



Universidad Nacional del Sur

Tesis de Magister en Políticas y Estrategias

**ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y POLITICAS DE VEJEZ.
EL CASO ARGENTINO**

Tesista: Lic. Mabel Giménez

Bahía Blanca

Argentina

2012

Esta Tesis se presenta como parte de los requisitos para optar al grado Académico de Magister en Políticas y Estrategias de la Universidad Nacional del Sur y no ha sido presentada previamente para la obtención de otro título en esta Universidad u otra. La misma contiene los resultados obtenidos en investigaciones llevadas a cabo en el ámbito del Departamento de Economía durante el período comprendido entre los años 2010 y 2011, bajo la dirección del Lic. Ricardo Gutierrez, Profesor Titular Ordinario de Política Económica.

Lic. Mabel Giménez

Departamento de Economía

Universidad Nacional del Sur



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR
Secretaría General de Posgrado y Educación Continua

La presente tesis ha sido aprobada el/...../....., mereciendo la calificación de (.....)

A mis queridos padres

Deseo agradecer a todas y cada una de las personas que de una u otra forma han hecho posible la concreción de este proyecto personal.

De manera muy especial:

A mi director de tesis Lic. Ricardo Gutiérrez, por su dedicación, valiosos comentarios y atinadas correcciones que enriquecieron este documento.

A mis hijas del corazón, a mis hermanas de la vida, a mis amigas y compañeros de trabajo por su cariño, comprensión y afectuoso apoyo.

A mis alumnos jóvenes y adultos mayores, por permitirme compartir con ellos la gratificante experiencia de enseñar y aprender.

A todos los maestros, profesores y personal no docente de la Universidad Nacional del Sur que desde mis cinco años de vida colaboran en mi formación científica y personal a través de sus conocimientos, experiencias y calidez humana.

¡Muchas Gracias!

RESUMEN

El envejecimiento será el rasgo característico del paisaje demográfico mundial del s. XXI, y afectará profundamente los distintos aspectos de la vida humana, tanto individual, comunitaria, nacional e internacional. Constituye un fenómeno inédito en la historia de la humanidad y como consecuencia de transformaciones culturales, sociales, políticas y económicas que inciden en la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad.

La relevancia del tema a nivel global llevó a Naciones Unidas a convocar a dos Asambleas, la primera en Viena en el año 1982 y la segunda en Madrid en el año 2002. Durante ésta se redactaron dos documentos oficiales: la Declaración Política, donde se estableció el compromiso de los Gobiernos para responder a los desafíos que plantea el fenómeno a las formas de organización social, económica y cultural, y el Plan de Acción Internacional para el Envejecimiento (PAIME), instrumento programático que propone recomendaciones en tres áreas prioritarias: *las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, y la creación de un entorno propicio y favorable a las personas de edad*. Durante la Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento que se celebró en Santiago de Chile en 2003 los países de América Latina y el Caribe acordaron la Estrategia Regional para la implementación del PAIME.

En la Argentina el envejecimiento demográfico es una tendencia que se observa desde la década del setenta. Según el Censo Nacional de Población de 2010 el porcentaje de población de 60 años o más era de 13,4%; de acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) integra junto a Cuba y Uruguay el grupo de países de envejecimiento avanzado de la región.

La investigación tiene como objetivos: i) estudiar el envejecimiento poblacional argentino en el marco del proceso de transición demográfica mundial; ii) analizar el perfil socio-demográfico y la situación de salud de la población adulta mayor de la Argentina; iii) caracterizar el andamiaje institucional nacional desplegado para el tratamiento del tema; iv) describir las formas en que las políticas públicas nacionales se encaminan para dar cumplimiento de las directrices y lineamientos internacionales en materia de envejecimiento poblacional y vejez.

De la investigación se concluye que la Argentina está registrando avances en relación a la atención de las demandas por protección y seguridad de la población adulta mayor; sin embargo, dado que el envejecimiento demográfico es un fenómeno dinámico que está en continuo desarrollo, el Estado deberá llevar a cabo múltiples acciones para disponer de

nuevas estructuras, incrementar capacidades y reasignar recursos que permitan enfrentar exitosamente los desafíos que el mismo impone.

ABSTRACT

Population ageing will be the main characteristic of the world's demographic interest in the twenty-first century, affecting radically different aspects of life, from an individual point of view as well as from a communitarian, national and international one. This is an entirely new phenomenon in the history of humanity and is the direct consequence of cultural, social, political and economical transformations that have reduced the fecundity and mortality rates.

The United Nations summoned two Assemblies to discuss this relevant global matter, the first one in Vienna (1982) and the second in Madrid (2002). Second World Assembly on Ageing adopted two key documents: a Political Declaration and the Madrid International Plan of Action on Ageing, a document that proposes recommendations in order of priority in three directions: elder population and development, advancing health and well-being into old age and ensuring enabling and supportive environments. The Latin American and Caribbean countries agreed to a Regional Strategy for the Madrid Plan of Action implementation during the Intergovernmental Conference on Ageing that took place in Santiago de Chile (2003).

In Argentina, population ageing is a tendency observed since 1970. The 2010 National Census showed that the proportion of people aged 60 or over was of 13,4%; Argentina being one of the countries with the greatest rate of elderly people in the region according to the Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC).

This paper has the following objectives: 1) study the Argentina population ageing in the process of the worldwide demographic transition; 2) analyze the social and demographic profile and the health situation of the ageing population in Argentina; 3) characterize the national institutional structure developed to face the problem; 4) describe the steps followed by the national public policies to fulfil international aims about population aging and elder people.

The analysis shows that Argentina is improving its attention to the demands for protection and security of the ageing population; but considering that demographic ageing is a dynamic phenomenon in a continuous development, the State will have to dispose of new structures, increase capacities and redistribute resources to face the new challenges successfully.

INDICE

Introducción	15
Primera Parte: Envejecimiento poblacional	25
Capítulo 1: Marco conceptual	26
Envejecimiento y vejez	26
Vejez	26
Envejecimiento poblacional	28
Fecundidad	28
Mortalidad	29
Migración	30
La transición demográfica	30
Envejecimiento y género	31
Calidad de vida en la vejez	32
Envejecimiento activo	34
Dependencia y discapacidad de las personas adultas mayores	35
Fragilidad en el adulto mayor	36
Vulnerabilidad en las personas adultas mayores	38
Capítulo 2: Envejecimiento poblacional, tendencias demográficas.	
Principales efectos y oportunidades	41
Tendencias demográficas	41
Envejecimiento mundial	41
Envejecimiento en América Latina y el Caribe	44
Principales efectos del envejecimiento poblacional	48
Sistema de jubilaciones y pensiones	48
Sistema de salud	51
Sistemas de cuidados	55
Entorno vital	57
Entornos físicos: ciudades amigables con los adultos mayores	58
Pautas de consumo y ahorro	59
Oportunidades del envejecimiento poblacional: el bono demográfico	60

Capítulo 3: El envejecimiento poblacional en la agenda internacional	61
Resoluciones y principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad	61
Día Internacional de las Personas de Edad	61
Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad	62
1999. Año Internacional de las Personas de Edad: " <i>Hacia una sociedad para todas las edades</i> "	64
Asambleas Internacionales sobre Envejecimiento	65
Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Viena (Austria, 1982)	65
Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, Madrid (España, 2002)	65
Plan de Acción Internacional de Madrid en los países de América Latina y el Caribe. Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento	68
Las Personas de edad y el desarrollo	69
El fomento de la salud y el bienestar en la vejez	70
Envejecimiento y entornos favorables	71
Seguimiento del Plan de Acción de la Segunda Asamblea sobre el Envejecimiento	72
Naciones Unidas	72
América Latina y el Caribe	74
Los Derechos Humanos de las personas adultas mayores en el marco jurídico internacional	75
Derechos de las personas mayores en los instrumentos de las Naciones Unidas	76
Declaraciones y tratados	76
Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)	76
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)	77
Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) (1999)	77
Organización Internacional del Trabajo, recomendaciones sobre los trabajadores de edad	79
Derechos de las personas mayores en los instrumentos de la Organización de Estados Americanos (OEA)	81
Convención Americana sobre Derechos Humanos.	
Pacto de San José de Costa Rica, 1969	81
Protocolo adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador (1999)	81

Resolución de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) a favor de los adultos mayores (2002)	82
Planes de acción de otras conferencias mundiales	83
Plan de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, El Cairo (Egipto, 1994)	83
Plataforma de Acción de Beijing, aprobada en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995)	84
Naciones Unidas: grupo de trabajo para la promoción y protección de los Derechos Humanos de las personas de edad	84
 Parte II: La Argentina. Situación demográfica y condiciones de vida de la población adulta mayor. Marco normativo, institucional y programático a favor de las personas de edad	 85
Capítulo 4: Perfil demográfico	86
Tamaño de la población	86
Evolución de algunos indicadores demográficos 1869-2010	87
Población adulta mayor (PAM)	88
Distribución geográfica de la población adulta mayor	89
Situación conyugal	90
Tipo de hogar	92
Indicadores de envejecimiento demográfico	93
Proporción de población adulta mayor en relación a la población total	93
Índice de envejecimiento de la población (IEP)	94
Feminización de la población adulta mayor	95
Dependencia	95
Índice de dependencia	95
Índice de dependencia potencial de padres	96
Principales características de la población adulta mayor según la información censal (CNPHyV, 2010 Y 2001)	97
Factores de vulnerabilidad	98
Estimaciones y proyecciones demográficas de CEPAL para la Argentina	99
Población adulta mayor	99
Indicadores de crecimiento demográfico	99
Esperanza de vida al nacer y a los 60 años	101
Indicadores de estructura de población	101

Capítulo 5: La Argentina: situación socio-económica y de salud de las personas adultas mayores en el marco de las orientaciones prioritarias del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (PAIME)	103
Las personas mayores y el desarrollo	103
Seguridad previsional	104
Jubilaciones y pensiones	104
Pensiones no contributivas	107
Actividad laboral	108
Estructura ocupacional	108
Fuentes de ingresos	108
Situación patrimonial de los adultos mayores	109
Pobreza y vejez	110
Método directo. Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)	111
Método indirecto o de ingresos	112
Educación y vejez	114
Principales factores de vulnerabilidad en la dimensión “Personas de edad y el desarrollo”	115
Salud y bienestar en la vejez	116
Cobertura de salud	116
Situación de salud de la población adulta mayor	117
Principales enfermedades	117
Principales causas de muerte	117
Encuesta nacional de factores de riesgo	119
Indicadores de calidad de vida	119
Dolor y malestar	121
Factores de riesgo	122
Capacidad funcional	125
Años de vida saludable	126
Entorno propicio y favorable	128
Entornos físicos	128
Vivienda	128
Barreras urbanas	129
Entornos sociales	130
Abuso y maltrato	130
Participación ciudadana	132

Capítulo 6: La Argentina: marco normativo e institucional a favor de las personas adultas mayores	134
Normatividad nacional	134
Constitución de la Nación Argentina	134
Constituciones provinciales	135
Derechos Humanos	136
Leyes Nacionales que reconocen derechos específicos de los adultos mayores	137
Seguridad económica	137
Seguridad alimentaria	140
Salud	141
Entornos	141
Institucionalidad a nivel nacional	144
Ministerio de Desarrollo Social de la Nación	144
Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM)	144
Comisión Nacional de Pensiones (CNP)	146
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación	146
Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES)	147
Ministerio de Salud de la Nación	148
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP)	148
Capítulo 7: Políticas de Vejez en la Argentina	151
Marco conceptual	151
Seguridad social y estado	151
Antecedentes	151
La seguridad social desde el siglo XX	152
Seguros para la vejez	155
Políticas de vejez	156
Políticas de vejez en el orden nacional	161
Prestaciones sociales y programas nacionales a favor de la vejez según organismo y orientación	162
Ministerio de Desarrollo Social de la Nación – DINAPAM	163
Prestaciones sociales	163
Programas	163
Ministerio de Salud de la Nación	167
Programas y planes	167

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación – ANSES	172
Programas	172
Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados	174
Principales servicios	174
Prestaciones sanitarias	175
Prestaciones sociales	175
Programas	177
Otros servicios	181
Oferta programática nacional según las orientaciones prioritarias del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (PAIME) y según orientación	182
 Capítulo 8: La Argentina: cumplimiento de los compromisos derivados del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento y de la Estrategia Regional para América Latina	 185
Mecanismos de aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento	185
Capacidad nacional	186
Infraestructura institucional	187
Recursos humanos	187
Movilización de recursos financieros	188
Recolección y análisis de datos	188
Proceso normativo y criterio de integración	188
Mecanismos participativos en el diseño, formulación, implementación y evaluación de leyes, política y programas sobre envejecimiento	189
Cumplimiento de la Argentina de los compromisos derivados del Plan de Madrid y de la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe	190
Primera parte	190
Análisis de la capacidad nacional	190
Infraestructura institucional	190
Recursos humanos	191
Recursos financieros	191
Recolección y análisis de datos	191
Proceso normativo y criterio de integración	192
Mecanismos de participación	192
Segunda parte	193

Las personas de edad y el desarrollo	193
Seguridad previsional	193
Condición laboral	194
Situación de pobreza	194
Salud y bienestar en la vejez	194
Entorno propicio y favorable para las personas mayores	196
Capítulo 9: Algunas recomendaciones de políticas de vejez para la Argentina	198
Recomendaciones referidas al proceso de creación y fortalecimiento de la capacidad argentina para diseñar e implementar políticas de vejez	199
Marco institucional	199
Marco jurídico	199
Marco programático	200
Participación ciudadana	201
Investigación, recolección y análisis de datos	201
Recomendaciones referidas a las orientaciones prioritarias del plan de Madrid y de la Estrategia Regional sobre el Envejecimiento	202
Las personas de edad y el desarrollo	202
El fomento de la salud y el bienestar en la vejez	203
La creación de un entorno propicio y favorable	204
Conclusiones	206
Bibliografía	216

INTRODUCCION

El envejecimiento de la población es un fenómeno inédito en la historia de la humanidad. Constituye uno de sus principales triunfos y, a la vez, de sus más importantes desafíos, pues impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países durante el s. XXI. Al mismo tiempo, las personas de edad¹ tienen valiosos recursos para ofrecer -frecuentemente ignorados- que significan una importante contribución para el desarrollo de sus comunidades.

Durante el s. XX se produjo una revolución en la longevidad; desde 1950 al 2000 la esperanza de vida al nacer aumentó 20 años, de los 45 a los 65 años; se prevé que para 2050 aumentará 10 años más. Este triunfo demográfico significará que el número de personas de 60 años o más que en el año 2000 era de 600 millones alcance los 2000 millones en 2050: una de cada cinco personas que viva en este planeta será adulta mayor. El grupo de 80 años o más es el que crece más rápido dentro de la población de edad; en el año 2000 su número era de 70 millones, se estima que para el 2050 esa cifra aumentará 50 veces: estamos en presencia de un “envejecimiento de la vejez”. (Naciones Unidas, 2002, pp. 5, 6).

Además del incremento del peso relativo de las personas de 60 años o más en la población total y el aumento de la longevidad, este fenómeno demográfico tiene otra característica: la cantidad de mujeres de edad supera a la de los hombres, lo que se conoce como la “feminización de la vejez”.

Pueden señalarse tres expresiones diferentes del envejecimiento: el demográfico, el doméstico y el individual; las tres están relacionadas entre sí y ocurren de manera concomitante. (CEPAL, 2008a).

El *envejecimiento poblacional* es consecuencia de transformaciones culturales, sociales, políticas y económicas que han incidido en la disminución de las tasas de natalidad y fecundidad. Simultáneamente, las sociedades modernas lograron aumentar las expectativas de vida de la población debido a la reducción de las tasas de mortalidad resultante fundamentalmente de los avances científicos y tecnológicos y de la aplicación de políticas públicas en materia de salud y otras tendientes a aumentar el bienestar de la población.

¹ La I Asamblea Mundial sobre Envejecimiento desarrollada en Viena en 1982 considera adultos mayores o personas de la tercera edad a quienes tienen 60 años o más. CEPAL se refiere a este grupo etario como personas de edad, personas mayores o personas adultas mayores. A lo largo del trabajo se utilizarán estos términos como sinónimos. Las estadísticas del INDEC de la Argentina considera como piso de edad, para este grupo poblacional los 65 años.

El *envejecimiento doméstico* es el aumento de la proporción de personas mayores en los hogares. Además de los determinantes demográficos, en este caso actúan de manera directa otros de tipo sociocultural, en particular, el patrón de coresidencia familiar².

El *envejecimiento individual* es el incremento de la edad cronológica de las personas; aunque su factor impulsor es el aumento de la esperanza de vida, sus expresiones culturales y consecuencias psicosociales están en función del contexto sociocultural y de las características de las personas. En efecto, la vejez de una persona alude a una realidad multifacética atravesada no sólo por el paso de los años sino también por factores fisiológicos, sociales y culturales; por ese motivo, resulta relevante diferenciar entre los aspectos cronológicos de la definición de la vejez y su construcción social.

La definición cronológica de la vejez es un asunto sociocultural: cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera vieja; sin embargo, la frontera entre la adultez y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica. Según el criterio cronológico establecido por varios Organismos Internacionales y la mayoría de los países de la región (América Latina y el Caribe) en sus respectivas legislaciones, la vejez comienza a los 60 años. Muchos autores dividen el período en dos tramos: el primero desde los 60 años hasta los 74 años (viejos-jóvenes) y el segundo de los 75 años en adelante (viejos-viejos). La Sociedad de Geriatria y Gerontología de México considera como vejez el segmento que va de los 60 años a los 69 años; a partir de los 80 años comienza la ancianidad. Estas definiciones tienen implícita una distinción respecto al grado de autonomía de las personas; a pesar de recibir muchas críticas por parte de especialistas en el tema se reconoce su utilidad desde el punto de vista operativo, siendo usadas frecuentemente por los servicios médicos y sociales.

Existe consenso respecto de que el proceso de envejecimiento no es igual para todas las personas que lo transitan; la salud, la situación económica, familiar y social y sus implicancias en la calidad de vida de los adultos mayores son diferentes según el nivel socioeconómico y educativo, género, etnia, tipo de inserción laboral en el período de vida activa, lugar de residencia, etc. (Oddone y Salvarezza, 2001; Aranibar, 2001). Por tal motivo, puede afirmarse que no existe una vejez unívoca sino distintos tipos de “vejeces”, lo que permite hablar de “envejecimiento diferencial”. (CIPPEC, 2011).

Si bien la edad parece ser el mejor criterio para delimitar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso siempre supondrá alguna arbitrariedad. Como se señaló, en general la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad, o sea, la *edad social*.

² De las tres dimensiones del envejecimiento el doméstico es el menos estudiado y tampoco será analizado en esta investigación.

A partir de la definición de la *edad social* emergen una serie de estereotipos y preconcepciones asociados a la vejez, que frecuentemente resaltan aspectos negativos de esta etapa y se encuentran asociados a carencias de todo tipo, tanto económicas como físicas y sociales. Esta valoración desfavorable que socialmente se ha ido construyendo sobre esta etapa de la vida -que Salvarezza (2002) denomina “viejismo”- queda reflejada en la naturaleza esencialmente asistencialista del abordaje que hacen las leyes, políticas, planes y programas dirigidos a las personas de edad.

En los últimos años, los Organismos Internacionales recomiendan la aplicación del *enfoque de derechos humanos* a las políticas de vejez, promoviendo el empoderamiento de los adultos mayores y una sociedad integrada en términos de la edad. Esta perspectiva entronca directamente en el paradigma de *calidad de vida* en la vejez.

