «Patterns of 'successful aging'»; en: Thomae H. (dir.), *Patterns of Aging*. Basilea: Karger.

Triguero Veloz, M. C.; Nascimento Schulze, C. M.; Camargo, B. V. (1999): «Representações sociais do envelhecimento», en: *Psicologia: Reflexão e Crítica, Vol. 12, n.º2. Online*.

Yuni, J.; Urbano, C.; Arce, M. (2003): *Discursos sociales sobre el cuerpo, la estética y el envejecimiento*. Córdoba: Editorial Brujas.

El envejecimiento y la vejez desde la perspectiva de los actores políticos

Berriel, F.; Paredes, M.; Pérez, R. (2006): «Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez», en: López, A. (coord.), *Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Tomo I. Estudio Cualitativo*. Montevideo: Trilce/unfpa. Disponilble en: http://www.investigacionenvejecimiento.psico.edu.uy/wordpress/wp-varios/gengen.pdf. Fecha de consulta: octubre de 2010.

Fassio, A. (2001): «*Redes solidarias entre pares. ¿Una alternativa de inclusión social para las personas de edad?*», ponencia presentada en el III Encuentro de la Red Latinoamericana y del Caribe de la Sociedad Internacional de Investigación del Tercer Sector. Buenos Aires: 12 al 14 de septiembre. Disponible en: http://www.investigacionenvejecimiento.psico.edu.uy/wordpress/wp-varios/gengen.pdf.Fecha de consulta: octubre de 2010.

Fassio, A. y Golpe, L. (1999): «Población de Edad y Organizaciones de la Sociedad Civil», en: *Revista de la Escuela de Economía y Negocios, año I, n.º3*. Disponible en: http://cdi.mecon.gov.ar/biblio/docelec/unsam/reen/3-5.pdf. Versión Digital Jorge Baudino Ediciones 46230054.

Huenchuan, S.; Paredes, M. (2006): *Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas*. Montevideo: Trilce/Naciones Unidas.

Lladó, M.; Carbajal, M. (2009): «Producción de subjetividad sobre envejecimiento y vejez presente en las políticas públicas», en: Ministerio de Desarrollo Social, *Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento, Primer debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio*. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales.

Ministerio de Desarrollo Social (mides) (2009): *Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento, Primer debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio*. Montevideo: Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales.

onu (2002): «Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento». Madrid: onu.

Paredes, M.; Ciarniello, M.; Brunet, N. (2010): *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: Una perspectiva comparada en el contexto latinoamericano*. Montevideo: udelar/unfpa/lucida ediciones.

Pérez, R. (2005): *Adultos Mayores: Participación e Inclusión Social. Un recorrido de 11 años en extensión universitaria*. Disponible en: http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/concursoRLG/ organizaciones/Adultos_Mayores_Participacion_e_Inclusion_Social.pdf. Red Latinoamericana de Gerontología.

Rodríguez Freitas Silva, L. (2008): «Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento», en: *História, Ciências, Saúde-Manguinhos, Rio de Janeiro, Vol.15, n.º 1*. Rio de Janeiro.

Salvarezza, L. (1993): *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.

El caso de la enfermedad de Alzheimer en las políticas de salud

Alzheimer's Disease International (2010): *World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia*. Disponible en: http://www.alz.org/news_and_events_world_alzheimers_day.asp (citado en octubre de 2010). London: Alzheimer's Disease International.

— (2009): *Informe mundial sobre el Alzheimer 2009. Resumen Ejecutivo*. Londres: Alzheimer's Disease International.

Berriel, F. y Pérez Fernández, R. (2007): *Alzheimer y Psicoterapia. Clínica e investigación*. Montevideo: Psicolibros Universitario.

Berriel, F.; Leopold, L. y Pérez, R. (1998): «Investigación: Factores afectivos y vinculares en la enfermedad de Alzheimer», en: *Revista de Investigación, Noviembre de 1998 1 (1)*. Universidad de la República/Facultad de Psicología, uai.

Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias (ceafa) (2003): *Día mundial del Alzheimer. Edición de 2003. Conclusiones "Los costes de la enfermedad de Alzheimer"*. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/confederacion-costes-01.pdf. Fecha de consulta: setiembre de 2010.

cepal (2000): *¿Cómo envejecen los uruguayos?*. Montevideo: cepal.

celade-cepal (2000): *Boletín Demográfico n.º. 66. América Latina: Población por años calendario y edades simples 1995-2005*. Disponible en: http://www.eclac.cl/Celade/publica/bol66/BD66.html. Fecha de consulta: setiembre de 2010.