La *calidad de vida* es un macroconcepto multidimensional en el que se integran distintos aspectos cuyo peso o importancia varía en función de una serie de parámetros personales (como la edad o el género) y sociales (como las condiciones socio-económicas o educativas). Además, es un concepto de gran relevancia, fundamentalmente desde el punto de vista social, pues se lo utilizó como el objetivo por excelencia del Estado de Bienestar y, más aún, de las políticas socio-económicas de todo Estado moderno y democrático, cualquiera sea su signo político. (Fernández-Ballesteros, 1997). En tal sentido, el incremento de la *calidad de vida* de la población latinoamericana en general y de los adultos mayores en particular, es un tema recurrente en los objetivos de planes, programas y políticas de los diversos Gobiernos³.

Los adultos mayores constituyen uno de los colectivos humanos denominados *grupos vulnerables* por estar más expuestos que otros grupos etarios a enfermedades a causa de su declive fisiológico, a la pobreza por la disminución de sus ingresos al jubilarse o por dificultad de permanecer en el mercado de trabajo, y a la marginación social debido al debilitamiento de su red de relaciones y a los preconcepciones que la sociedad tiene sobre esta etapa de la vida. (Aranibar, *op.cit.*).

La *vulnerabilidad* en las personas mayores se refiere a un conjunto de ámbitos en los cuales -por diversos motivos- ven disminuidas sus posibilidades de movilizar recursos para lograr bienestar. Entre los diversos *factores de vulnerabilidad* pueden citarse: vivir solo en hogares unipersonales, convivencia exclusiva de adultos mayores, adulto mayor muy anciano jefe de hogar, bajo nivel educativo, pobreza, privación material de los hogares (patrimonial y económica), ausencia de cobertura previsional o en salud, precariedad habitacional, patologías invalidantes, dependencia funcional, etc.

³ Por ese motivo, Organismos Internacionales como la OMS, la OPS, la CEPAL y el CELADE -entre otros- han realizado diversas investigaciones a los efectos de lograr una adecuada conceptualización teórica de la “calidad de vida” en la vejez.

Frente a los riesgos sociales masivos -vinculados en su mayoría con el ciclo de la vida, el ciclo económico, catástrofes y la postergación o exclusión socioeconómica permanente- surge históricamente la *protección social* cuyo objetivo es brindar apoyo a las personas para enfrentarlos. Pueden señalarse al menos tres instituciones que se encargan de brindar protección social: el Estado, el Mercado y la Familia. También es relevante el rol de la sociedad civil: vecinos, gremios, sindicatos, etc.

El Estado provee *protección social* a través de políticas e instituciones públicas -en particular el sistema de seguridad social y el sistema público de salud-, programas de pensiones no contributivas para sectores carenciados, políticas familiares -entendidas como los recursos y servicios que proporciona a las familias para mejorar el desempeño de sus funciones-, programas de transferencias a determinados grupos de la población -por ejemplo pobres, madres, discapacitados, desempleados, adultos mayores- y seguros específicos subsidiados total o parcialmente como por ejemplo seguros de desempleo y de pérdidas agrícolas. (CEPAL, 2008a, *op.cit.* p.21).

Las *políticas públicas* ocupan un espacio importante en la compleja articulación entre la sociedad civil y el Estado; son formuladas por éste con el propósito de impactar en el ámbito social. Las acciones y recursos necesarios para la implementación de las políticas y programas gubernamentales están a cargo de la Administración Pública.

Las *políticas sociales* pueden ser definidas como el conjunto de medidas que el Estado pone en práctica con el fin de estructurar la sociedad en forma más justa, mediante la creación y desarrollo de servicios sociales no inmediatamente rentables (educación, salud, vivienda, seguridad social, atención a grupos especiales, etc.) y también a través de disposiciones que tienden a aliviar o mejorar la situación social de los económicamente débiles y jurídicamente desprotegidos. El alcance de la expresión, en cuanto al contenido y práctica, está estrechamente relacionado a los conceptos de Bienestar Social, Desarrollo Social y últimamente la política social se vincula también a todo lo concerniente con la Calidad de Vida. (Ander Egg, 1990). Dentro de las políticas sociales se incluyen las *políticas de vejez* que pueden definirse como “aquellas acciones organizadas por el Estado para hacer frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento de la población y de los individuos”. (Huenchuan, S., 1999).

La concepción que el Gobierno tenga sobre la vejez y la consecuente identificación de problemas a tratar guiarán las políticas dirigidas a este grupo etario. En este sentido, no resulta indiferente definir el objeto de las políticas de vejez como un asunto de derechos humanos que como un problema de asistencialidad, como tampoco lo serán los instrumentos prácticos que la política seleccione para su concreción. Si la percepción predominante de la vejez es la de una etapa del ser humano caracterizada por carencias, la intervención pública se definirá a partir de lo que las personas de edad no poseen en comparación con otros

grupos poblacionales y los instrumentos de política serán paliativos para superar estas pérdidas o carencias. En el *enfoque de derechos humanos* las personas adultas mayores pasan de ser objetos de protección a sujetos de derecho, reconociéndose como poseedoras y constructoras de derechos individuales y colectivos. Las *políticas públicas* deben promover la construcción de ciudadanía en la vejez y garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos en ambas dimensiones (individuales y grupales).

Respecto al paisaje demográfico del s. XXI, el envejecimiento será, sin duda, su rasgo característico, afectará profundamente los distintos aspectos de la vida humana, tanto individual, comunitaria, nacional e internacional. Todas las facetas de la humanidad -psicológicas, espirituales, sociales, económicas, políticas, culturales, etc.- experimentarán una transformación. En lo económico, impactará sobre la distribución de ingresos, demandando un replanteo de la asignación de los recursos tanto inter como intra generacional. Incidirá en el crecimiento de la economía, en el consumo, el ahorro, la inversión, los mercados de trabajo y de bienes y servicios, las jubilaciones y pensiones, la tributación, las transferencias intergeneracionales de ingresos, etc. En lo social, afectará los sistemas de salud y de cuidados, la composición de la familia, las condiciones de vida, la vivienda, las migraciones, etc. En lo político influirá en los patrones de voto y la representación.

Todos los países de América Latina y el Caribe transitan, con distintos ritmos, hacia sociedades más envejecidas: La CEPAL estima que para el año 2050 el peso relativo de las personas adultas mayores será mayor al de la población joven.

El proceso de envejecimiento de la Región presenta tres características importantes: es un proceso generalizado, es más veloz que el registrado en los países desarrollados y ocurre en contextos socioeconómicos frágiles, con altos niveles de pobreza y de desigualdades socioeconómicas.

Según ese Organismo (La CEPAL), la Argentina integra el grupo de países de envejecimiento avanzado, junto a Cuba y Uruguay, con más del 10% de población de sesenta años o más; en efecto, en el 2010 ese porcentaje era de 13,4%. (INDEC, 2010).

Al igual que en los demás países de la Región, la transición demográfica de nuestro país se presenta en un contexto caracterizado por una alta participación laboral en el mercado informal, una importante incidencia de la pobreza y una persistente inequidad social, entre otros importantes problemas estructurales sin resolver. Esta situación afecta en mayor medida a los grupos de población más vulnerables entre los que se encuentran los adultos mayores.

La relevancia del tema a nivel mundial llevó a las Naciones Unidas a convocar a dos Asambleas sobre Envejecimiento Poblacional; la primera en Viena en el año 1982, la segunda en Madrid en el 2002.

En 1999 se celebró el Año Internacional de las Personas de Edad bajo el lema “*Una Sociedad para Todas las Edades*” con el objeto de concientizar y sensibilizar a la comunidad internacional sobre la cuestión del envejecimiento y sus desafíos, como así también las oportunidades de una sociedad que envejece.

En la Segunda Asamblea General sobre Envejecimiento desarrollada en Madrid (2002) se adoptaron dos documentos oficiales: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid para el Envejecimiento (PAIME). En el primero se establecen los compromisos de los gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural; el segundo constituye un instrumento programático en el cual se proponen recomendaciones en tres áreas prioritarias: *las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable a las personas de edad.*

Durante la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento celebrada en Santiago de Chile en noviembre de 2003, los países de la región acordaron la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del PAIME. En la misma se plantean metas, objetivos y recomendaciones para la acción a favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias acordadas en Madrid; constituye un marco de referencia que los países deben adaptar a sus realidades nacionales con el fin de responder eficazmente a las necesidades e intereses de las personas mayores.

En el año 2003 el Secretario General de las Naciones Unidas durante la Asamblea General dedicada al Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento presentó una guía general para la ejecución del PAIME. En la misma se identifica dos facetas esenciales del proceso de aplicación a nivel de país: el *fomento de la capacidad nacional* y la *integración de la perspectiva de envejecimiento en los programas nacionales de desarrollo.* (Naciones Unidas, 2003, p. 5).

Con respecto al examen y evaluación a nivel mundial del grado de cumplimiento del PAIME por parte de cada país y región, las Naciones Unidas estableció que se realice cada cinco años y “se llevará a cabo aplicando en general un criterio que facilite la *participación* de los más directamente interesados basado en las opiniones de las personas de edad”⁴ complementándose con métodos más tradicionales para reunir y analizar la información. (Naciones Unidas, 2006, p.6).

Es necesario destacar que la Argentina está registrando avances en relación a la atención de las demandas por protección y seguridad de las personas de edad; sin embargo, hay que

⁴ Para ayudar a los gobiernos a organizar y realizar sus actividades de examen y evaluación, la Secretaría de las Naciones Unidas ha elaborado la publicación titulada *Guidelines for Review and Appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing: Bottom-up Participatory Approach* (Directrices para el examen y la evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento: aplicación de un criterio que facilite la participación de los más directamente interesados)

tener en cuenta que el envejecimiento poblacional es un fenómeno dinámico que está en continuo desarrollo, lo que obligará al Estado a llevar a cabo múltiples acciones para disponer de nuevas estructuras, incrementar capacidades y reasignar recursos que posibiliten enfrentar exitosamente los desafíos que impone. Posiblemente, estas características de la problemática demográfica, junto al hecho de ser un tema relativamente nuevo en la agenda pública, imposibilita tener información cuantitativa sobre el accionar del gobierno.

En el contexto de esa dinámica, esta tesis -que aborda el estado de la cuestión en la Argentina hacia el año 2011- se realizó para acceder al título de Magister en Políticas y Estrategias de la Universidad Nacional del Sur.

Los **objetivos** de esta investigación son:

- Estudiar el envejecimiento poblacional argentino en el marco del proceso de transición demográfica mundial;
- Analizar el perfil socio-demográfico y la situación de salud de la población adulta mayor de la Argentina y detectar los principales factores de vulnerabilidad;
- Caracterizar el andamiaje institucional nacional desplegado para el tratamiento del tema: organismos, leyes y política pública nacional orientada a ese grupo etario;
- Describir las formas en que las políticas públicas nacionales se encaminan para dar cumplimiento de las directrices y lineamientos internacionales en materia de envejecimiento poblacional y vejez.

En la investigación se supone que la Argentina transita la etapa de *envejecimiento poblacional avanzado*, con una población adulta mayor *vulnerable*. Si bien se exhiben avances en relación a las recomendaciones del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento y de la Estrategia Regional, queda mucho por hacer tanto respecto a las *tres dimensiones* consideradas por ambos instrumentos internacionales como en términos de la *capacidad nacional* y la *integración* de la perspectiva de envejecimiento en los programas nacionales de desarrollo; también en relación a la aplicación de *mecanismos participativos* en el diseño, formulación, implementación y evaluación de leyes, políticas y programas sobre envejecimiento.

Metodológicamente se aborda el tema del envejecimiento poblacional y la vejez a partir de tres ejes⁵:

⁵ Durante el proceso de investigación se entrevistaron a expertos, funcionarios y otros actores relevantes en la temática; los conceptos por ellos vertidos fueron de gran utilidad para contrastar algunas ideas y resultados, enriqueciendo los contenidos del presente trabajo.

- Estudio del proceso de envejecimiento poblacional mundial, regional y nacional, como también sus principales efectos, esencialmente en base a estadísticas nacionales, internacionales, documentos de organismos internacionales (Naciones Unidas, CEPAL-CELADE, OMS, OPS, OIT, etc.) y publicaciones de doctrina.
- Diagnóstico de la situación de la población adulta mayor de la Argentina según variables socio-demográficas y de salud tomando como fuente de información principalmente las estadísticas del Instituto Nacional de Estadística y Censos (Censos Nacionales de Población, Hogares y Vivienda, Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo y Encuesta Permanente de Hogares) y de otros organismos nacionales como los Ministerios de Salud y de Trabajo.
- Análisis del andamiaje institucional desplegado para el tratamiento del tema. A nivel internacional resoluciones, principios, Asambleas convocadas por las Naciones Unidas, Conferencias Regionales, etc. A nivel doméstico⁶, marcos jurídico-normativo e institucional (organismos, políticas, programas y acciones) dirigidos a la población adulta mayor. Ambos marcos se analizan *cualitativamente* con base a los planteamientos teóricos-conceptuales y metodológicos establecidos por las Naciones Unidas y la CEPAL en materia de atención de las personas de edad a efectos de determinar el avance en el cumplimiento de los compromisos asumidos internacionalmente sobre el tema por parte de la Argentina.

La tesis está presentada en nueve capítulos; para lograr una mejor comprensión de la temática se divide en dos partes.

La Primera Parte, que incluye los tres primeros capítulos, presenta el marco conceptual, las tendencias demográficas, los principales efectos y el tratamiento del envejecimiento poblacional y la vejez en la agenda y la legislación internacional. La Segunda Parte desarrolla la situación demográfica y condiciones de vida de la población adulta mayor en la Argentina y el marco normativo, institucional y programático nacional dirigido a las personas de edad.

El Capítulo 1 desarrolla una aproximación conceptual a la temática, estableciendo definiciones de utilidad para su comprensión que incluye: envejecimiento y vejez; calidad de vida en la vejez; envejecimiento activo; dependencia y discapacidad de las personas adultas mayores; fragilidad en el adulto mayor y vulnerabilidad en las personas mayores.

El Capítulo 2 analiza las tendencias demográficas a nivel mundial y regional y los efectos del envejecimiento poblacional sobre el sistema de jubilaciones y pensiones, el sistema de

⁶ El ámbito de referencia es fundamentalmente el orden nacional.

salud, los sistemas de cuidados, el entorno vital, los entornos físicos y las pautas de consumo y ahorro⁷. También recoge las oportunidades del mismo en términos del bono demográfico.

El Capítulo 3 presenta el envejecimiento poblacional en la agenda internacional. Se detallan las resoluciones y los principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, las Asambleas Internacionales sobre Envejecimiento, el seguimiento del Plan de Acción de Madrid sobre Envejecimiento (PAIME), los derechos humanos de las personas adultas mayores en el marco jurídico internacional, los Planes de Acción de Conferencias Internacionales y la creación de Grupo de Trabajo para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos de las Personas de Edad en el seno de las Naciones Unidas, iniciativa impulsada por América Latina con el liderazgo del MERCOSUR.

El Capítulo 4 estudia el perfil demográfico del país, utilizando como fuente de información los Censos Nacionales de Población y Vivienda y las estimaciones y proyecciones de la CEPAL. Se analiza el tamaño de la población, la evolución de algunos indicadores demográficos (1869-2001), las características de la población adulta mayor (distribución por edades y por género; distribución geográfica; situación conyugal y régimen de convivencia) fundamentalmente en base a la información del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. El capítulo se complementa con una síntesis de los principales factores de vulnerabilidad detectados y estimaciones y proyecciones demográficas de la CEPAL para la Argentina.

El Capítulo 5 analiza la situación de las personas mayores en el marco de las orientaciones prioritarias del PAIME y de la Estrategia Regional. Respecto a *Las Personas de Edad y el Desarrollo* se trata el tema de la seguridad previsional, la actividad laboral de las personas adultas mayores, la situación patrimonial, la pobreza y educación en la vejez. En relación a *Salud y Bienestar en la Vejez* se analiza la cobertura y la situación de salud de la población adulta mayor, principales enfermedades, principales causas de muerte, indicadores de calidad de vida en materia de salud, factores de riesgo, capacidad funcional y años de vida saludable, de acuerdo fundamentalmente a los resultados de la I y II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del Ministerio de Salud de la Nación. En cuanto a *Entorno Propicio y Favorable* se aborda los temas de vivienda y de las barreras urbanas en relación a los entornos físicos; el abuso y maltrato y la participación ciudadana dentro de los entornos sociales. Se adjuntan los principales factores de vulnerabilidad detectados respecto a las tres dimensiones.

El Capítulo 6 describe el marco normativo e institucional nacional a favor de las personas adultas mayores. Dentro del primero se hace referencia a la Constitución Nacional, las Constituciones Provinciales, los Derechos Humanos de las Personas de Edad en Tratados

⁷ Si bien el envejecimiento poblacional impacta sobre el sistema político y la representatividad, esta dimensión no se trata por exceder los objetivos de la investigación.

Internacionales con jerarquía constitucional y las leyes y decretos nacionales que reconocen derechos específicos de este grupo etario.

El Capítulo 7 expone el marco conceptual sobre *la seguridad social y el Estado* poniendo especial énfasis en las *políticas de vejez*. A continuación se presenta la oferta programática nacional dirigida a las personas mayores de acuerdo a la institución que tiene a su cargo el programa o plan, a las tres dimensiones recomendadas por los Organismos Internacionales y al enfoque que sigue en términos de “*carencias*” o “*derechos*”.

El Capítulo 8 investiga los avances en el cumplimiento de los compromisos derivados del PAIME y de la Estrategia Regional por parte de la Argentina. Para ello, en primer término se sintetiza el marco teórico-conceptual y metodológico establecido por las Naciones Unidas y la CEPAL respecto a la atención de las personas adultas mayores. A partir de allí, se analiza la capacidad nacional para aplicar el PAIME, si se ha logrado la integración de la perspectiva de envejecimiento en los programas nacionales de desarrollo y si se aplican mecanismos participativos en el diseño, formulación, implementación y evaluación de leyes, políticas y programas sobre envejecimiento. Por último, se analiza el cumplimiento de las recomendaciones internacionales respecto a las tres áreas prioritarias: *Las Personas de Edad y el Desarrollo, Salud y Bienestar en la Vejez y Entorno Propicio y Favorable*.

El capítulo 9 plantea algunas recomendaciones de políticas de vejez a nivel nacional para la Argentina que surgen de un ejercicio de estudio y análisis de las investigaciones presentadas en los capítulos 7 y 8, en el marco de la situación demográfica, condiciones de vida y marco normativo institucional a favor de la población adulta mayor nacional desarrollados en los capítulos 4, 5 y 6.

Por último se plasman las conclusiones.

PRIMERA PARTE

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

CAPÍTULO 1: MARCO CONCEPTUAL

**CAPÍTULO 2: ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL TENDENCIAS
DEMOGRÁFICAS, PRINCIPALES EFECTOS Y
OPORTUNIDADES**

**CAPÍTULO 3: EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LA
AGENDA INTERNACIONAL**

CAPÍTULO 1

MARCO CONCEPTUAL

En este capítulo se desarrollan constructos que atraviesan las dimensiones más importantes del actual paisaje poblacional. Los mismos se refieren, en primer lugar, a cuestiones relativas al envejecimiento y la vejez en tanto fenómenos anclados en el cambio demográfico; en segundo lugar, a diversos aspectos que permiten entender el impacto de ambos fenómenos en las personas y en la sociedad.

El objetivo fundamental es aportar nociones relevantes a la hora de analizar la intervención estatal en el tema. Cabe señalar que la concepción que el gobierno tenga sobre el proceso de envejecimiento poblacional y la vejez y la consecuente identificación de los problemas a tratar guiarán las políticas dirigidas a los adultos mayores.

ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

En las sociedades actuales hay dos hechos que llaman la atención: las personas viven en promedio más años que antes y, como consecuencia, el número de personas en edades avanzadas ha crecido significativamente. Estos dos aspectos constituyen conceptos diferentes aunque relacionados. El primero es la prolongación de la vida de los individuos; el segundo corresponde al envejecimiento de las poblaciones, que generalmente se expresa en un aumento en la proporción de personas mayores. Puede considerarse que vejez y envejecimiento son dos caras de una misma moneda que dan cuenta de un proceso gradual: el primero en los individuos y el segundo en los colectivos demográficos. Una persona envejece a medida que en su paso por las distintas etapas del ciclo de la vida gana en años; una población envejece cada vez que las cohortes de más edad aumentan su peso relativo dentro del conjunto. A pesar de sus diferencias específicas -el envejecimiento de una población puede revertirse si se modifican sus fuerzas causales (tendencias de la mortalidad, de la fecundidad y de la migración, según sea el caso) mientras que el proceso individual es irreversible- ambas expresiones del envejecimiento tienen un denominador común: la edad.

VEJEZ

La vejez alude a una realidad multifacética atravesada no solo por el paso de los años sino también por factores fisiológicos, sociales y culturales; por este motivo, resulta relevante

diferenciar entre los aspectos cronológicos de la definición de la vejez y su construcción social.

La definición cronológica de vejez es un asunto sociocultural. Cada sociedad establece el límite de edad a partir del cual una persona se considera vieja; sin embargo, la frontera entre la adultez y la vejez está muy relacionada con la edad fisiológica. Según el criterio cronológico establecido por varios Organismos Internacionales y la mayoría de los países de la región (América Latina y el Caribe) en sus respectivas legislaciones, la vejez comienza a los 60 años⁸.

Si bien la edad parece ser el mejor criterio para delimitar el envejecimiento, la determinación de un valor numérico preciso siempre supone alguna arbitrariedad.

En el s. XIII se era viejo a los 30 años, a principios del s. XIX a los 40; el umbral de la vejez se ha ido desplazando a lo largo de la historia: “Quienes escribieron sobre la vejez, empezando por Cicerón, rondaban los 60 (...) Hoy, en cambio, la vejez, no burocrática sino fisiológica, comienza cuando cada uno se aproxima a los 80 (...)” (Bobbio, 1993, p. 24).

Solari, A. (1987) sostiene que la edad de la vejez, autopercebida o socialmente asignada, ha venido aumentando. Además de los cambios a lo largo de la historia, la edad reconoce múltiples significados, muchos de los cuales aluden más a la calidad que a la cantidad de años vividos. Por supuesto existe una edad biológica mediatizada por factores ambientales y rasgos genéticos individuales, que regula los parámetros básicos de la vida; su incidencia se ve afectada, al menos parcialmente, por una edad psicológica o subjetiva, que remite a la capacidad de aceptarse a sí mismo y de ajustarse a sus entornos. También hay una edad social, que refleja los efectos de las normas que rigen los comportamientos de los individuos -la “edad burocrática” según Bobbio o la “asignada” de acuerdo a Solari- y de los factores estructurales referidos a sus posibilidades de inserción y participación social; los alcances de esta edad social dependen a su vez de la cultura dominante y de la posición socioeconómica de las personas. (Solari, A., en: CELADE, 2000).

Como afirma Salvarezza (1987), cada grupo cultural produce su propio tipo de envejecimiento, sus propios viejos y las cualidades que designan a este producto deben leerse en el momento socio-histórico-político de su producción. Precisamente, lo que dificulta la elección de la edad que con mayor propiedad marca el umbral del envejecimiento es el hecho de que las diversas nociones de la misma varían con distinto ritmo y temporalidad; esta dificultad se incrementa porque dichas variaciones difieren no solo entre sociedades y culturas, sino también entre los propios individuos.

En general, la edad establecida se correlaciona con la pérdida de ciertas capacidades instrumentales y funcionales para mantener la autonomía y la independencia, lo que si bien

⁸ El Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento de la División Población de las Naciones Unidas de 1982 y diversos estudios nacionales toman los 60 años como límite; la Organización Mundial de la Salud lo establece a partir de los 65 años.

es un asunto individual, tiene relación directa con las definiciones normativas que la cultura otorga a los cambios ocurridos en la corporalidad, o sea, la edad social.

En este contexto, la vejez puede ser tanto una etapa de pérdidas como de plenitud, dependiendo de la combinación de recursos y estructura de oportunidades individuales y generacionales a la que están expuestos los individuos en el transcurso de su vida, de acuerdo a su condición y posición en la sociedad. Esto remite a una conjugación de la edad con otras diferencias sociales -tales como género, clase social, etnia, etc.- que condicionan el acceso y disfrute de dichos recursos y oportunidades.

A partir de la definición de la edad social emergen una serie de estereotipos y preconcepciones asociados a la vejez, los que frecuentemente resaltan los aspectos negativos de esta etapa y están asociados a carencias de todo tipo, tanto económicas como físicas y sociales. Esta valoración desfavorable que socialmente se ha ido construyendo sobre esta etapa de la vida -que Salvarezza (1987) llama "vejismo"- queda reflejada en la naturaleza esencialmente asistencialista del abordaje que hacen las leyes, políticas, planes y programas dirigidos a las personas de edad. Por suerte, la aplicación del enfoque de derechos humanos a las políticas que está teniendo lugar en los últimos años implica un cambio de paradigma, promoviendo el empoderamiento de los adultos mayores y una sociedad integrada en términos de la edad. Las personas mayores pasan a ser sujetos de derecho, no solamente objetos de protección; esto significa que disfrutan de ciertas garantías, pero también tienen responsabilidades respecto a sí mismos, su familia y su sociedad, con su entorno familiar y con las futuras generaciones. Esta perspectiva entronca directamente en el paradigma de calidad de vida en la vejez. (CEPAL, 2006b, *op.cit.*).

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

La distribución por edades de la población mundial se ha ido modificando gradualmente en favor de las más avanzadas: la humanidad está envejeciendo.

El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico: fecundidad y mortalidad. Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades.

Desde el punto de vista demográfico el envejecimiento poblacional tiene dos aspectos: el primero se expresa como un incremento del peso relativo de las personas de sesenta años o más en la población total; el segundo, como un aumento de la longevidad.

FECUNDIDAD

Una de las transformaciones más significativas dentro del cambio demográfico ha sido el descenso sostenido de la fecundidad; esta profunda modificación de la conducta reproductiva

es consecuencia de múltiples y complejos cambios sociodemográficos y culturales. A medida que desciende la fecundidad tiene lugar un paulatino envejecimiento de la población, dado que ella es la principal fuerza remodeladora de la estructura etaria, y sus alteraciones provocan un impacto sobre el envejecimiento que es mayor y más directo que los cambios en la mortalidad. En efecto, al incorporarse un menor número de individuos al grupo etario de 0 a 4 años, el peso del resto de los grupos de edad aumenta, y, por lo tanto, la proporción de personas mayores tiende a incrementarse. En términos de la pirámide poblacional tiene lugar una contracción del escalón etario inferior. A medida que pasa el tiempo y persiste el descenso, se genera un envejecimiento por el centro: el peso de los grupos de las edades centrales es mayor y la pirámide tiende hacia una forma rectangular. Posteriormente, y en la medida en que su efecto se combine con el de la disminución de la mortalidad en las edades avanzadas, origina estructuras etarias con una cúspide amplia y una base estrecha. (Villa, M., Rivadeneira, L.; en: CELADE, 2000).

En general el efecto del descenso de la fecundidad es más importante que los cambios en la mortalidad pues ésta actúa directamente en las etapas más avanzadas del envejecimiento. (Chasnais, J.C., 1990).

MORTALIDAD

La disminución de la mortalidad es otro factor que influye en el envejecimiento de la población; sin embargo, actúa de manera distinta de la fecundidad dependiendo de la etapa transicional en que se encuentra el país.

Chesnais distingue tres fases durante el proceso de reducción de la mortalidad. La primera, se produce cuando la fecundidad se mantiene alta y la mortalidad, en especial la infantil, comienza a reducirse significativamente. Como consecuencia ocurre un crecimiento de la población en todas las edades, aunque proporcionalmente mayor en las edades tempranas. En términos de la pirámide de población, ésta “rejuvenece”.

La segunda etapa se caracteriza por un descenso más equilibrado de la mortalidad que afecta en forma similar a todos los grupos etarios cambiando la estructura de la población. Adquieren mayor peso relativo las edades jóvenes y adultas, que son fruto de cohortes numerosas que nacieron en el pasado y que ahora tienen una mayor probabilidad de sobrevivencia.

La tercera etapa comienza con la eliminación casi total de la mortalidad del grupo etario más joven y se observa una reducción de la mortalidad en las personas mayores de 50 años. El aumento de la probabilidad de sobrevivir después de los 60 años impulsa, de manera directa, el envejecimiento de la población. El incremento del promedio de vida genera un aumento sustancial del peso relativo de las personas mayores de 80 u 85 años, siendo las

edades a partir de las cuales se acelera el deterioro y pueden incrementarse las necesidades de apoyo médico, institucional y familiar. (Chesnais, *op.cit.*).

MIGRACIÓN

Los procesos migratorios pueden alterar las estructuras etarias, especialmente de aquellos territorios que cuentan con pequeñas magnitudes demográficas o si el proceso persiste por un largo período de tiempo. Dado que generalmente migran los adultos jóvenes, la migración tiende a envejecer las áreas de origen y -bajo algunas circunstancias como por ejemplo la radicación por un largo tiempo- rejuvenece a la población de destino.

LA TRANSICIÓN DEMOGRÁFICA

Junto a las transformaciones económicas y sociales que tuvieron lugar en Europa a partir del s. XVIII, ocurrieron importantes cambios en el comportamiento demográfico, caracterizados en una primera etapa por descensos de la mortalidad y luego en la fecundidad. En este sentido, el envejecimiento poblacional está marcado por la *transición demográfica* que puede ser definida como el pasaje de un régimen demográfico que parte de un equilibrio en el crecimiento de la población debido a una alta fecundidad que se compensa con una mortalidad elevada, hacia otro también en equilibrio pero con niveles de fecundidad y mortalidad muy bajos⁹.

Dentro de este proceso se distinguen cuatro etapas (CEPAL, 2004c):

- i) Transición incipiente: corresponde a la combinación de altas tasas de fecundidad y mortalidad, con crecimiento natural moderado -cerca a 2,5%- lo que origina una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia económica
- ii) Transición moderada: la estructura por edades sigue siendo joven, pero como consecuencia de la combinación de una alta fecundidad y una mortalidad moderada; el crecimiento natural es elevado -alrededor del 3%- como así también la relación de dependencia
- iii) Transición plena: la disminución de las tasas de fecundidad y mortalidad determina un crecimiento moderado -del orden del 2%- una estructura por edades relativamente joven y un descenso en la relación de dependencia.

⁹ El modelo de transición demográfica fue formulado en 1929 por Warren Thompson (EE.UU). El término Transición Demográfica fue acuñado por Adolphe Landry (Francia) en 1933. Frank Notestein, investigador de la Oficina de Investigación en Población de Princeton, formuló la Teoría de la Transición Demográfica en 1944, la cual, si bien ha tenido varios detractores, ha sido enriquecida desde entonces con aportes de diversas investigaciones.

iv) Transición avanzada: esta etapa se caracteriza por una baja fecundidad y una mortalidad moderada o baja, lo que se traduce en un crecimiento natural bajo (alrededor del 1%).

La teoría de la transición demográfica se basa en la evolución de la fecundidad y la mortalidad a largo plazo; sin embargo, debe agregarse que una población también puede envejecer o rejuvenecer a causa de la migración, como se ha señalado en el inciso anterior.

ENVEJECIMIENTO Y GÉNERO

Las mujeres viven más que los hombres, esta es una característica del envejecimiento poblacional denominado “feminización de la vejez”. Debido a la supervivencia femenina en las edades avanzadas, los problemas de vejez son mayores en las mujeres.

En los últimos años se ha puesto énfasis en los diferentes itinerarios y modos de envejecer en cada cultura, sociedad y grupos sociales; incluso que varones y mujeres tienen modos diferenciados de envejecer, de concebir el envejecimiento, de afrontarlo y de significarlo.

Las mujeres y los hombres se diferencian por una diversidad de elementos que se configuran desde lo biológico y lo sociocultural; cuando se considera lo biológico nos referimos al sexo y con lo sociocultural al género.

El género es un concepto cultural que alude a la clasificación social en dos categorías: lo masculino y lo femenino. Es una construcción de significados, donde se agrupan todos los aspectos psicológicos, sociales y culturales de feminidad/masculinidad.

Los Organismos Internacionales han definido al género como un:

(...) conjunto de pautas de conducta o patrones de relaciones asignados a cada sexo en las diferentes culturas. Se utiliza para demarcar las diferencias socioculturales que existen entre hombres y mujeres y que son impuestas por el sistema de organización político, económico, cultural y social, y por lo tanto, son modificables. (CE, 1998).

El proceso de envejecimiento poblacional presenta diferencias cuantitativas y cualitativas entre los hombres y las mujeres mayores, configurando escenarios que frecuentemente ubican a éstas en una posición de desventaja frente a sus coetáneos masculinos. El género determina en gran medida la forma en que las personas acceden a la vejez y transitan por ella, siendo un elemento clave a tener en cuenta en la formulación de las políticas de vejez.

Durante el s. XX tuvieron lugar profundas transformaciones en la estructura familiar; la modernización, nuevas formas de producción y trabajo -entre otros factores- cambiaron la manera en que esta institución se construye como así también los roles señalados para cada uno de sus miembros.

Las nuevas formas de relación entre los sexos no sólo ha reconfigurado los roles dentro de la familia sino que, además, ha dado lugar al surgimiento de una pluralidad de modelos que coexisten en la sociedad actual. Sin embargo, a pesar de los grandes cambios, las mujeres de hoy siguen cultural y socialmente asociadas al ámbito de lo doméstico y ocupándose de la mayoría de las tareas que en este espacio se encuentran inscriptas, como por ejemplo, los cuidados a personas de su entorno con capacidad funcional disminuida.

La mujer debe compaginar las obligaciones laborales con las domésticas -incluso la prestación de asistencia no estructurada- lo que se traduce en pérdidas de oportunidades de ascenso, menores ingresos, menos aportes al sistema jubilatorio, problemas emocionales, etc. Esta sobrecarga de trabajo impacta sobre la salud de las mujeres y su calidad de vida en general.

En el Plan de Acción de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid 2002)

(...) se reconoció que las mujeres de edad son particularmente vulnerables a la discapacidad en la vejez debido, entre otras cosas, a las diferencias entre los géneros por lo que respecta a la esperanza de vida y a la propensión a las enfermedades, así como a las desigualdades por razón de sexo que han sufrido durante su vida. (Naciones Unidas, 2003, p.40),

y se hizo un llamamiento para que se eliminen las desigualdades económicas en la prestación de servicios de atención de salud basadas en el género y la edad. El Plan destacó asimismo los peligros especiales que acechan a las mujeres mayores de sufrir maltrato físico, sexual y psicológico, incluso a través de prácticas nocivas y en situaciones de emergencia.

En la Declaración Política aprobada por dicha Asamblea Mundial los gobiernos reafirmaron su compromiso de fomentar la igualdad entre hombres y mujeres y reconocieron la necesidad de incluir la perspectiva de género en todas las políticas y programas para que se tengan en cuenta las necesidades y experiencia tanto de las mujeres como de los hombres de edad.

CALIDAD DE VIDA EN LA VEJEZ

El concepto de calidad de vida ha sido abordado desde distintos enfoques, algunos cercanos a la Ciencias Sociales y otros a las Ciencias de la Salud, contemplando cada uno de ellos distintas formas de aproximación, operacionalización y medición.

El origen de este concepto se remonta a Hipócrates, los utopistas del Renacimiento y los higienistas sociales de la segunda mitad de s. XIX, quienes consideraban que la calidad que alcanzaba la vida de la población estaba estrechamente ligada a condiciones de vida y económicas y tenía un rol fundamental en la determinación de la salud. (Quintero, G. y González, U., 1997).

Modernamente, su desarrollo conceptual se relaciona con el Estado de Bienestar que tuvo lugar en los países desarrollados después de la Segunda Guerra Mundial.

Desde entonces, ha habido un creciente interés en este concepto en distintos ámbitos científicos: psicología, sociología, biología, medicina, economía, urbanismo, etc.

Desde el punto de vista semántico “calidad” hace referencia a ciertos atributos o características de un determinado objeto, en este caso la “vida”. La vida puede ser analizada desde distintas perspectivas y, por lo tanto, la “calidad de vida” será necesariamente multidisciplinar.

Existen dos grandes discusiones al momento de definir el concepto “calidad de vida”: algunos consideran que el mismo se refiere exclusivamente a la percepción subjetiva que el/los individuo/s tiene/n sobre ciertas condiciones, mientras que otros consideran que ha de comprender tanto condiciones subjetivas (relacionadas a la valoración o apreciación que el sujeto tiene sobre distintas condiciones de la vida) como objetivas (esas mismas condiciones pero evaluadas de manera independiente del sujeto).

Por otra parte, se cuestiona si es el sujeto el que debe establecer qué elementos intervienen en la calidad de su vida o si puede establecerse una calidad de vida general para todos los sujetos.

En relación a estas polémicas no cabe duda que una operacionalización reduccionista de la “calidad de vida” -ya sea una percepción exclusivamente subjetiva u objetiva- empobrece un concepto que por su propia naturaleza es diverso y multidimensional. Además, la “calidad de vida” se expresa en distintos contextos: la circunstancia en la que se encuentra determinada persona -por ejemplo la edad, el género, posición social, lugar de residencia, etc.- permite explicar, al menos en parte, su calidad de vida diferencial.

La “calidad de vida” en la vejez ha sido uno de los contextos más investigados. En general se supone que las personas de edad experimentan a lo largo de su existencia un conjunto de pérdidas y transformaciones que resienten su “calidad de vida”; las políticas sociales dirigidas a ellas tienen como principal objetivo mejorarla.

A partir de las últimas décadas del s. XX la “calidad de vida” ha emergido como un potente constructo que impulsó, además, un cambio en los objetivos y metas sociales. Las políticas sociales no sólo se proponen un mayor desarrollo económico, una mejor distribución del ingreso o un aumento en la esperanza de vida, sino que también pretenden un impacto positivo sobre la calidad de vida de la población.

Como conclusión, puede afirmarse que “calidad de vida” es un macroconcepto multidimensional en el que se integran distintos aspectos cuyo peso o importancia varía en función de una serie de parámetros personales (como la edad o el género) y sociales (como las condiciones socio-económicas o educativas).

Además, es un concepto que tiene gran relevancia, fundamentalmente desde el punto de vista social, pues se lo ha utilizado como el objetivo por excelencia del Estado de Bienestar y, más aún, de las políticas socio-económicas de todo Estado moderno y democrático cualquiera sea su signo político. (Fernández-Ballesteros, 1997). En tal sentido, el incremento de la “calidad de vida” de la población latinoamericana en general y de los adultos mayores en particular, es un tema recurrente en los objetivos de planes, programas y políticas de los diversos Gobiernos. Por ese motivo, organismos internacionales como la OMS/OPS, la CEPAL y el CELADE han realizado diversas investigaciones a los efectos de lograr una adecuada conceptualización teórica de la “calidad de vida” en la vejez. Por otra parte, el CELADE elaboró una propuesta de indicadores para el Seguimiento de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (PAIME). El objetivo de la propuesta fue formular algunos lineamientos básicos acerca de la estrategia de seguimiento de la situación de las personas de edad de la región para cada una de las orientaciones prioritarias identificadas en el PAIME.

ENVEJECIMIENTO ACTIVO

“El envejecimiento activo 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” (OMS, 2002); se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. El término, acuñado por la OMS a fines de la década del noventa, intenta transmitir un mensaje más completo que el de “envejecimiento saludable”¹⁰ utilizado hasta entonces. El término “activo” hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas y no sólo a la capacidad de estar físicamente activo o participar en el mercado de trabajo. Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es el principal objetivo tanto para las personas como para los responsables políticos.

El “envejecimiento activo” depende de una diversidad de determinantes que rodean a las personas, las familias y las naciones, entre los cuales se destacan los culturales, personales, conductuales, los relacionados con los sistemas sanitarios y los servicios sociales, los referidos a los entornos físico y social y los económicos.