— (2006): *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*. . Disponible en: www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_1.pdf. Santiago de Chile: cepal/celade/Naciones Unidas. Fecha de consulta: octubre de 2010.

Chertkow, H.; Massoud, F.; Nasreddine, Z.; Belleville, S.; Joanette, Y.; Bocti, C.; et. al. (2008): «Diagnosis and treatment of dementia: 3. mild cognitive impairment and cognitive impairment without dementia», en: *Canadian Medical Association Journal. 178 (10)*. Canadá.

Corrada, M.; Brookmeyer, R.; Berlau, D.; Paganini-Hill, A. y Kawas Ch. (2008): *Prevalence of dementia after age 90: results from the 90+ study*. Neurology.

Custodio, N.; García, A.; Montesinos, R.; Escobar, J. y Bendezú, L. (2008): «Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta», en : *Anales de la Facultad de Medicina, 69 (4)*. Perú : Facultad de Medicina.

Franco, Martín M. y Criado Del Valle, C. (coord.) (2002): *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (imserso).

Ferri, C.; Prince, M.; Brayne, C.; Brodaty, H.; Fratiglioni, L.; et. al. (2005): *Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study*. London: Section of Epidemiology, Institute of Psychiatry, King's College.

Franco, M. y Criado, C. (coord.) (2002): *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (imserso).

Huenchuan, S, (ed.) (2009): *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*. Santiago de Chile: cepal.

Instituto de Neurología (1992): «Estudio piloto de prevalencia de las principales enfermedades neurológicas en una población de Uruguay», en: *Revista Médica, Uruguay, Vol. 8, n.º 3*. Montevideo: Instituto de Neurología.

Jané-Llopis, E.; y Gabilondo, A. (eds.) (2008): *Mental Health in Older People. Consensus paper*. Luxembourg: European Communities.

Lorenzo Otero, J. y Fontán Scheitler, J. (2003): «Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve», en: *Revista Médica, Uruguay, Vol.: 19, n.º 1*. Montevideo: Instituto de Neurología.

Menéndez, M.; García, C., Antón, C., Calatayud, M. T.; et. al. (2005): «Pérdida de memoria como motivo de consulta», en: *Neurología: Publicación oficial de la Sociedad Española de Neurología*, Vol. 20, n.º 8. España: Sociedad Española de Neurología.

Organización Panamericana de la Salud (ops) (2001): *Encuesta Multicéntrica. Salud, Bienestar y envejecimiento (sabe) en América Latina y el Caribe*. Washington: ops.

onu (2002): «Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento», en: *Sesenta y más, n.º 2*. Madrid: imserso.

Paredes, M.; Ciarniello, M., y Brunet, N. (2010): *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto de Latinoamérica*. Montevideo: udelar/unfpa/lucida ediciones.

Pérez, R. (2009): *La dimensión psicológica de los recuerdos y los olvidos en mujeres mayores con quejas subjetivas de memoria. Un estudio desde la perspectiva de las participantes de un programa de salud*. Tesis de maestría. Montevideo: Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. Inédita.

— (2004): «El campo de la psicogerontología en Uruguay», en: *Revista de Psicogerontología Tiempo*. Disponible en: http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo15/. Fecha de consulta: setiembre de 2010.

Petersen, R. C.; Smith G. E.; Waring S. C., Ivnik R. J.; Kokmen E. y Tangelos, E. G. (1997): «Aging, memory and mild cognitive impairment», en: *Internacional Psychogeriatrics 9*. usa: Department of Neurology, Mayo Clinic.

Sánchez, L. M.; Rubano, M. C.; García J. D.; Cantero C. R.; Gárate, L. M. y Florentín B. R. (2007): «Factores de comportamiento y déficit sensoriales identificatorios como predictores de la demencia tipo Alzheimer», en *Revista de Neurología 44 (4)*. Disponible en: www.publicacions.ub.es/refs/Articles/predicalzheimer.pdf .

Scalco, M. Z. y Van Reekum, R. (2006): «Prevention of Alzheimer disease. Encouraging evidence», en: *Can Fam Physician, 52*.

Tárraga, L. (2000): «El Programa de Psicoestimulación Integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer», en: *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 35 (2)*. Madrid: Universidad Complutense.