El “envejecimiento activo” considera una perspectiva de todo el curso vital: todos envejecemos y la mejor manera de asegurar una buena salud para las futuras generaciones de adultos mayores es prevenir las enfermedades y promover la salud durante todo el ciclo

¹⁰ Envejecimiento saludable: incluye tres componentes principales: bajo riesgo de sufrir enfermedades o tener alguna discapacidad causada por alguna enfermedad, alto rendimiento de las funciones físicas y mentales, compromiso activo con la vida.

vital. El niño de ayer es el adulto de hoy y será la abuela o el abuelo de mañana; la calidad de vida que disfrutarán de mayores dependerá de los riesgos y las oportunidades que experimenten a través de toda su vida y de la forma en que las generaciones sucesivas proporcionen ayuda y soporte mutuos cuando sean necesarios.

El planteamiento del “envejecimiento activo” se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas adultas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de Independencia, Participación, Dignidad, Asistencia y Realización de los propios deseos. Sustituye la planificación estratégica de un planteamiento basado en las “necesidades” -que considera a las personas mayores como objetos pasivos- a otro basado en los “derechos”, reconociendo el derecho de las personas mayores a la igualdad de oportunidades y de trato en todos los aspectos de la vida a medida que envejece. Además, respalda su responsabilidad para ejercer su participación en el proceso político y en otros aspectos de la vida comunitaria.

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que requiere medidas internacionales, nacionales, regionales y locales “(...) en última instancia, un enfoque colectivo del envejecimiento y de las personas mayores condicionará la forma en que nosotros, nuestros hijos y nuestros nietos, experimentaremos la vida en años posteriores” (OMS, op.cit., p.97)¹¹.

DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Como se ha visto anteriormente, dos de las principales características del envejecimiento poblacional son el aumento de la esperanza de vida a partir de los 60 años y el incremento en el número de personas mayores de 80 años, realidad que hace necesario analizar el fenómeno de situaciones de discapacidad y dependencia en esa etapa de la vida.

En efecto, existe una estrecha relación entre dependencia y edad: a medida que aumenta la cantidad relativa de personas mayores dentro de la población total se incrementa el porcentaje de individuos con limitaciones en su funcionalidad. Puede afirmarse que la dependencia se encuentra íntimamente ligada al envejecimiento de la vejez.

En un contexto de transición demográfica avanzada -como el que transita la Argentina- algunos tipos de enfermedades afectan y afectarán a una fracción cada vez mayor de la población, patologías que frecuentemente generan escenarios de discapacidad y dependencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que de acuerdo a las estadísticas en los países desarrollados entre el 60% y 65% de las personas adultas mayores son

¹¹ En el próximo capítulo se expone sintéticamente la respuesta política propuesta por la OMS sobre el tema.

autoválidas; entre el 25% y el 30% tienen algún tipo de discapacidad (pero pueden adaptarse a su medio) y solo del 5% al 10% son totalmente dependientes físicos o mentales. (OMS, 2001).

Según este Organismo, la discapacidad es un término paraguas que aglutina los déficits, limitaciones en la actividad y las restricciones de participación; denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales). En el año 2001 presenta una nueva clasificación de las discapacidades en la cual propone un concepto mucho más amplio y complejo acerca de las mismas. Se habla de limitaciones en la actividad (o discapacidad) de una persona cuando no pueden ser compensadas por su entorno; entonces aparece una restricción en la participación (o minusvalía) que se concreta con la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana¹². Este concepto involucra la relación entre el sujeto, su salud y la capacidad de su entorno para aumentar o disminuir su autonomía, y no la mera falla de un órgano o sistema. (Roqué, M., 2008, p.12).

Respecto a la dependencia, la misma es definida como:

El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, España, art. 2).

La discapacidad en sí es condición de posibilidad de dependencia, pero para que exista necesidad de ayuda de terceros debe existir limitación de la actividad. Aún así, la existencia de limitaciones o dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) no implica forzosamente la necesidad de asistencia por parte de otros, o sea, dependencia.

Los aportes de la OMS a los conceptos de discapacidad y dependencia muestran cómo se ha ido evolucionando desde una mirada unidimensional ligado a lo biológico y lo físico, hacia un enfoque de dimensiones múltiples, entre las que se encuentran la variable biológica, psicológica, social y cultural. (Roqué, M., *op.cit.*, p.12).

FRAGILIDAD EN EL ADULTO MAYOR

La fragilidad es un concepto relativamente nuevo y no existe una opinión única respecto a su contenido. De todos modos, cualquiera sea la definición adoptada, la misma resulta de una

¹² Al respecto la OMS propone un esquema conceptual denominado Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) (OMS, 2001)

disminución de la capacidad de reserva que lleva a la discapacidad y precipita la institucionalización o muerte. Generalmente las personas de edad presentan una mayor vulnerabilidad al medio interno y externo a causa de la pérdida normal de la reserva fisiológica a medida que pasan los años, a lo que hay que agregar la pérdida en su capacidad de mantención del equilibrio dinámico y autorregulación, reduciéndose, por ejemplo, su fuerza muscular, las horas de sueño, la capacidad de regular la temperatura corporal, etc. Una persona mayor puede estar frágil solo por una causa médica, pero también puede sufrirlo y no estar necesariamente presente alguna enfermedad médica, sino como consecuencia de otro tipo de causas, como por ejemplo sociales, farmacológicas y psicológicas. Con frecuencia, pequeñas sumas de factores o agresiones del ambiente médico-social -ya sea del medio interno o externo- conllevan a una situación de fragilidad de la persona mayor.

Los principales factores de riesgo de fragilidad serían una sumatoria de los problemas derivados de:

- Envejecimiento biológico. Alteraciones de equilibrio y marcha por múltiples discapacidades (sensoriales, musculares, etc.).
- Enfermedades agudas o crónicas reagudizadas (conocidas o no).
- Factores de riesgo en cuanto a abusos (estilos de vida, factores sociales y económicos).
- Factores de riesgo en cuanto a desuso (inactividad, inmovilidad, déficit nutricional).

Algunos ejemplos determinantes de fragilidad en el adulto mayor citados por un gran número de autores serían: edad superior a los 75/80 años; pluripatologías; polifarmacia; problemas cognitivos o afectivos; reingreso hospitalario reciente o frecuente; patología crónica invalidante; sin soporte o inadecuado apoyo social; problemas en la deambulación (caídas frecuentes, susto a caerse); pobreza.

Fragilidad y discapacidad son conceptos que tienen algunas características comunes pero que son diferentes entre sí. La discapacidad puede mantenerse estable durante años, pero la fragilidad avanza a medida que aumenta la edad y las situaciones psicosociales se vuelven adversas. Además, la fragilidad puede darse en personas mayores que no presentan ningún tipo de discapacidad.

Si consideramos que el concepto de fragilidad es sinónimo de riesgo a sufrir un daño, una persona se fragiliza cuando no tiene ingresos suficientes para llevar una vida digna; la sociedad lo margina y excluye; se le quita el derecho de tener proyectos, futuro, pareja, sexo, amor, sólo por ser "viejo"; no encuentra espacios de participación familiar o social; el entorno

externo está lleno de barreras físicas y arquitectónicas; no encuentra profesionales especialistas en gerontología y geriatría, etc.

Si se desea incrementar la longevidad y mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores, resulta imprescindible pensar en políticas de prevención socio-sanitarias, que demoren o eviten la aparición tanto de la fragilidad como de la discapacidad. (Roqué, M., *op.cit.*).

VULNERABILIDAD EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

El concepto de “vulnerabilidad” puede ser entendido como un proceso multidimensional que confluye en el riesgo o probabilidad del individuo, hogar o comunidad de ser herido, lesionado o dañado ante cambios o permanencia de situaciones externas y/o internas. Se refiere a la interacción de una constelación de factores externos e internos que convergen en individuos, hogares o comunidades particulares en un tiempo y espacio determinados. Si los actores no están en condiciones de dar respuestas apropiadas a los riesgos que experimentan, tal interacción puede dar lugar a un desmedro de su bienestar.

Se habla de riesgo y no de peligro, ya que riesgo y exposición pueden expresar desde la mera posibilidad a diversos grados de probabilidad; en cambio el peligro es un hecho inminente. El riesgo es eventual (puede existir), el peligro es actual y positivo.

También es posible pensar la “vulnerabilidad” como una zona entre las situaciones de “integración” (ingresos estables, lazos sociales sólidos) y de “exclusión” (carencia de trabajo, debilidad en los vínculos relacionales) pudiendo afectar a cualquier grupo de la estructura social, no sólo a quienes clásicamente son definidos como “pobres”. Según Castel, la “zona de vulnerabilidad” se caracteriza por trabajo precario y fragilidad de los soportes relacionales, constituyendo un espacio social de inestabilidad (Castel, R., 1991).

Desde el punto de vista jurídico, las llamadas “Reglas de Brasilia de 2008” consideran en condición de vulnerabilidad a aquellas personas que, por razón de su edad, género, estado físico o mental, o por circunstancias sociales, económicas, étnicas y/o culturales, encuentran especiales dificultades para ejercitar con plenitud ante el sistema de justicia los derechos reconocidos por el ordenamiento jurídico. Entre las causas de vulnerabilidad señalan la edad y la discapacidad. Aclaran que el envejecimiento puede constituir una causa de vulnerabilidad cuando la persona adulta mayor encuentre especiales dificultades, atendiendo a sus capacidades funcionales, para ejercitar sus derechos ante el sistema de justicia¹³.

La elaboración conceptual de la noción de “vulnerabilidad” se encuentra en una etapa incipiente; sin embargo, pueden destacarse **tres categorías analíticas**: 1) los activos (físicos,

¹³ La Cumbre Judicial Iberoamericana celebrada en Brasilia en marzo de 2008 aprobó las “100 Reglas sobre acceso a la Justicia de las Personas en Condición de Vulnerabilidad”, conocidas como “Reglas de Brasilia”.

financieros, humanos y sociales); 2) los conjuntos de oportunidades procedentes del entorno social constituido por el Estado, el Mercado y la Sociedad, y 3) las estrategias (o pautas de comportamiento) que desarrollan individuos, hogares y comunidades para movilizar sus activos y responder a los cambios externos. (CEPAL, 2001).

“Vulnerabilidad” no es sinónimo de pobreza. Si bien ambos conceptos se encuentran estrechamente vinculados, los enfoques referidos a ésta contribuyen a identificar a los sectores más desprovistos de la sociedad a través del uso de indicadores de ingreso o de carencias pero no incursionan en las raíces del fenómeno; en cambio, la noción de “vulnerabilidad” se refiere a los riesgos de la movilidad social descendente, que no sólo afecta a los grupos pobres, ya que la inseguridad y la desprotección exceden el plano de los ingresos o de la satisfacción de las necesidades básicas.

La situación de “vulnerabilidad” -al contrario de lo que ocurre con la fragilidad- no tiene sustento en la edad, sino en factores que marcaron las etapas anteriores del ciclo de vida del individuo, como por ejemplo la inserción laboral y social, el género, lugar de residencia, etc. En función de eso, es posible encontrar grupos de adultos mayores con características especiales que los hacen vulnerables y otros -con una trayectoria de vida distinta- que no presentan esas características y, por lo tanto, no son especialmente vulnerables. (Aranibar, 2001).

Los adultos mayores constituyen uno de los colectivos humanos denominados “grupos vulnerables” al estar más expuestos que otros grupos etarios a enfermedades a causa de su declive fisiológico, a la pobreza por la disminución de sus ingresos al jubilarse o por dificultad de permanecer en el mercado de trabajo y a la marginación social debido al debilitamiento de su red de relaciones y a los preconceptos que la sociedad tiene sobre esta etapa de la vida. (Aranibar, *op.cit.*). La “vulnerabilidad” en las personas mayores se refiere entonces, a un conjunto de ámbitos en los cuales - por diversos motivos- ven disminuidas sus posibilidades de movilizar recursos para lograr bienestar.

En el envejecimiento individual pueden señalarse diversas etapas. Durante la primera se destacan generalmente dos hechos: el retiro del mercado de trabajo y la reducción del grupo familiar. Alrededor de los 80 años comienza una segunda etapa, caracterizada por el avance del proceso de fragilización y un aumento en la probabilidad de padecer enfermedades, discapacidad o muerte. Este estado de fragilidad conforma una situación de vulnerabilidad bio-psico-social que demanda el despliegue de recursos económicos, sanitarios y sociales de carácter extraordinario (Lalive D'épinay, 2005; en: Arlenghi, M.A., 2009). La capacidad de respuesta frente a esta crisis vital dependerá de varios factores como por ejemplo el nivel de ingresos disponibles, el acceso al sistema de salud, la presencia de una red familiar/social de contención, etc.

Entre los diversos “factores de vulnerabilidad” pueden citarse: el vivir solo en hogares unipersonales, la convivencia exclusiva de adultos mayores, adulto mayor muy anciano jefe de hogar, el bajo nivel educativo, la pobreza, la privación material de los hogares (patrimonial y económica), la ausencia de cobertura previsional o en salud, la precariedad habitacional, patologías invalidantes, dependencia funcional, etc.

CAPÍTULO 2

ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL, TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS. PRINCIPALES EFECTOS Y OPORTUNIDADES

El envejecimiento de la población es un proceso que se inserta en la denominada transición demográfica, o sea, el tránsito de regímenes de alta mortalidad y natalidad a otros de niveles bajos y controlados. Aunque este concepto surgió para intentar explicar la relación entre los cambios demográficos y los socioeconómicos ocurridos en Europa desde el s. XVIII, demuestra seguir siendo útil para comprender las tendencias demográficas actuales y sus principales consecuencias.

Si bien la transición demográfica puede resumirse en las variaciones observadas en las tasas de mortalidad y fecundidad, es un proceso complejo en el que intervienen una multiplicidad de factores de carácter global pues afecta a la mayoría de los países con importantes consecuencias y ramificaciones en todas las facetas de la vida humana.

En la primera parte del capítulo se resumen las principales características del proceso de envejecimiento poblacional mundial y regional; en la segunda, se exponen los principales efectos de este fenómeno demográfico.

TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS

ENVEJECIMIENTO MUNDIAL

Las Naciones Unidas resalta cuatro aspectos del envejecimiento poblacional mundial:

- *Carece de precedentes* en la historia de la humanidad. Los incrementos en los porcentajes de personas de 60 años o más van acompañados de descensos en los porcentajes de jóvenes (menores de 15 años); se estima que en 2050 por primera vez en la historia las personas de edad superarán en número a los jóvenes.
- *Es general* pues se trata de un fenómeno mundial que afecta a todos los hombres, mujeres y niños.
- *Es profundo* y tiene consecuencias y ramificaciones sobre todos los aspectos de la vida humana.

- *Es duradero*: durante el s. XX la proporción de personas de edad aumentó y se prevé que seguirá haciéndolo durante el s. XXI.

Durante el s. XX se produjo una revolución en la longevidad; a nivel mundial, la esperanza de vida pasó de 47 años en 1950-1955 a 65 años en 2000-2005; está previsto que en los años 2045-2050 aumente 10 años más. En el período comprendido entre 1950-1955 y 2000-2005, la fertilidad total disminuyó de 5 a 2,6 hijos por mujer, previéndose que esta reducción continúe hasta llegar a 2 hijos por mujer en 2045-2050. En varias regiones del mundo -y no sólo en los países desarrollados- la cifra de fertilidad a lo largo de la vida no llega a 2 hijos por mujer, o sea por debajo del nivel necesario para la sustitución de la población a largo plazo.

Durante la mayor parte de la historia de la humanidad la población creció muy lentamente. Se estima que la población mundial alcanzó los primeros mil millones alrededor del año 1810; tomó 120 años agregar otros mil millones, sobrepasando en 1930 los dos mil millones. Hacia 1960 la población mundial superó los tres mil millones. Los siguientes mil millones se agregaron en quince años (1975), llegando doce años después (1987) a cinco mil millones; a comienzos del s. XXI se alcanzó los seis mil millones. Debido a la disminución del ritmo de crecimiento demográfico mundial, se estima que la población de la tierra alcanzará su máximo tamaño unos años después del 2050 con aproximadamente nueve mil millones de habitantes.

En 1950 el número de personas de 60 años o más era de aproximadamente 204 millones; en 1998 esa cifra ascendía a 579 millones y las proyecciones indican que para 2050 será de 1900 millones e igualará a la población infantil (0 a 14 años).

Según estimaciones de las Naciones Unidas, entre 1950 y 1980 el porcentaje de adultos mayores con respecto a la población total se mantuvo alrededor del ocho por ciento, mientras que en 2000 ascendió a 10%; se estima que ese porcentaje ascienda en 2030 a 16,6% y en 2050 a 21,4%. Este triunfo demográfico significará que el número de personas de 60 años y más que en el año 2000 era de 600 millones (el 10% de la población total) alcance los 2.000 millones en 2050: una de cada cinco personas que viva en este planeta será adulta mayor. Dentro de la población de edad el grupo que crece más rápidamente es el de los 80 años y más; en el año 2000 su número era de 70 millones, estimándose que para el 2050 esa cifra aumentará 50 veces: estamos en presencia de un “envejecimiento de la vejez”. (Naciones Unidas, 2002a, pp. 5, 6).

Como las mujeres viven normalmente más que los hombres, su número entre las personas de edad es significativamente mayor; en consecuencia, la proporción de mujeres en la población tiende a aumentar sustancialmente a medida que aumenta la edad. En 2005, para el mundo en su conjunto, las mujeres mayores de 65 años superaban a los hombres de esa edad en una proporción de casi 4 a 3, proporción que llega a ser casi 2 a 1 entre los mayores

de 80 años. Como se señaló en el capítulo anterior, este fenómeno se conoce con el nombre de “feminización de la vejez”.

Si bien los países desarrollados se encuentran, en general, en la tercera etapa de la transición demográfica mientras que gran parte de los que están en vías de desarrollo transitan la segunda, no hay duda de que el número total y la proporción de personas de 60 años o más está creciendo en todo el mundo a una escala sin precedentes y a un ritmo espectacular. La mayoría de ellas vive en países en desarrollo y para 2050 se estima que el porcentaje llegará a 79%. Además, países de Asia Oriental y Pacífico y de América Latina y el Caribe han experimentado una reducción bastante rápida de la fertilidad, por lo cual el proceso de envejecimiento será más acelerado que el experimentado por los países desarrollados.

Una consecuencia del envejecimiento en la mayoría de las sociedades es la reducción del número de personas que trabajan y generan ingresos en comparación con el de las que no trabajan y dependen de los ingresos generados por otros. La relación de dependencia total -que compara el tamaño del grupo de población que se considera económicamente dependiente (normalmente menores de 15 años y mayores de 65 años) con el económicamente activo- era en 1975 para el conjunto del mundo de 74 personas dependientes cada 100 económicamente activas, disminuyendo a 55 personas cada 100 para el año 2005 y para el 2025 será de 53 debido a una reducción en la dependencia por niños. Se estima que en 2050 aumentará a 57 dependientes por cada 100 personas en edad de trabajar debido a la dependencia de las personas mayores. (Naciones Unidas, 2007b).

Para los países en desarrollo se estima que la relación de dependencia total alcanzó su mínimo histórico en 2005, previéndose un incremento continuo de la misma como consecuencia del aumento en la relación de dependencia de las personas mayores.

A modo de síntesis, se destacan los principales rasgos del fenómeno de envejecimiento poblacional a nivel mundial:

- En el año 2000, una de cada diez personas tenía 60 años de edad o más; para el año 2050 se estima que esa relación será de 1 a 5 para el mundo en su conjunto y de 1 a 3 para los países desarrollados.
- Según proyecciones el número de centenarios aumentará 15 veces: de aproximadamente 145.000 personas en 1999 a 2.2 millones en 2050.
- Entre 1999 y 2050 el coeficiente entre la población activa y la inactiva -definido como el número de personas de entre 15 y 64 años de edad por cada persona de 65 años o más- disminuirá en menos de la mitad en las regiones desarrolladas y en una fracción aún mayor en las menos desarrolladas.

ENVEJECIMIENTO EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Los países de América Latina y el Caribe experimentaron el primer cambio demográfico importante durante la segunda mitad del s. XX como consecuencia de la disminución de la mortalidad, debido fundamentalmente al control de las enfermedades infecciosas y parasitarias mediante la expansión de la cobertura en salud y mejoras en las condiciones sanitarias. La esperanza de vida al nacer pasó de 52 años a principios de la década de 1950 a 70 años para el período 1995-2000; se estima que hacia el 2025 la expectativa en los países latinoamericanos será de 75,3 años y a mediados del s. XXI de 78,9 años, dos años menos que en los países más desarrollados. (Del Popolo, F., 2001).

A mediados de los años sesenta y principios de los setenta tiene lugar un cambio aún más trascendente: un vertiginoso descenso de la fecundidad. Entre 1955 y 1995-2000, el número promedio de hijos por mujer disminuyó de 6 a 2,7; se prevé que la fertilidad seguirá disminuyendo para estabilizarse en 2,1 niños por mujer alrededor del 2025, tasa que equivale al nivel de reemplazo. Estas modificaciones en la conducta reproductiva de la segunda mitad del s. XX fueron consecuencia de una multiplicidad de factores, entre los que pueden señalarse el aumento de la escolaridad y la urbanización, los cambios en cuanto al tamaño ideal de las familias, la creciente inserción de la mujer en el mundo del trabajo y las aspiraciones en relación a los hijos. Simultáneamente, los programas de planificación familiar y el acceso creciente a métodos anticonceptivos posibilitaron la concreción de los nuevos ideales reproductivos.

El descenso en las tasas de mortalidad y fecundidad ha provocado variaciones en el crecimiento poblacional de los distintos grupos de edades. En general, el crecimiento de la población mayor ha aumentado, mientras que el de la población joven ha mostrado una tendencia a la baja. Simultáneamente, se observa una mayor cantidad de personas de 80 años y más entre los adultos mayores, incluso con la aparición de un cierto número de centenarios: "el envejecimiento del envejecimiento"¹⁴.

Como consecuencia de estos cambios demográficos, se ha iniciado un proceso gradual de envejecimiento en la población de América Latina y el Caribe que conlleva importantes consecuencias económicas y sociales.

Como puede apreciarse en el Cuadro N° 1, se estima que en América Latina y el Caribe la proporción y el número absoluto de personas de 60 años o más se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. En términos absolutos, entre los años 2010 y 2025 algo más de 42 millones de personas mayores se sumarán a los 59 millones existentes y entre 2025 y 2050 ese aumento será de 85 millones de personas. Se trata de una población que crece rápidamente. Entre el año 2010 y el 2050 la proporción de personas mayores de 60

¹⁴ Fenómeno conocido también como "envejecimiento de la vejez", lo que significa -entre otras cosas- una prolongación del período que media entre la jubilación y la muerte.

años se triplicará: a mediados del s. XXI uno de cada cuatro latinoamericanos pertenecerá a ese grupo etario.

Durante el período 2010-2050 la relación de dependencia demográfica total pasará de 60,5 personas potencialmente dependientes por cada 100 personas potencialmente activos a 74,1. Este comportamiento se debe al aumento de la relación de dependencia demográfica de personas de 60 años o más (que pasa de 16,1 a 44,4), pues la de niños baja del 44,4 a 29,7 durante el período considerado. (Cuadro N° 1).

Cuadro N° 1. América Latina y el Caribe. Población estimada (en miles) e indicadores demográficos 2010, 2025 y 2050

Indicadores	2010	2025	2050
Población Total	588.648	669.534	729.185
Población menor de 15 años	162.764	146.471	124.274
Población 15/59 años	366.831	421.922	418.875
Población de 60 años y más	59.053	101.141	186.036
% de personas de 60 años y más	10,0	15,1	25,5
Índice de envejecimiento ¹⁵	36,3	69,1	149,7
Relación de dependencia demográfica total ¹⁶	60,5	59,7	74,1
Relación de dependencia demográfica de niños ¹⁷	44,4	34,7	29,7
Relación de dependencia demográfica de la vejez ¹⁸	16,1	24,0	44,4

Fuente: Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of United Nations Secretariat, World Population Prospects: the 2008 Revision

En el año 2000, el Centro Latinoamericano y Caribeños de Demografía (CELADE), agrupó a los países de la región de acuerdo a la etapa de transición demográfica en la que se encontraban¹⁹.

Grupo 1: *Envejecimiento incipiente.* Incluye a Bolivia, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua y Paraguay; tienen porcentajes que oscilan entre el 5% y el 7% de personas de 60 años y más, estimándose que alcanzarían valores entre 15% y 18% en 2050. Este proceso podría acelerarse si en esos países se consolida y se incrementa el descenso de la fecundidad.

Grupo 2: *Envejecimiento Moderado.* En este grupo se encuentran Belice, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, México, Perú, República Dominicana y

¹⁵ Población de 60 años/ Población menor de 15 años

¹⁶ Relación de dependencia demográfica total: personas potencialmente dependientes (menores de 15 años más mayores de 60 años) por cada 100 personas potencialmente activas (15-59 años).

¹⁷ Relación de dependencia demográfica de niños: población menor de 15 años por cada 100 personas potencialmente activas (15-59 años).

¹⁸ Relación de dependencia demográfica de vejez: población de 60 años o más por cada 100 personas potencialmente activas (15-59 años).

¹⁹ La clasificación de los países se realizó sobre la base de los valores de la tasa global de fecundidad y del índice de envejecimiento (cantidad de adultos mayores por cada 100 niños y jóvenes) observado en el decenio de 1990.

Venezuela; en el año 2000 se observaban entre un 6% y 8% de personas mayores de 60 años o más estimándose que para 2050 superarían el 20%.

Grupo 3: *Envejecimiento Moderado Avanzado*. Este grupo lo integran Bahamas, Brasil, Chile, Jamaica, Suriname y Trinidad y Tobago; en el año 2000 presentaban entre un 8% y 10% de personas de 60 años o más, estimándose que esas cifras aumentarán hasta el 25% a 30% a mediados del s. XXI.

Grupo 4: *Envejecimiento Avanzado*. Este grupo está formado por la Argentina, Cuba y Uruguay, pioneros en el envejecimiento regional, junto a otros países del Caribe: Antillas Neerlandesas, Barbados, Guadalupe, Martinica y Puerto Rico, con más del 10% de población de 60 años o más.

Es importante aclarar que esta no es la única agrupación posible; otros estudios han empleado clasificaciones alternativas sobre la base de otros indicadores demográficos y otros períodos de tiempo.

Por ejemplo en el Panorama Social 2009 de la CEPAL se presenta otra clasificación de los países de la región, tomando como indicadores la tasa global de fecundidad y la esperanza de vida al nacer en el período 2005-2010. (CEPAL, 2009a).

En el *primer grupo* se ubican los países más rezagados en la transición que, pese a haber disminuido su fecundidad continúan teniendo una tasa mayor al promedio regional que es de 2,3 hijos por mujer. Entre ellos se encuentran Guatemala, con la tasa más alta: 4,2 hijos, seguido por Haití y Bolivia, países que además registran las esperanzas al nacer más bajas: 60,6 años en 2005 y 65,6 años en 2010, las cuales son 12,9 y 8 años inferiores al promedio regional.

Un *segundo grupo* de países presenta actualmente una tasa de fecundidad similar (entre 3,3 y 2,3 hijos por mujer) pero con trayectorias algo diferentes. Por una parte están Colombia, Ecuador, El Salvador, Panamá Perú, República Dominicana y Venezuela, que lograron considerables descensos a comienzo de la década del ochenta; por la otra, Honduras, Nicaragua y Paraguay que lo hicieron durante los últimos años. En cuanto a la esperanza de vida al nacer este conjunto de países presenta valores similares que van desde los 71,1 años en El Salvador a 73,6 años en Panamá.

El *tercer grupo* está integrado por la Argentina y Uruguay -que tuvieron un descenso temprano de sus tasas vitales en la primera mitad del s. XX y que a partir de 1950 mostraban valores cercanos a los 3 hijos por mujer- más Brasil y México que registraron tasas globales de fecundidad de entre 6 y 7 hijos por mujer durante 1960-1965, pero que avanzaron de manera muy acelerada en la transición, con tasas actuales de 2,2 hijos en México y 1,9 hijos en Brasil (o sea menor al nivel de reemplazo). Respecto a la esperanza de vida al nacer en la

Argentina, México y Uruguay ya supera los 75 años mientras que en Brasil es de 72,4 años (inferior al promedio regional).

En el *cuarto grupo* están los países más avanzados en la transición demográfica: Costa Rica, Chile y Cuba, con tasas de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo y esperanza de vida al nacer superior a los 78,5 años.

Cualquiera fuesen los indicadores demográficos y el período de análisis considerados, en el proceso de envejecimiento poblacional de América Latina y el Caribe pueden destacarse al menos tres características importantes:

En primer lugar, como se señaló anteriormente, se trata de un *proceso generalizado*: en todos los países de la Región, la población de 60 años o más muestra un aumento sustancial, tanto en términos absolutos como relativos, tendencia que se acentuó en las últimas décadas del s. XX.

En segundo lugar, la *velocidad de las transiciones es mucho más rápida* que en países desarrollados como consecuencia de un fuerte descenso en la tasa de fecundidad a partir de mediados de los años sesenta, luego de haber experimentado un descenso de su tasa de mortalidad desde principios del s. XX. Por ejemplo, mientras que en Suecia el peso de la población de 65 años o más pasó del 7% al 14% en un lapso de 84 años, en los países en desarrollo con transición rápida la duplicación podría ocurrir en un período menor a 20 años. (FNUAP, 1998).

En tercer lugar, en los países desarrollados el proceso de envejecimiento tuvo lugar después de haber logrado niveles de vida altos, menores desigualdades socio-económicas y de haber erradicado las diferencias de acceso a los servicios de salud. Por el contrario, en los países de la Región, *el proceso está ocurriendo en contextos socioeconómicos frágiles*, altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales y económicas y problemas no resueltos de inequidad en el acceso a los servicios de salud. En efecto, si bien el proceso de envejecimiento poblacional de los países de América Latina y el Caribe se vincula con el crecimiento económico y las transformaciones sociales de las décadas de 1960 y 1970, es también consecuencia en gran medida de que los mismos se beneficiaron de los avances médicos y tecnológicos gestados en los países desarrollados, han sido influidos por sus ideas, estándares de vida y modas, todos factores que contribuyeron al control de la mortalidad y la natalidad.

En el ámbito de las políticas públicas, especialmente en relación a la asignación de los recursos públicos, el envejecimiento demográfico obliga a los países de la región a replantearse las prioridades y los objetivos de su política social. (CEPAL, 2008a).

PRINCIPALES EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL.

Los países difieren no sólo en cuanto al momento de inicio de la transición demográfica y al ritmo de cambio de las tasas de mortalidad y fecundidad, sino también respecto a las transformaciones en otras variables estrechamente relacionadas, como el lugar de residencia, el estado nutricional y de salud de la población. Por lo tanto, el proceso de envejecimiento poblacional no ocurre de la misma manera en todos los países. Sin embargo, a pesar de las diferencias, las cifras indican que el mismo es global, profundo y que tiene importantes consecuencias y ramificaciones en todas las facetas de la vida humana. En lo económico, incidirá en la distribución inter e intrageneracional del ingreso, en el crecimiento de la economía, el consumo, el ahorro, la inversión, los mercados de trabajo, las pensiones y jubilaciones, la tributación, las transferencias de ingresos, etc. En lo social, afectará la salud y los sistemas de atención, la composición de la familia, las condiciones de vida, la vivienda, las migraciones, etc. En lo político puede influir en los patrones de voto y la representación. (Naciones Unidas, 2001).

SISTEMA DE JUBILACIONES Y PENSIONES

El desarrollo de la seguridad social en América Latina y el Caribe y de los sistemas de jubilaciones y pensiones en particular, tiene sus raíces en la primera mitad del s. XX aunque en la mayoría de los países se impulsaron en el período de posguerra. Desde su creación, la seguridad social expandió su cobertura y proveyó importantes beneficios a una fracción significativa de las personas mayores. Sin embargo, se han encontrado serias dificultades en alcanzar una cobertura universal y una uniformización de contribuciones y beneficios, en asegurar una buena recaudación de las contribuciones, en proteger el valor real de los fondos de reserva, y en realizar ajustes en las contribuciones y beneficios requeridos por el envejecimiento de la población y la maduración de los sistemas.

Los programas de jubilaciones y pensiones constituyen una de las fuentes formales de seguridad económica de las personas mayores y tienen como objetivo principal proteger a la población del riesgo de pérdida de ingresos en la vejez; esta protección puede brindarse en el marco de un esquema contributivo (con financiación específica propia) o no contributivo (con financiación de rentas generales).

Los cambios demográficos y la precaria situación fiscal de muchos países de la región -que se acentuó durante la crisis económica de los ochenta- fueron argumentos importantes para que estos programas se modificaran y constituyeran una de las áreas de reforma más intensa y controvertida de las últimas décadas.

Las reformas de carácter estructural realizadas por países de América Latina y el Caribe en los sistemas de jubilaciones y pensiones consistieron -en general- en la implementación

del Régimen de Capitalización; en algunos casos sustituyó al Régimen de Reparto, mientras que en otros lo complementó.

En la actualidad, y en función de las perspectivas sobre el envejecimiento poblacional, es válido preguntarse cuál es la viabilidad a mediano y largo plazo de los esquemas basados en el reparto. (Bravo, J., 1999). Sin embargo, es necesario resaltar que si bien a los sistemas de reparto los afecta fundamentalmente el envejecimiento de la población -que altera la proporción de personas en edad de retiro- los de capitalización se ven afectados por el aumento de años de vida en la vejez²⁰.

El envejecimiento poblacional implica que el número de personas en edad de trabajar y pagar impuestos se reduce en comparación con el número de personas que reciben ayuda financiada con los gastos del Estado. Frente a esta situación puede sugerirse que los trabajadores paguen más impuestos o que los jubilados reciban menos ayuda, pero también pueden buscarse formas de gasto público y sistemas de jubilación más eficaces. La mejor solución (deseada, aceptada y posible) es que los trabajadores en las próximas décadas sean más productivos y ganen mejores retribuciones que en la actualidad, con lo que podrán pagar impuestos mucho más altos y financiar al sistema previsional. Paralelamente, la migración internacional es un fenómeno que parece ser capaz de compensar la limitación demográfica a la oferta laboral. (CEPAL, 2006a).

En la actualidad, la sostenibilidad de los sistemas de jubilaciones se está cuestionando tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. El aumento de la esperanza de vida, el diseño inadecuado de los programas, la mala gestión, el insuficiente crecimiento económico y una generación de empleo inapropiada ha socavado la viabilidad financiera de esos sistemas. El aumento de las tasas de dependencia de los ancianos supondrá el aumento de la presión sobre los sistemas de apoyo oficiales y no oficiales de no poderse acelerar y mantener el crecimiento económico y la generación de empleos dignos. (Naciones Unidas, 2007b).

La CEPAL ha propuesto a los países de la región una serie de medidas a mediano y largo plazo. Por una parte, propuso mejorar la capacidad de las economías nacionales para crear trabajo decente para toda la población económicamente activa, con el fin de que los mercados laborales se constituyan en una verdadera puerta de entrada a los dispositivos de seguridad social. Por otra, recomendó complementar la protección originada en la vida laboral con mecanismos solidarios no contributivos (CEPAL, 2006a). En este marco, el desafío se centra en el desarrollo de una idea de derechos sociales que comprenda y trascienda el mercado del trabajo.

²⁰ Los trabajadores “informales” no están incluidos en ninguno de los dos sistemas. En la Argentina se estima que la informalidad alcanza aproximadamente al 40% de los asalariados.

Según este Organismo, el principal problema de los sistemas de pensiones y jubilaciones de la mayoría de los países de América Latina y el Caribe es la baja cobertura que a su vez es consecuencia de distintos factores, entre los que se encuentran las dificultades de acceso al sistema de seguridad social durante la vida laboral y a prestaciones vinculadas a la salud.

Dado que la dinámica laboral de la región se ha caracterizado en los últimos años por una mayor inestabilidad de las ocupaciones y una precarización del empleo, así como por un proceso de desregulación del mercado laboral y una inclusión laboral desventajosa para las mujeres, se prevé que en el futuro estos factores repercutan aún más en la ampliación de los sistemas de jubilaciones y pensiones. Fruto de esta dinámica, la cobertura contributiva se habría reducido entre 1990 y 2003 y es difícil augurar que el funcionamiento del mercado laboral se revierta a corto y mediano plazo.

Con respecto a la participación laboral de las personas mayores, sin duda puede afirmarse que es un fenómeno con múltiples causas, entre las que se destacan las demográficas y sanitarias, la extensión y calidad de la cobertura de los sistemas de protección social, el entorno macroeconómico y el desempeño del mercado de trabajo.

Como resultado de la baja cobertura de los sistemas de pensión en América Latina y el Caribe y el aumento de la esperanza de vida, se prevé un incremento del número de años de vida económicamente activa. En general, cuanto menor sea la cobertura de seguridad social mayores serán las tasas de actividad en la edad avanzada.

Ante la escasez de puestos de trabajo en el mercado laboral, tradicionalmente se espera que las personas mayores dejen su sitio a los jóvenes, por lo tanto, la situación podría empeorar si los trabajadores de edad siguen prolongando su vida activa. Sin embargo, sería deseable que el problema de inseguridad de ingresos de las personas mayores no se resuelva a expensas de otros grupos sociales. De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo (OIT) las políticas y estrategias públicas deberían garantizar que los problemas de empleo no se desplacen de un grupo a otro. Esta directriz es particularmente importante ante el desafío que tienen los países de la región para aprovechar la “coyuntura demográfica actual favorable” de educar y proporcionar empleo adecuado a la población más joven (15 a 24 años)²¹.

En este escenario, se requiere que las políticas públicas evolucionen y se adapten a la realidad demográfica a la que deben dar respuesta, lo que implica ampliar las oportunidades de trabajo decente para los jóvenes y conciliar la demanda por protección de ingresos frente a los riesgos de la vejez. (Naciones Unidas, 2007b).

El principio que debiera inspirar cualquier sistema de jubilaciones y pensiones es ofrecer, como mínimo, un nivel básico de ingresos a todas las personas de edad avanzada, objetivo que se podría alcanzar mediante la creación, o ampliación, de un pilar básico en forma de

²¹ Ver inciso “Oportunidades del envejecimiento poblacional: el bono demográfico”, p. 60.

prestación mínima. En la región esto se traduce en la creación o consolidación de esquemas no contributivos que brinden, independientemente de la historia laboral, pensiones básicas a la población que llegue a la vejez sin el ingreso o los activos necesarios para la subsistencia. (CEPAL, 2006a).

Las pensiones no contributivas otorgan prestaciones en dinero -modestas y relativamente uniformes- con el fin de cubrir los riesgos de vejez, invalidez y muerte; es decir tienen un carácter de asistencia social y están dirigidas a los pobres que poseen escasa capacidad contributiva o carecen de ella.

En un contexto de envejecimiento poblacional, de escasa cobertura de la protección social y de problemas de regulación del mercado laboral, las pensiones no contributivas son un buen instrumento para disminuir las desigualdades y para dotar de mayor autonomía económica a los sectores más vulnerables de la población. Naturalmente, un ingreso monetario no garantiza por sí solo la inclusión social o la recuperación del horizonte vital de relaciones basadas en la solidaridad; sin embargo, su desarrollo y extensión sería un paso fundamental para avanzar hacia condiciones más dignas y seguras en la vejez de las generaciones actuales y futuras. (Huenchuan, S., 2009a).