Turró, O.; López, S.; Vilalta, J.; Turon, A.; Pericot, I.; Lozano, M.; et. al. (2010): Valor económico anual de la asistencia informal en la enfermedad de Alzheimer, en: *Revista de Neurología, 51 (4)*.

Vega, E.; González, J.; y Olivera, J. (2009): «Salud mental en los adultos mayores», en: *Salud mental en la comunidad*. Washington dc: ops.

Yanguas, J. J.; et. al. (2007): *Modelo de atención a las personas con Enfermedad de Alzheimer*. Madrid: imserso.

Zunzunegui, M. V.; Pinzón, S. A.; Béland, F.; Pantelides, E. A.; Albala, C.; y Prats, O. (2002): «Estado de salud, capacidad funcional y necesidades», en: Engler, T. y Peláez, M. (edits.), *Mas vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur*. Disponible en: www.iadb.org/document.cfm?id=1600266. Washington: bid. Fecha de consulta: octubre de 2010).

Los autores

Karina Batthyany

Magister en Desarrollo Regional y Local y doctora en Sociología. Actualmente se desempeña como profesora adjunta grado 3 de la Universidad de la República y como investigadora.

Fernando Berriel

Licenciado en Psicología y Magister en Psicología Social.
Es experto en Psicogerontología y Psicología Social. Profesor agregado de la Universidad de la República, ejerce la docencia y la investigación en el Servicio de Psicología de la Vejez de la Facultad de Psicología, en el Núcleo Interdisciplinario de Estudios de la Vejez y el Envejecimiento y en el Observatorio de Envejecimiento y Vejez. Dirige la Maestría en Psicología Social y es integrante de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la Universidad de la República de Uruguay.

María Carbajal

Licenciada en Psicología y especialista en políticas sociales. Actualmente se desempeña como asistente efectiva grado 2 del Servicio de Psicología de la Vejez de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República y como docente del programa psicosocial de Prevención de los Trastornos de Memoria. Es integrante del Observatorio de Envejecimiento y Vejez de la Universidad de la República, Uruguay.

Sergio Antonio Carlos

Doctor en Servicio Social. Actulamente se desempeña como profesor de los cursos de Psicología y Servicio Social del Instituto de Psicología de la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, y como editor de la revista Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento.

Maite Ciarniello

Licenciada en Sociología y diplomada en Desarrollo Regional y Local. Se desempeña como investigadora en el proyecto «Fortalecimiento del Observatorio de Vejez y Envejecimientoa» del Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria de UDELAR, y ha sido docente en el Seminario de Psicología de la Vejez, de la Facultad de Psicología (UDELAR).

Adriana Fassio

Licenciada en Sociología y posgraduada en Gerontología. Se desempeña como docente del Seminario Metodología de la investigación para el estudio de las organizaciones del Doctorado en Ciencias Económicas de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA. Es investigadora del Grupo SOAM de la UNMDP y codirectora del programa de investigación «Edaísmo, Sexismo y Cultura organizacional» del Centro de Estudios Organizacionales del Instituto de Investigaciones Administrativas de la Facultad de Ciencias Económicas de la UBA.

Sandra Huenchuan

Doctora en Estudios Latinoamericanos. Se ha desempeñado como consultora en distintos países de América Latina y como docente en temas de políticas públicas y envejecimiento en universidades chilenas y mexicanas. Es experta en temas de envejecimiento y vejez.
Actualmente trabaja en la División de Población de CELADE y en la Comisión Económica para América Latina (CEPAL)

Mónica Lladó

Licenciada en Psicología, especialista en Sociología del Trabajo y magister en Gerontología Social y en Antroplogía de la Cuenca del Plata. Actualmente se desempeña como docente en el curso de Actualización en Gerontología dictado en la Facultad de Psicología, y como docente efectiva del Servicio de Psicología de la Vejez de la Facultad de Psicología de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, Uruguay.

Paulina Osorio

Licenciada en Antropología Social y doctora en Sociología.
Actualmente se desempeña como profesora asociada en el Departamento de Antropología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

Mariana Paredes

Licenciada en Sociologia, magister en Geografía (opción Demografía) y doctora en Geografía humana (opción Demografía). Actualmente se desempeña como docente e investigadora de la Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Es integrante del Observatorio de Envejecimiento y Vejez de la Universidad de la República, Uruguay.

Ariel Miño Worobiej

Licenciado en Sociología y magister en Investigación para el Desarrollo. Actualmente se desempeña como director de la Dirección de Adultos Mayores de la Secretaría de Acción Social de la Presidencia de la República del Paraguay.