La seguridad social y el trabajo son derechos humanos reconocidos en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) (art.6, 8 y 9 respectivamente), de donde se derivan obligaciones para los Estados en los ámbitos del respeto, protección y garantía. En consecuencia, en la mayoría de los países se han incluido ambos derechos como asunto prioritario en las legislaciones, políticas o planes de acción para la vejez. Sin embargo, y pese a la amplia adhesión que logran estos derechos, en la práctica, las medidas legislativas o de políticas de los países no siempre se traducen directamente en un abanico de prestaciones, activos y beneficios al que todo ciudadano pueda aspirar en su condición de tal. Incluso, en algunos casos, hay un quiebre entre las medidas legislativas y las medidas reglamentarias, administrativas y de decisiones políticas, económicas y sociales que aseguren el pleno goce de los mismos.

SISTEMA DE SALUD

El envejecimiento poblacional desequilibra el sistema económico de salud por varias razones, entre las cuales podemos señalar:

- Dificultad de cura: las enfermedades de los ancianos resultan más costosas de curar que las de los jóvenes.
- Nuevas curas: cataratas, prótesis de cadera, tratamientos oncológicos, con necesidad de hospitalización, implican gastos que antes no existían.

- Demanda de calidad de vida: ya no es sobrevivir, sino sentirse sano y capacitado; y eso cuesta más dinero.
- Prolongación del tiempo de estancia hospitalaria: las personas de edad tardan más en curarse.

Existe una relación recíproca entre *transición demográfica* y *transición epidemiológica* con consecuencias directas en la demanda de protección de la salud, o sea, en el derecho a acceder y a disfrutar durante toda la vida, de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel de salud posible. En el marco de ambas transiciones, el envejecimiento de la población va acompañado de un cambio, en el que se pasa de una alta prevalencia de enfermedades infecciosas y una elevada mortalidad materna e infantil a un aumento de enfermedades no transmisibles, sobre todo de tipo crónico (Naciones Unidas, 2007b). Esto afecta a los sistemas de salud de los países, tanto por el tipo de enfermedades que deben atender como por los sectores de la población afectados; las dolencias no transmisibles cobran importancia como causas competitivas de morbimortalidad a través de enfermedades crónicas, degenerativas e incapacitantes, que a su vez son progresivas, de larga duración, difíciles de controlar, y, por lo tanto, más costosas de tratar.

A medida que se reduce la prevalencia de enfermedades infecciosas como causa de muerte, el promedio de edad de la población aumenta y la duración de la vida de quienes han superado las enfermedades de la infancia sigue creciendo en el tiempo. Así, en última instancia, crece la población adulta mayor -que es más susceptible a las enfermedades crónicas que los jóvenes- y hay también mayor probabilidad de que aumente la prevalencia de enfermedades no transmisibles (Naciones Unidas, 2007b). A esto se suma la ocurrencia más frecuente de otros eventos, como lesiones y caídas, con efectos importantes para la conservación de la funcionalidad en la vejez.

Como se señalara en la primera parte de este capítulo, en los países desarrollados la velocidad de las transiciones fue mucho más lenta que en América Latina y el Caribe y el proceso de envejecimiento tuvo lugar después de haber logrado niveles de vida más altos y menores desigualdades sociales y económicas y de haber erradicado las diferencias de acceso a los servicios de salud. Por el contrario, como ya se señaló, en los países de la región el proceso está ocurriendo en contextos socioeconómicos frágiles, altos niveles de pobreza, crecientes desigualdades sociales y económicas y problemas no resueltos de inequidad en el acceso a los servicios de salud. Ello significa que gran parte de la caída de la mortalidad en la región se debe a la acción de variables exógenas (tecnologías y descubrimientos médicos) y no a mayores niveles de vida de la población. En parte, esto explica porqué todavía no se ha reducido la morbilidad y, como consecuencia, subsisten los riesgos de pasar una importante proporción de la vida padeciendo un mal estado de salud. En

este sentido, es importante recordar que, si bien el aumento de la esperanza de vida es un signo de desarrollo social y económico, más importante aún es la calidad de los años ganados. De hecho, si los progresos médicos y tecnológicos solo se limitan a posponer el evento del deceso, la consecuencia más directa sería el aumento de los años vividos a lo largo del curso de vida de cada persona en condiciones de morbilidad y discapacidad. (Naciones Unidas, 2007b).

En la actualidad, la protección de la salud en los países en desarrollo enfrenta un doble problema: el aumento de la incidencia de enfermedades crónico-degenerativas y la persistencia de algunas enfermedades de tipo transmisibles (por ej. respiratorias) y maternas. La complejidad de esta dinámica indica la necesidad de invertir y mejorar los recursos disponibles para tratar enfermedades crónico-degenerativas (tanto desde el punto de vista de los recursos humanos como de las tecnologías e instrumentos de cura y prevención) sin descuidar las acciones de prevención y tratamiento de enfermedades de tipo transmisible. En este escenario, los países de la región deben hacer frente a nuevos y viejos desafíos. Mientras que los primeros obedecen a cambios en la demanda que requieren nuevas prestaciones y tratamientos, los segundos reflejan las carencias históricas que presenta la región en materia de equidad de acceso a servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de recursos humanos y financieros y los problemas de articulación de los niveles de atención del sistema de salud y de subsectores público y privado (CEPAL, 2006a).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la respuesta política sobre el tema de salud de los adultos mayores debe tener como objetivo el “envejecimiento activo”, en el marco de los Principios de las Naciones Unidas para las Personas Mayores: independencia, participación, cuidados, realización de los propios deseos y dignidad. Las decisiones se basan en el entendimiento de cómo influyen los determinantes del envejecimiento activo sobre la manera en que envejecen las personas y las poblaciones. El marco político requiere medidas en tres áreas básicas: salud e independencia, productividad y protección.

- *Salud e independencia*: cuando los factores de riesgo (tanto ambientales como conductuales) de las enfermedades crónicas y el declive funcional se mantienen bajos y los factores protectores son elevados, la gente disfruta de más años y más calidad de vida. Las personas mayores permanecen sanas y podrán manejar sus propias vidas; habrá menos adultos que necesiten costosos tratamientos médicos y sanitarios.
- *Productividad*: las personas mayores seguirán haciendo una contribución productiva a la sociedad en actividades tanto remuneradas como sin remunerar cuando las políticas y los programas sociales, del mercado de trabajo, del empleo, de la educación y de la sanidad, apoyen su total participación en las actividades socioeconómicas, culturales y espirituales, según sus capacidades, necesidades y preferencias.

- *Seguridad y Protección*: cuando las políticas y los programas aborden las necesidades sanitarias, sociales, económicas y de seguridad física y los derechos de las personas mayores, éstas verán garantizadas su protección, su dignidad y sus cuidados en el caso de que ya no puedan mantenerse y protegerse a sí mismas. Se ayuda a las familias en sus esfuerzos por cuidar de sus seres queridos de más edad.

Según la OMS, para lograr el envejecimiento activo se necesitarán medidas en una diversidad de sectores, entre los que se incluyen la sanidad, los servicios sociales, la educación, el empleo y el trabajo, la economía, la seguridad social, la vivienda, el transporte, la justicia y el desarrollo rural y urbano. Todas las políticas tienen que apoyar la solidaridad intergeneracional e incluir objetivos específicos para reducir las desigualdades entre hombres y mujeres y entre los distintos subgrupos dentro de la población de más edad. Es necesario prestar especial atención a las personas mayores pobres y marginadas y a las que viven en zonas rurales.

Entre las propuestas políticas del Organismo se destacan:

1. Reducir la incidencia de factores de riesgo relacionados con las principales enfermedades y aumentar la incidencia de factores que protejan la salud y el bienestar durante todo el ciclo vital.
2. Desarrollar sistemas sanitarios y de servicios sociales que destaquen la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y la provisión de cuidados a largo plazo, rentables, equitativos y dignos.
3. Evitar y reducir la carga de las discapacidades excesivas, sobre todo en las poblaciones marginales.
4. Permitir la participación activa de las personas mayores en todos los aspectos de la sociedad.
5. Mejorar la salud y aumentar la independencia proporcionando protección a las personas mayores, sobre todo en épocas difíciles
6. Fomentar la investigación y compartir los conocimientos.

Respecto a quién debe proveer los servicios de salud a los ancianos, lo puede hacer directamente el Estado usando infraestructuras de su propiedad y empleados públicos, financiar la prestación privada de los mismos, o implementar un sistema mixto. En el momento de elegir entre estos sistemas habrá que atender a razones de eficacia y de equidad: en todos los casos se trata de utilizar recursos escasos y susceptibles de usos alternativos para obtener la mejor salud posible para el mayor número posible de personas.

Gran parte de las problemáticas de salud en la vejez, y de la población en su totalidad, están vinculadas a la cobertura y calidad de la atención que ofrece cada país. En la región el sector sanitario presenta una amplia gama de instituciones y mecanismos para financiar, asegurar, regular y prestar servicios (CEPAL, 2006a); sin embargo, un problema común son las inequidades del acceso a los servicios sanitarios, con consecuencias concretas en la salud de la población. El envejecimiento de la población plantea un reto adicional en este sentido, debido a que ejercerá presión sobre los recursos sanitarios disponibles, en un contexto donde los países todavía tienen que resolver muchos problemas de salud básicos que afectan a otros sectores de la población.

Las reformas sanitarias emprendidas en la región en las últimas décadas no siempre se han traducido en el desarrollo de sistemas de salud que promuevan mejoras sanitarias colectivas y equitativas. El objetivo de acceso universal a la atención sanitaria de calidad tropieza con numerosos obstáculos, en particular la falta de recursos financieros, de personal calificado y las desigualdades de acceso y calidad.

SISTEMAS DE CUIDADOS

El envejecimiento de la población afectará a los sistemas sanitarios también en otras áreas; en primer lugar, el aumento total de casos de enfermedades crónicas y del número de personas con discapacidades exigirán nuevas aptitudes de los profesionales y trabajadores del sector de la salud. En segundo lugar, preocupa cómo ofrecer cuidados de largo plazo para quienes padezcan problemas de salud irreversibles.

El cuidado es la acción social encaminada a garantizar la supervivencia social y orgánica de las personas con dependencia, es decir, de quienes carecen de autonomía personal y necesitan ayuda de otros para la realización de los actos esenciales de la vida diaria.

El cuidado -no sólo en la vejez- debe ser concebido como un derecho social básico universal.

La necesidad de cuidado en edad avanzada no es nada nuevo; sin embargo, desde mediados del s. XX el modo como se ha dado respuesta a las necesidades de cuidado ha experimentado notables cambios, transformándose en un problema moderno debido a las peculiaridades de la situación actual. Justo en un momento donde están aumentando la cantidad de personas dependientes por el envejecimiento, los modos de atenderlas están en crisis. De ahí que numerosos estudios hayan calificado la necesidad de cuidados como un nuevo riesgo social, propio de las sociedades en transición o en madurez demográfica y que demanda una serie de servicios de protección pública diferenciada. El impacto de estos cambios se sentirá con más fuerza en los próximos años, una vez que la situación demográfica vaya exigiendo modificar las prestaciones sociales y sanitarias que en la actualidad se dan a la población adulta mayor, a la niñez y a las personas con discapacidad.

En la economía del envejecimiento los cuidados se ubican en el ámbito de la seguridad económica, en tanto que si las personas mayores debieran pagar por los servicios de asistencia que reciben de sus parientes, seguramente su probabilidad de pauperización aumentaría notablemente.

Existen tres fuentes de cuidado en la vejez: la Familia, el Estado y el Mercado. Ninguna de estas instituciones tiene competencia exclusiva en la provisión del cuidado y, por lo tanto, no siempre existe una clara división entre la asistencia prestada por cada uno, aunque sí hay diferencias respecto de la responsabilidad principal atribuida a cada uno de ellos. En general, distintas investigaciones sobre el tema señalan que en la mayoría de los países de la región la responsabilidad de que las personas mayores disfruten de condiciones de vida dignas depende de la familia, en menor medida del Estado y, muy lejos, del propio individuo. En la práctica, la asistencia económica y el cuidado de las personas mayores ha pasado a ser responsabilidad de los propios familiares, en la medida que el Estado ha asumido un papel secundario (CELADE, 2000). Sin embargo, el descenso de la importancia de la familia ampliada en la mayoría de los países en desarrollo está haciendo cada vez más difícil depender exclusivamente de esa forma de atención no oficial. Los gobiernos deberán adoptar políticas para facilitar la creación de mecanismos de carácter oficial para la prestación de cuidados a largo plazo a las personas mayores como extensión de los que actualmente prestan las familias.

Resulta relevante analizar la forma de financiación de asistencia de largo plazo por parte de los distintos países y si los fondos disponibles alcanzan para satisfacer la demanda que las personas de edad hacen de esos servicios. Si los proveedores privados desempeñan un rol importante hay que considerar cómo regular la actividad para asegurar determinado nivel de calidad y evitar abusos, y a la par decidir cómo lograr que las personas de menores recursos puedan acceder a los mismos. Si el sistema es público hay que definir si los servicios son de acceso universal y a un costo reducido o cero para el ciudadano, o si la riqueza y capacidad adquisitiva sirven como criterios para racionar los servicios. Cuando se aplique este último criterio, se deberá evaluar si el costo en gastos administrativos para segmentar la oferta según los criterios señalados es significativamente menor que la prestación universal.

Algunos países desarrollados como Alemania, Israel y Japón, han establecido pólizas de seguro para la asistencia de largo plazo bajo programas nacionales de seguridad social, garantizando que todos los individuos tendrán acceso a estos servicios con independencia de su situación económica. Los sistemas varían en cuanto a la prestación de servicios y/o compensaciones en efectivo y en el tipo de servicios que cubren. Otros países han recurrido a seguros privados como forma de financiar la asistencia a largo plazo; sin embargo, el costo

de los mismos suele ser muy alto, particularmente si los individuos no los contratan antes de alcanzar la vejez.

Cabe señalar que la provisión de asistencia para las personas de edad tiende a demandar grandes cantidades de trabajo y no tanto de capital o tecnología, lo que estaría beneficiando a los países en desarrollo, donde la mano de obra es relativamente abundante y barata. En cuanto a la financiación, existen varias opciones entre las que se destacan el uso de recursos tributarios especiales provenientes de la venta de determinados bienes y servicios como por ejemplo, los juegos de azar.

ENTORNO VITAL

El entorno social en el que la gente envejece está cambiando con rapidez. El tamaño de las familias se reduce, el rol de la familia ampliada se desvanece y las percepciones con respecto al apoyo intergeneracional y atención de las personas mayores cambian rápidamente. (Naciones Unidas, 2007b).

Las condiciones económicas y sociales de las personas de edad no dependen solamente de los mecanismos que ofrecen los sistemas de seguridad social, estatales o privados, sino, principalmente en América Latina, del rol que cumple la familia y las relaciones entre sus miembros. Las familias con muchos hijos tradicionalmente eran vistas como una garantía de seguridad para los mayores, tanto en el sustento económico y arreglos residenciales, como para su integración en la sociedad. Sin embargo, el cambio demográfico producirá una enorme transformación en la estructura familiar, que se torna cada vez más pequeña, con menos hijos e integrada por varias generaciones simultáneamente (cohabitación de parejas con sus hijos, padres y abuelos).

Si bien no hay muchos estudios sobre estos cambios en relación a los ancianos, existe consenso en que conlleva una revisión del rol de la familia y a una reestructuración de las redes de apoyo mutuo entre sus miembros. Quizás una de las principales consecuencias para las personas de edad es una mayor dependencia de lo que el Estado y el mercado puedan ofrecer para sus arreglos residenciales, cuidados de salud y mecanismos de inserción social. (Chackier, J., 1999).

El apoyo social, las oportunidades para la educación y el aprendizaje durante toda la vida, la protección frente a la violencia y el abuso son factores fundamentales para un envejecimiento activo.

Los cambios en la forma de vivir de las personas mayores tienen repercusiones importantes para las políticas de los países. Los países en desarrollo enfrentan más problemas que los desarrollados pues todavía tienen que proporcionar infraestructuras básicas (agua potable, saneamiento, viviendas, etc.) a lo que se agrega prestar servicios

sociales a las personas de edad, además de proporcionar mayores cuidados de largo plazo de forma oficial y desarrollar nuevas formas de atención no oficial.

ENTORNOS FÍSICOS: CIUDADES AMIGABLES CON LOS ADULTOS MAYORES

Pueden señalarse dos tendencias globales que caracterizarán el s. XXI: el envejecimiento y la urbanización de la población. A medida que las ciudades crecen, su proporción de residentes de 60 años de edad o más va en aumento. Por tal motivo, es necesario lograr que las ciudades se comprometan a ser más amigables con la edad, con el fin de aprovechar el potencial que representa este grupo poblacional para la humanidad.

Una ciudad amigable con los adultos mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. En términos prácticos, una ciudad amigable con la edad adapta sus estructuras y servicios para que sean accesibles e incluyan a las personas mayores con diversas necesidades y capacidades. (OMS).

El envejecimiento y la urbanización de la población, resultado de un desarrollo humano exitoso durante el siglo pasado, constituyen desafíos importantes para el siglo actual. La prolongación del promedio de vida es el fruto de avances críticos en la salud pública y las condiciones de vida, mientras que el crecimiento urbano está asociado al desarrollo tecnológico y económico de un país.

Las ciudades vibrantes contribuyen al mejoramiento de las condiciones de vida de toda la población de un país, tanto urbana como rural. Como centro de la actividad cultural, social y política, las mismas son un semillero de nuevas ideas, productos y servicios que influyen sobre otras comunidades y, por ende, sobre el mundo. Sin embargo, para ser sustentables, deben proveer estructuras y servicios que sostengan el bienestar y la productividad de sus habitantes. Las personas mayores, en particular, requieren entornos de vida facilitadores y de apoyo para compensar los cambios físicos y sociales asociados al envejecimiento. “Dado que el envejecimiento activo es un proceso que dura toda la vida, una ciudad amigable con los mayores es una ciudad para todas las edades” (OMS, 2007).

La Organización Mundial de la Salud señala ocho aspectos esenciales sobre los que se debe trabajar para lograr las “ciudades amigables con los mayores”: Vivienda, Espacios al Aire Libre y Edificios, Transporte, Respeto e Inclusión Social, Participación Social, Participación Cívica y Trabajo, Comunicación e Información y Apoyo Social y Servicios de Salud.

PAUTAS DE CONSUMO Y AHORRO

En general se considera que el envejecimiento poblacional tendrá repercusiones en las pautas de consumo, ahorro e inversión. Saber si estas variables se verán afectadas y en qué manera es esencial para prever la forma en que el desarrollo y el crecimiento económico tendrán lugar en el futuro.

Las pautas de consumo y ahorro varían durante la vida de las personas, dado el cambio de sus necesidades y gustos a lo largo del ciclo vital. Distintas investigaciones indican que las personas mayores tienden a gastar una proporción mayor de sus ingresos en vivienda y servicios sociales en relación a los grupos de población más jóvenes. Sobre la base de las actuales tendencias del consumo de los adultos mayores en los países desarrollados, es posible pronosticar un aumento en los gastos en salud y cuidados de largo plazo. Los gastos en energía y vivienda también aumentan porque pasan más tiempo en sus casas. Por el contrario, es posible que se reduzcan los gastos en actividades de ocio y transporte, mientras que el consumo de productos básicos, como alimentos y vestido, se mantendrán relativamente constantes. Así, el envejecimiento poblacional podría ocasionar importantes cambios en la composición de la demanda de bienes y servicios. Sin embargo, tenemos que tener en cuenta que los cambios en las pautas de consumo debido al envejecimiento varían en los distintos países; además, estos cambios ocurren lentamente a lo largo del tiempo y parecen estar más relacionados con el ingreso que con la estructura demográfica. Esta compleja realidad hace que sea difícil pronosticar tendencias futuras en el consumo, pues el crecimiento de los ingresos de las personas mayores en los próximos decenios es bastante incierto.

En relación al ahorro, existe una teoría que afirma que durante los años de trabajo las personas producen más de lo que pueden consumir, con lo que generan un excedente de ingresos que se puede utilizar en el cuidado de los hijos o ahorrar para garantizar unos ingresos después de la jubilación. Si esto es cierto, las economías con un alto nivel de dependencia de los niños tendrán una tasa de ahorro nacional relativamente baja. Por el contrario, las economías con una gran proporción de su población en edad de trabajar pueden crecer más rápidamente porque esa estructura demográfica genera un mayor excedente a lo largo de todo el ciclo de vida y porque la tasa de ahorro tenderá a ser mayor si las personas ahorran en previsión de la jubilación. Además, si las personas perciben que su esperanza de vida está aumentando pueden sentirse inclinadas a aumentar el ahorro durante su vida laboral con el fin de financiar una jubilación más prolongada.

Si bien el envejecimiento puede influir, hay otros factores que afectan el comportamiento en relación con el ahorro, como por ejemplo el volumen y distribución del ingreso en la economía, las percepciones acerca del futuro, la presión fiscal, la existencia de sistemas de

pensiones, la prestación de cuidados a las personas mayores en caso de enfermedad crónica, etc. (Naciones Unidas, 2007b).

OPORTUNIDADES DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL: EL BONO DEMOGRÁFICO

Durante la transición demográfica hay un período donde la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con las personas en edades potencialmente inactivas. En este período, durante el cual la relación de dependencia desciende, se genera una situación particularmente favorable para el desarrollo, ya que aumentan las posibilidades de ahorro y de inversión en el crecimiento económico, en tanto que, al mismo tiempo, disminuye la presión sobre el presupuesto en educación. Para describir este período se han creado diversos términos, como por ejemplo, “bono demográfico”, o “ventana demográfica de oportunidades”, que hacen referencia a las posibilidades que dicho período ofrece para elevar las tasas de crecimiento económico per cápita y los niveles de bienestar de la población²².

Sin embargo, aunque el bono demográfico abre una oportunidad para acelerar el desarrollo, su materialización depende de la adopción de políticas macroeconómicas que incentiven la inversión productiva, aumenten las oportunidades de empleo y promuevan un ambiente social y económico estable, propicio al logro de un desarrollo sostenido. Para que se traduzca en ventajas reales para la sociedad es preciso realizar considerables inversiones en capital humano, sobre todo en los jóvenes; además se requerirá dar respuesta, en particular, a la “oferta laboral de una población activa creciente y simultáneamente, disminuir la inseguridad, la precariedad y la informalidad típicas del mercado laboral” (CEPAL, 2005).

²² La Argentina se encuentra entre los países más beneficiados respecto al bono demográfico, pues el mismo se agotará en el año 2035; en efecto, según esas estimaciones en nuestro país hasta dentro de 26 años la población “dependiente” (menores de 14 años y mayores de 60 años) no superará a la “productiva”.

CAPÍTULO 3

EL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL EN LA AGENDA INTERNACIONAL

Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad, el Plan Viena y el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento de Madrid (Plan Madrid ó PAIME) constituyen la normativa internacional sobre el envejecimiento.

Los tres documentos de política forman, en conjunto, una normativa internacional sobre el envejecimiento. Sin embargo, en ninguno de ellos se enuncian obligaciones jurídicamente vinculantes. Lo que se incorpora en ellos son normas y preceptos por los cuales han accedido a regirse los gobiernos, pero sin requisito alguno de cumplimiento efectivo. No obstante, no cabe subestimar la importancia de estos documentos internacionales de política sobre el envejecimiento. Pese a que su visibilidad intergubernamental sea inferior a la de los instrumentos jurídicamente vinculantes, presentan una especificidad mayor que la de éstos y, así, ofrecen una guía útil para la actuación de los Estados. Sin embargo, dado su carácter no vinculante, la aplicación de los documentos internacionales puede ser escasa. Es frecuente que los Estados no incorporen las normas internacionales en su ordenamiento nacional ni en su actuación política. (Naciones Unidas, 2009, p. 6).

En este capítulo se presentan los tres documentos citados junto a otras resoluciones de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad y la Estrategia Regional para la implementación del Plan Madrid.

RESOLUCIONES Y PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD

DÍA INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD

El 1 de octubre se celebra el Día Internacional de las Personas de Edad, instituido por las Naciones Unidas el 14 de diciembre de 1990 (Resolución 45/106). La Asamblea designó ese día para solicitar contribuciones destinadas al Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para el Envejecimiento, que apoya programas en beneficio de los ancianos que viven en países en desarrollo y que fuera establecido como parte del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento celebrada en Viena en 1982.

El Día Internacional de las Personas de Edad tiene como objeto reconocer la contribución de los adultos mayores al desarrollo humano y económico, así como resaltar las oportunidades y los retos asociados al envejecimiento demográfico mundial. Se alienta a los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil a que celebren esa jornada con declaraciones de los jefes de Estado, de organizaciones, anuncios en los medios de comunicación, conferencias, foros y actividades intergeneracionales.

PRINCIPIOS DE LAS NACIONES UNIDAS A FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD

El 16 de diciembre de 1991, la Asamblea General aprobó y adoptó los 18 principios generales que engloban y guían sus políticas y acuerdos respecto al envejecimiento de la población (Resolución 46/91). Tales principios se encuadran en cinco grandes temas: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.

➤ *Independencia:*

Las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuado, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.

Las personas de edad deberán tener la oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos.

Las personas de edad deberán poder participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.

Las personas de edad deberán tener acceso a programas educativos y de formación adecuados.

Las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades.

Las personas de edad deberán poder residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

➤ *Participación*

Las personas de edad deberán permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes.

Las personas de edad deberán poder buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.

Las personas de edad deberán poder formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

➤ *Cuidados*

Las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.

Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.

Las personas de edad deberán tener acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.

Las personas de edad deberán tener acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.

Las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

➤ *Autorrealización*

Las personas de edad deberán poder aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.

Las personas de edad deberán tener acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

➤ *Dignidad*

Las personas de edad deberán poder vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales.

Las personas de edad deberán recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones, y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

1999. AÑO INTERNACIONAL DE LAS PERSONAS DE EDAD: "HACIA UNA SOCIEDAD PARA TODAS LAS EDADES"

En 1992, con motivo del décimo aniversario de la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se celebró la Conferencia Internacional sobre el Envejecimiento. En la misma se estableció la orientación general para seguir aplicando el Plan de Acción de Viena y se proclamó 1999 como el "Año Internacional de las Personas de Edad", en reconocimiento de la llegada de la humanidad a su madurez demográfica y de la promesa que maduren las actitudes y las capacidades en la esfera social, económica, cultural y espiritual, en particular para el logro de la paz mundial y el desarrollo en el próximo siglo, teniendo como tema unificador *"Una sociedad para todas las edades"*.

Las políticas recomendadas se fundamentaron sobre cuatro dimensiones, a saber:

- La situación de las personas de edad.
- El desarrollo individual a lo largo de toda la vida.
- Las relaciones entre generaciones.
- La relación entre desarrollo y envejecimiento de la población.

En esta Cumbre, los países se comprometen a intentar resolver los graves problemas sociales del mundo abordando tres cuestiones fundamentales que interesaban a todos los países:

- Erradicación de la pobreza.
- Promoción del pleno empleo.
- Fomento de la integración social, especialmente de los grupos más desfavorecidos.

La Cumbre marcó el surgimiento de una voluntad colectiva de asignar al desarrollo social, una de las principales prioridades en las políticas a nivel nacional e internacional y situar a la persona humana en el centro de las actividades de desarrollo.

A lo largo de la década del noventa las Naciones Unidas auspició diversas Conferencias Internacionales en materia de derechos humanos, desarrollo social, población y desarrollo, de la mujer, etc., de cuyas declaraciones políticas y planes de acción se derivan planteamientos generales aplicables al proceso de envejecimiento demográfico y, específicamente, a la situación de las personas adultas mayores., los cuales fueron recogidos en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de 2002 y su respectivo Plan de Acción.

ASAMBLEAS INTERNACIONALES SOBRE ENVEJECIMIENTO

PRIMERA ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, VIENA (AUSTRIA, 1982)

La Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento tuvo lugar en Viena en el año 1982 y constituye el primer abordaje del tema a nivel internacional. La misma adoptó el Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento (PAIV), el cual -desde un enfoque demográfico y referido específicamente a los países desarrollados que a principios de los ochenta presentaban una transición avanzada- pone el énfasis en la mejora de las condiciones de vida de las personas mayores sin grandes consideraciones respecto de las implicancias socio-económicas y culturales de este proceso.

En el Prólogo del PAIV se afirma que el mismo deberá “considerarse como parte integrante de las principales estrategias y programas internacionales, regionales y nacionales formulados en respuesta a importantes problemas y necesidades de carácter mundial”.

Recomienda medidas en sectores tales como el empleo y la seguridad económica, la salud, la nutrición, la vivienda, la educación y el bienestar social. Considera a las personas de edad como un grupo de población heterogéneo y activo con aptitudes diversas y en ocasiones con necesidades especiales en cuanto a la atención médica.

SEGUNDA ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE ENVEJECIMIENTO, MADRID (ESPAÑA, 2002)

La Asamblea General de las Naciones Unidas decidió en su 54^a sesión (1999) convocar una Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002, con ocasión del vigésimo aniversario de la celebración en Viena de la I Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (res. 54/262). El objetivo de esta nueva convocatoria era realizar un examen general de los resultados de la primera, aprobar un plan de acción revisado y una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento en el contexto de una sociedad para todas las edades.

En mayo de 2002 se celebró la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en la ciudad de Madrid, España²³.

La Asamblea reconoció que en el s. XX, gracias a los avances científicos y a los programas de salud, se produjo una revolución en la longevidad. La esperanza media de

²³ Participaron representantes de gobiernos de 159 países, entre ellos cuatro Jefes de Estado y de Gobierno y un Vicepresidente; 48 delegaciones gubernamentales encabezadas por ministros. Entre los representantes de las entidades del sistema de las Naciones Unidas se contaron los Directores Generales de la OIT, de la OMS, los Directores Ejecutivos del FPNU, UNICEF, el Secretario General de la OMT y representantes de la FAO, del BM, del IAEA, de la CEPE, de la CEPAL, de la CESPAP, de la CESPAP. También recibieron acreditaciones para asistir a los 700 representantes de ONG nacionales e internacionales, así como representantes del sector privado.

vida al nacer aumentó en 20 años en el transcurso de la segunda mitad del s. XX, iniciando el nuevo siglo con 66 años, previéndose que para 2050 aumentará 10 años más. La transición demográfica en curso hará que para mediados de este siglo los porcentajes de la población mundial correspondientes a viejos y jóvenes se igualen. En los países en desarrollo el porcentaje de personas de edad aumentará del 8% al 19%, mientras que el de niños descenderá del 33% al 22%²⁴.

Se señaló que los efectos del envejecimiento de la población sobre el desarrollo socioeconómico de la sociedad, combinados con los cambios sociales y económicos que están teniendo lugar en todos los países, crean la necesidad de adoptar medidas urgentes para garantizar la constante integración y habilitación de las personas de edad. Además, la migración, la urbanización, el cambio de la familia extendida a familias más pequeñas y móviles, la falta de acceso a tecnologías que promueven la independencia y otros cambios socioeconómicos pueden marginar a las personas de edad, apartándolas de la corriente principal del desarrollo, privándolas de funciones económicas y sociales significativas y debilitando sus fuentes tradicionales de apoyo.

Se asumió que la construcción de “*una sociedad para todas las edades*” depende, entre otros factores, de la visión estratégica de mediano y largo plazo de las políticas públicas y prácticas adoptadas por los países para “(...) garantizar que en todas partes, la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas adultas mayores puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos plenos de derechos”. (Naciones Unidas, 2002a). Este planteo implica una concepción de política pública integral y transversal, que atienda simultáneamente dos dimensiones interrelacionadas:

- a) La calidad de vida de las personas adultas mayores en términos de salud, seguridad social, educación, trabajo, vivienda, redes sociales de apoyo, protección de sus derechos humanos, participación social y política, etc.
- b) Un enfoque basado en la vinculación del proceso de envejecimiento poblacional con el desarrollo integral del país, a través de una visión intergeneracional del ciclo de vida y de participación social.

Se adoptaron dos documentos oficiales: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid para el Envejecimiento (PAIME). En el primero se establecen los compromisos de los Gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural; el segundo constituye un instrumento programático en el cual se proponen recomendaciones en tres áreas prioritarias: i) las

²⁴ Ver capítulo 1.

personas de edad y el desarrollo, ii) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez, iii) la creación de un entorno propicio y favorable a las personas de edad.

El PAIME se erige como un instrumento de política internacional cuyo objetivo es guiar y facilitar la integración a nivel de cada país de los conceptos, objetivos y recomendaciones desarrollados a lo largo de todo el documento de la II Asamblea. Para lograr “*una sociedad para todas las edades*” parte de los siguientes supuestos fundamentales:

- a) Empoderar a las personas adultas mayores en todos los ámbitos y facetas del desarrollo.
- b) Promover y proteger todos los derechos y libertades fundamentales de la población en general.
- c) Asegurar las posibilidades y opciones reales de participación de las personas adultas mayores en todos los ámbitos en condiciones de igualdad
- d) Promover una imagen positiva de las personas adultas mayores y de la vejez en general.
- e) Combatir la discriminación por motivos de edad.

El Plan incluyó un amplio documento que contiene 35 objetivos y 239 recomendaciones para la adopción de medidas para la protección de las personas de edad en un conjunto de cuestiones, como por ejemplo en materia laboral y la creación de empleo; los vínculos sociales y familiares; la educación y la capacitación; la distribución equitativa de la riqueza, la erradicación de la pobreza y los ingresos mínimos; el reconocimiento a la contribución social y cultural, independientemente de la contribución económica; y la sustentabilidad de los sistemas de protección social, así como de los soportes financieros de los sistemas de pensiones, entre muchos otros temas, como vivienda, acceso universal a los servicios de salud, la actuación en situaciones de emergencia y de desastres naturales; o la prevención del abandono, el maltrato y la violencia. Las recomendaciones fueron concebidas de tal forma que para su cumplimiento intervienen todos los actores de la sociedad: gobiernos, organismos internacionales competentes, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de adultos mayores, medios de comunicación, etc.

En general, el PAIME se aparta del enfoque tradicional de bienestar que considera a la vejez como una etapa de carencias de todo tipo (económicas, físicas y sociales) y, por lo tanto, a los adultos mayores como objetos de protección. Las personas adultas mayores son consideradas sujetos de derecho y las políticas y recomendaciones resultan ser transversales dado que abordan temas de vital importancia para el conjunto de una sociedad que envejece.

Es necesario resaltar que el Plan recoge las visiones y necesidades de los países en general, independientemente de su grado de desarrollo; a efectos de tener en cuenta las

diferencias existentes entre naciones, se acordó adaptarlo a partir de la construcción de estrategias regionales basadas en orientaciones comunes, a través de planes operativamente más manejables y acordes a situaciones más homogéneas, al menos en teoría.

Los responsables primarios de la ejecución y puesta en marcha a nivel nacional de las recomendaciones del Plan son los gobiernos, en cooperación con otras instituciones interesadas como por ejemplo, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil, organismos internacionales, etc. Resulta imprescindible destacar que al ser un instrumento político no vinculante, el Plan carece de obligatoriedad y su cumplimiento queda sujeto a la discrecionalidad y voluntad política de los Estados.

La Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas es la entidad responsable del seguimiento y evaluación de la instrumentación a nivel de cada nación del Plan de Madrid (resolución 58/134 de 2002). La evaluación se hará cada 5 años (resolución 42/1 de 2004).

Con el objeto de facilitar y guiar a los países en este proceso, el Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas publicó en 2007 las “Directrices para el examen y la evaluación del Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Criterio Participatorio de Abajo hacia Arriba”, y en 2008 la “Guía para la Aplicación Nacional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento”.

PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID EN LOS PAÍSES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. CONFERENCIA REGIONAL INTERGUBERNAMENTAL SOBRE ENVEJECIMIENTO

Para dar cumplimiento al Plan de Acción Internacional de Madrid en los países de América Latina y el Caribe se conformó un Grupo Interinstitucional sobre Envejecimiento, integrado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), el Banco Mundial (BM) y el Programa sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas.

En noviembre de 2003 durante la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento celebrada en Santiago de Chile, los países de la región acordaron la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. La misma se sustenta en diversos supuestos generales que deben regir la acción de los gobiernos, entre los cuales se destacan (CEPAL, 2004b):

- Perspectiva del “envejecimiento activo y saludable”.
- Reconocimiento de la heterogeneidad de las personas adultas mayores en cuanto a edad, etnia, género, nivel socioeconómico, etc.
- Adopción del enfoque de ciclo de vida y de una visión de largo plazo.
- Empoderamiento de las personas adultas mayores en todas las dimensiones del desarrollo.
- Promoción de la solidaridad intergeneracional.
- Incorporación de la perspectiva del envejecimiento en el desarrollo integral y en las políticas públicas.

En la Estrategia se plantean metas, objetivos y recomendaciones para la acción en favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias acordadas en Madrid; constituye un marco de referencia que los países deben adaptar a sus realidades nacionales con el fin de responder eficazmente a las necesidades e intereses de las personas mayores.

A continuación se presentan cada una de las áreas prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez; creación de un entorno propicio y favorable.

LAS PERSONAS DE EDAD Y EL DESARROLLO

El desarrollo implica la capacidad de un país de producir una mayor cantidad de bienes y servicios con una alta tasa de productividad, la disponibilidad y acceso a los mismos de todos sus habitantes y la creación de condiciones para la autorrealización personal en un contexto de seguridad y dignidad.

Un componente fundamental de la calidad de vida en la vejez es la *seguridad económica*, que se define como “la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos adecuados y sostenidos que les permita a las personas mayores de edad llevar una vida digna y el logro de calidad de vida”. (CEPAL, 2004b, p.10).

La magnitud de los recursos definidos como necesarios no es fija y depende de la edad, del estado de salud, del género, de los patrones de consumo y ahorro en etapas anteriores, del aporte del Estado en términos de subsidios y servicios gratuitos, etc.

En relación a las fuentes de seguridad económica en la vejez las más importantes son las jubilaciones y pensiones y el trabajo.

- **Meta General:**

Protección de los derechos humanos de las Personas Mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y educación que

promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y en el desarrollo

Para alcanzar esta meta general se definen los siguientes objetivos específicos:

- Objetivo 1: Promover los derechos humanos de las personas mayores.
- Objetivo 2: Promoción del acceso, en condiciones de igualdad, al empleo decente, a la formación continua y al crédito para emprendimientos propios o comunitarios.
- Objetivo 3: Promoción y facilitación de la inclusión laboral formal para los adultos mayores.
- Objetivo 4: Ampliación y mejoramiento de la cobertura de pensiones, tanto contributivas como no contributivas.
- Objetivo 5: Creación de las condiciones adecuadas para articular la plena participación de las personas mayores en la sociedad, con el fin de favorecer su empoderamiento como grupo social y fortalecer el ejercicio de una ciudadanía activa.
- Objetivo 6: Promoción de la igualdad de oportunidades y de acceso a la educación a lo largo de toda la vida.

EL FOMENTO DE LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA VEJEZ

Como se ha visto, una de las transformaciones demográficas más importantes de los países de la Región en las últimas décadas ha sido el incremento significativo de la población de 60 años o más, asociado a la disminución de la fecundidad y la mortalidad de todas las edades, el incremento en la esperanza de vida y las mejoras en la calidad y acceso a los servicios de salud disponibles.

Desde el envejecimiento se derivan dos conceptualizaciones que contribuyen significativamente al abordaje de la calidad de vida de los adultos mayores en términos de salud y bienestar. Estas son las de envejecimiento saludable y envejecimiento activo. Como se señaló en el Capítulo 1, el envejecimiento activo constituye un concepto más amplio que el envejecimiento saludable al reconocer factores que junto a lo sanitario, afectan la manera de envejecer de individuos y poblaciones, relacionándose estrechamente con un enfoque de derechos de las personas de edad, su autonomía e independencia.

El objetivo fundamental de una política de salud dirigida a las personas mayores es fortalecer la capacidad del individuo para compensar y retardar las pérdidas normales que tienen lugar en el proceso de envejecimiento y a la vez limitar la aparición prematura del deterioro funcional. Las acciones en materia de salud deben orientarse a prolongar el bienestar físico, psíquico y social, componente básico de la calidad de vida en la vejez. (CEPAL, 2006b).

Según las recomendaciones de la CEPAL, los indicadores de salud y bienestar en la vejez que deben contemplarse en la evaluación del estado de salud de la población adulta mayor para el seguimiento de políticas y programas pueden ser agrupados en cuatro áreas básicas: mortalidad y sus causas; estado de salud en la vejez; estilos de vida y los factores de riesgo; y finalmente la atención en salud.

- **Meta General:**

Las personas de edad deberán tener acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía

Para alcanzar esta meta se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Objetivo 1: Promoción de una cobertura universal de las personas mayores a los servicios de salud, incorporando el envejecimiento como componente esencial de las legislaciones y políticas nacionales de salud.
- Objetivo 2: Establecimiento de un servicio integral de salud que responda a las necesidades de las personas adultas mayores, fortaleciendo y reorientando para ello los servicios existentes y creando aquellos que fueran necesarios.
- Objetivo 3: Promoción de conductas personales y ambientales saludables a través de leyes, políticas, programas y acciones nacionales y comunitarios.
- Objetivo 4: Creación de marcos legales y mecanismos adecuados para la protección de los derechos de las personas mayores que utilizan los servicios de largo plazo.
- Objetivo 5: Promoción de la formación de recursos humanos a través del diseño y la implementación de un plan nacional de capacitación en gerontología y geriatría para los prestadores actuales y futuros de servicios de salud, en todos los niveles de atención, con énfasis en el nivel de atención primaria.

ENVEJECIMIENTO Y ENTORNOS FAVORABLES

El entorno propicio y favorable para las personas mayores es un tópico destacado del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, sin embargo constituye un ámbito de estudio poco explorado en la región. Esto se debe, por una parte, a que abarca un número muy grande y heterogéneo de temas y, por otra, a que su tratamiento -sobre todo lo referido a los entornos sociales- requiere la producción y análisis de datos cualitativos.

El concepto de entornos propicios no está plenamente estandarizado, sin embargo el PAIME y la Estrategia Regional aluden especialmente a las condiciones socioculturales y

ambientales que propicien un envejecimiento digno y seguro en la comunidad de origen. Estas condiciones se dividen en dos ámbitos de intervención: los entornos sociales y los entornos físicos. El primero incluye las temáticas referidas a los arreglos residenciales, las redes de apoyo, la violencia y el maltrato contra las personas mayores, la participación y la imagen social de la vejez, y el segundo abarca los temas de vivienda y uso del espacio urbano.

- **Meta General:**

Las personas mayores gozarán de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez.

Para alcanzar esta meta general se definen los siguientes objetivos específicos:

- Objetivo 1: Adaptación del entorno físico a las características y necesidades de las personas mayores para lograr una vida independiente en la vejez.
- Objetivo 2: Aumento de la disponibilidad, sostenibilidad y adecuación de los sistemas de apoyo social de las personas mayores.
- Objetivo 3: Eliminación de todas las formas de discriminación y maltrato en contra de las personas mayores.
- Objetivo 4. Promoción de una imagen positiva de la vejez.

SEGUIMIENTO DEL PLAN DE ACCIÓN DE LA SEGUNDA ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

NACIONES UNIDAS

El primer examen y evaluación general del Plan de Madrid se llevó a cabo durante las sesiones 45° (2007) y 46° (2008) de la Comisión de Desarrollo Social de las Naciones Unidas; los resultados se presentaron ante la Asamblea General en su 63° período de sesiones de 2008.

Según el Informe del Secretario General se observaron:

- Ciertas limitaciones en el fortalecimiento o creación de capacidad nacional sobre envejecimiento, especialmente en los países en desarrollo y en aquellos con economías en transición.
- Avances considerables en la ejecución de políticas y programas públicos dirigidos a las personas adultas mayores en materia de:

- nuevos mecanismos de protección social principalmente en relación a los sistemas de jubilaciones y pensiones.
- extensión de prestaciones y atención de la salud.
- adecuación de los mercados de trabajo y sistemas de asistencia al envejecimiento demográfico acelerado.
- incremento de la participación social.
- promoción del empleo.
- capacitación y formación en geriatría y gerontología.
- prevención de la discriminación y el maltrato.
- solidaridad intergeneracional.
- sensibilización y concientización sobre cuestiones relacionadas con el envejecimiento.
- A su vez se registraron rezagos en áreas prioritarias como por ejemplo:
 - limitada cobertura en planes públicos de protección social y descenso en los sistemas informales de protección social debido a la migración y los cambios en las estructuras familiares.
 - falta de acceso a servicios adecuados de atención y salud.
 - insuficiente participación de las personas adultas mayores en las esferas: política, económica, social y cultural de los países.
 - limitadas posibilidades para continuar la educación y capacitación en la vejez.
 - falta de datos e investigaciones estadísticas desglosados por edad.
- En relación a los principales desafíos se destacan:
 - necesidad de mejorar las modalidades de convivencia independientes de las personas adultas mayores para posibilitar el envejecimiento en el hogar.
 - necesidad de invertir en el empoderamiento de las personas adultas mayores para reivindicar sus derechos como ciudadanos.
 - lograr una mayor participación de las personas adultas mayores en la evaluación de las políticas y programas actuales sobre el envejecimiento.
 - integración de los problemas de las personas adultas mayores a las políticas y programas de desarrollo.
 - prestar mayor atención a las necesidades de las personas adultas mayores que viven en el ámbito rural, pues generalmente están estrechamente ligadas a situaciones de pobreza.

AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Las diversas comisiones regionales llevaron a cabo seminarios, reuniones y conferencias para analizar y evaluar el grado de avance en la aplicación del Plan de Madrid.

A nivel regional en diciembre de 2007 se llevó a cabo la **Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento** organizada por la CEPAL y el Gobierno de Brasil, contando con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas. Se fundamentó en el principio "*Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos*".

Durante la Conferencia se reconoció que en general se observan mejoras en la situación de las personas adultas mayores de la región, si bien estos progresos resultan muy desiguales tanto entre países como hacia el interior de los mismos. Entre los avances pueden señalarse:

- Tendencia a priorizar la protección de ingresos, por ejemplo a través de programas dirigidos a personas adultas mayores pobres que no podían contribuir al sistema público de protección social.
- Acciones destinadas a ajustar los servicios de salud a las necesidades de las personas adultas mayores.
- Fortalecimiento de las especializaciones en geriatría y gerontología
- Esfuerzos en prevención del abuso y discriminación a las personas adultas mayores.

Por otra parte se detectaron estancamiento o avances limitados en algunas áreas, como por ejemplo:

- Cobertura de los mecanismos de protección social.
- Calidad de las prestaciones y servicios de salud; desigualdad de acceso a los mismos.
- Inclusión social y participación política.
- Imagen de la vejez.
- Desfase entre los marcos jurídicos, normativos, institucionales y operativos relacionados a la problemática del envejecimiento y la vejez.
- El tema del envejecimiento no se trata como una prioridad en las políticas públicas y los mecanismos institucionales siguen sin estar a la altura de las expectativas en este ámbito.

- **Declaración de Brasilia de los Estados Miembros.**

En lo referido a derechos se destaca lo siguiente:

Reafirmamos el compromiso de no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas de edad para hacer efectivos sus derechos (inciso 1).

Proponemos crear marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad, tanto si se utilizan los servicios de larga estadía como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, negligencia, maltrato y violencia contra las personas de edad. (inciso 13).

Asimismo reafirmar el compromiso de incorporar el tema del envejecimiento y darle prioridad en todos los ámbitos de las políticas públicas y programas (inciso 7); hacer todos los esfuerzos para ampliar y mejorar la cobertura de las pensiones contributivas y no contributivas (inciso 10); promover el trabajo digno conforme a los criterios de la OIT para todas las personas de edad (inciso 11); promover la puesta en práctica de iniciativas para mejorar la accesibilidad del espacio público, la adaptación de las viviendas con personas de edad a fin de facilitar el envejecimiento en el hogar y el apoyo a las familias, en especial a las mujeres, en las tareas de cuidado (inciso 16) e impulsar el acceso a la educación continua y permanente a lo largo de toda la vida y a todos los niveles (inciso 18).

- **Carta de Brasilia. Declaración de la Sociedad Civil**

En las exigencias a los Estados y Gobiernos, solicitan la elaboración de una Convención Internacional en defensa de los derechos de las personas adultas mayores, o un texto equivalente, que sea jurídicamente vinculante a fin de fortalecer y facilitar los instrumentos necesarios y suficientes para la reivindicación de todos sus derechos y orientar programas de promoción y capacitación, dirigidos a todos los grupos de población, a los funcionarios de las instituciones gubernamentales, y demás entidades relacionadas con el tema en la Región

En los compromisos de la Declaración, la sociedad civil señala que se compromete a:

Realizar las gestiones pertinentes ante las instancias administrativas, legislativas, organismos nacionales e internacionales para lograr un Acuerdo Internacional de creación de un instrumento en defensa de los derechos de las personas adultas mayores que sea jurídicamente vinculante.

LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

Los derechos de los adultos mayores no han sido consagrados en un documento global de carácter vinculante a diferencia de otros grupos poblacionales considerados vulnerables

como por ejemplo mujeres y niños; los mismos se encuentran abordados superficialmente por diversos instrumentos internacionales sin existir algún mecanismo que vigile y haga valer la obligatoriedad de la aplicación del conjunto de principios de las Naciones Unidas para este efecto. (Villareal Martínez, 2005).

Si bien las Naciones Unidas ha estudiado la cuestión de las personas de edad desde 1948 cuando la Asamblea General aprobó la resolución 213 (III) relativa al Proyecto de Declaración de los Derechos de la Vejez, el tema fue abordado de forma indirecta por la Asamblea y por los Organismos interesados en cuestiones sociales. En 1977 el problema se abordó en forma directa al hacer énfasis en la necesidad de organizar una Asamblea Mundial sobre las Personas de Edad; en 1978 se acordó que dicha conferencia se lleve a cabo en 1982.

Otro hito importante es la Declaración de los *Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad*, aprobados en la Asamblea General de las Naciones Unidas en diciembre de 1991; constituye la base de una futura convención sobre los derechos de las personas mayores.

Con respecto a los derechos humanos, aquellos que son inherentes a la condición humana y se consideran fundamentales de la persona, de los adultos mayores interesa resaltar que son titulares de derechos individuales -derechos de primera generación-, pero también son titulares de derechos de grupo - derechos de segunda y tercera generación -, por lo tanto se requiere que junto con el reconocimiento de sus libertades esenciales, puedan disfrutar también del ejercicio de derechos sociales de manera de lograr vivir con seguridad y dignidad, lo que exige un papel activo del Estado, la sociedad y de sí mismos.

Existen dos fuentes donde se establecen los derechos de las personas de edad. En primer lugar, los instrumentos internacionales de los derechos humanos de las Naciones Unidas y sus Organismos Especializados; en segundo lugar, los instrumentos de derechos humanos de la Organización de Estados Americanos (OEA) y sus Organismos Especializados.

DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN LOS INSTRUMENTOS DE LAS NACIONES UNIDAS

DECLARACIONES Y TRATADOS

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)

En la Declaración Universal de Derechos Humanos se establecen ciertos derechos fundamentales como la igualdad y la prohibición de discriminación por cualquier condición; el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuadas, etc. Todos estos derechos son extensivos a las personas mayores y de fundamental importancia para el desarrollo de las libertades en la vejez. Resulta relevante el siguiente artículo:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, **vejez** u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. (Artículo 25.1).

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Un desarrollo más amplio de los conceptos de la Declaración Universal se encuentra en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Merecen resaltarse los siguientes artículos:

Los Estados Partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (Artículo 2, inciso 2).

Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a la seguridad social, incluso al seguro social. (Artículo 9).

Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC) (1999)

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirmó que los Estados Partes en el Pacto deben prestar especial atención al fomento y protección de los DESC de las personas de edad (Comentario General N° 4). La función del Comité en este sentido se convierte en esencial dado que, a diferencia de lo que ocurre en otros grupos de población, como en el caso de las mujeres y los niños, no existe todavía una amplia convención internacional en relación con los derechos de las personas de edad, ni acuerdos de supervisión vinculantes ligados a los diversos principios de las Naciones Unidas en esta esfera.

El Comité consideró que la mayoría de los informes de los Estados Partes hacían escasa referencia con respecto al cumplimiento del Pacto en relación a las personas de edad; por tal motivo preparó un documento de comentarios generales sobre la aplicación a las personas mayores de los diversos artículos y disposiciones de ese Acuerdo (Comentario General N° 6, contenido en el documento E/1996/22, anexo IV) que se presentan a continuación:

- *Igualdad de derechos para hombres y mujeres (artículo 3)*

El Comité considera que los Estados Partes deberían prestar una atención especial a las mujeres de edad avanzada que frecuentemente se encuentran en situaciones críticas. Recomienda a los Estados Partes crear subsidios no contributivos u otro tipo

de ayudas para todas las personas, independientemente de su género, que carezcan de recursos al alcanzar una edad especificada en la legislación nacional.

- *Derechos en relación con el trabajo (artículos 6,7 y 8)*

El Comité, considera que los Estados Partes están obligados a adoptar medidas que eviten la discriminación en el empleo y en la profesión por cuestión de edad; a poner en marcha programas de jubilación preparatorios; a garantizar condiciones seguras de trabajo hasta la jubilación;

- *Derecho a la seguridad social (artículo 9)*

El Comité considera que los Estados Partes deben adoptar medidas adecuadas que permitan establecer regímenes generales para un seguro de vejez obligatorio, a partir de una determinada edad, prescrita en la legislación nacional; invita a los Estados Partes a establecer una edad de jubilación flexible, dependiendo de las ocupaciones realizadas y de la capacidad de trabajo de las personas de edad, teniendo debidamente en cuenta los factores demográficos, económicos y sociales y proporcionar subsidios de vejez no contributivos y otras ayudas a todas las personas mayores que, alcanzada la edad establecida en la legislación nacional, no han finalizado el período de calificación contributivo y no tengan derecho a una pensión de vejez u otro tipo de prestación de seguridad social o ayuda, y que carezcan de otra fuente de ingresos.

- *Protección de la familia (artículo 10)*

Los gobiernos y organizaciones no gubernamentales tienen el deber de crear servicios sociales en apoyo de la familia cuando existan personas de edad en el hogar, y aplicar medidas especialmente destinadas a las familias de bajos ingresos que deseen mantener en el hogar a las personas de edad avanzada.

- *Derecho a un nivel de vida adecuado (artículo 11)*

Las personas de edad deberían tener acceso adecuado a la alimentación, al agua, a la vivienda, al vestuario y a la atención sanitaria, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y la comunidad y su propia autosuficiencia. Las políticas nacionales deberían contribuir a que las personas de edad permanezcan en sus propios hogares tanto tiempo como sea posible, mediante la restauración, desarrollo y mejoramiento de las viviendas.

- *Derecho a la salud física y mental (artículo 12)*

A efectos de garantizar el derecho de las personas de edad a disfrutar de un nivel satisfactorio de salud física y mental, es necesario que los Estados Partes implementen una política sanitaria encaminada a preservar la salud de los mayores, partiendo de una visión de conjunto que vaya desde la prevención y rehabilitación a los cuidados del enfermo terminal. Los Estados Partes deberían tener presente que el mantenimiento de la salud en la vejez requiere inversiones durante toda la vida, esencialmente

mediante la adopción de estilos de vida saludables (alimentos, ejercicio, eliminación de tabaco y alcohol).

- *Derecho a la educación y la cultura (Artículo 13)*

En el caso de las personas de edad, este derecho debe ser abordado desde dos aspectos diferentes y complementarios: el derecho de la persona de edad a disfrutar de programas educativos y el aprovechamiento de sus conocimientos y experiencia por parte de las generaciones más jóvenes.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. RECOMENDACIONES SOBRE LOS TRABAJADORES DE EDAD

La Recomendación 162 de 1980 trata sobre la aplicación de un programa que permita a los trabajadores prever las disposiciones necesarias, con el fin de preparar su jubilación y adaptarse a su nueva situación, proporcionándoles información apropiada. Según el texto de la recomendación, debe ofrecerse información al trabajador de edad mayor acerca de los siguientes temas:

- Ingresos y prestaciones de vejez a los que pueda tener derecho;
- Posibilidad de continuar la actividad profesional, especialmente a tiempo parcial, como también de constituirse en trabajador por cuenta propia;
- Envejecimiento individual y cómo prevenirlo;
- Utilización del tiempo libre;
- Facilidades disponibles para la educación del adulto, bien sea para responder a los problemas específicos de la jubilación o mantener sus esferas de interés.

Por otra parte, la Resolución relativa a la seguridad social de la OIT del año 2001 hace un llamado especial a considerar las repercusiones que impone el envejecimiento de la población a la seguridad social, tanto en los sistemas de capitalización como en los de reparto, proponiendo que las soluciones atinentes a la transferencia intergeneracional deben centrarse en medidas destinadas a aumentar las tasas de empleo, en particular de las mujeres, los trabajadores de edad avanzada, los jóvenes y los discapacitados. Asimismo, deben encontrarse medios para obtener mayores niveles de crecimiento económico sostenible que den lugar a un aumento del empleo productivo, y recalca que -en concordancia con lo establecido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto de los DESC- la seguridad social es un derecho fundamental y un instrumento esencial para crear cohesión y, de ese modo, garantizar la integración social. (Huenchuan, S., Morlachetti, A., 2007).

En relación a los Derechos de las Personas Mayores en Instrumentos de las Naciones Unidas se presenta a modo de síntesis el cuadro N° 1.

Cuadro N° 1. Derechos de las personas mayores en instrumentos internacionales: Naciones Unidas

Denominación	Carácter Normativo	Especificaciones
Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)	No Vinculante	Establece derechos fundamentales como el de igualdad y la prohibición de discriminación por cualquier condición, el derecho a la seguridad social y a condiciones de vida adecuadas, los que son aplicables por extensión a las personas mayores y de gran importancia para el desarrollo de las libertades en la vejez.
Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)	Vinculante	No contiene referencia explícita a los derechos de las personas mayores. Sin embargo, en su artículo 9 relativo al "derecho de toda persona a la seguridad social, "comprendiendo los seguros sociales", supone implícitamente el reconocimiento de un derecho a las prestaciones de la vejez. Las disposiciones del Pacto se aplican plenamente a todos los miembros de la sociedad, por lo que es evidente que las personas mayores deben gozar de la totalidad de los derechos en él reconocidos.
Resolución 46/91 sobre Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad (1991)	No Vinculante	Se enuncian cinco principios que tienen relación estrecha con los derechos consagrados en los instrumentos internacionales: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.
Recomendación 162 de la OIT (1980)	No Vinculante	Relativa a la aplicación de un programa que permita a los trabajadores prever las disposiciones necesarias con el fin de preparar su jubilación y adaptarse a su nueva situación, proporcionándole información apropiada.
Recomendación Relativa a la seguridad social de la OIT (2001)	No Vinculante	Hace un llamado especial a considerar las repercusiones que impone el envejecimiento de la población a la seguridad social, tanto a los sistemas de capitalización como a los de reparto

Fuente: Villareal Martínez, 2005, p. 14.

DERECHOS DE LAS PERSONAS MAYORES EN LOS INSTRUMENTOS DE LA ORGANIZACIÓN DE ESTADOS AMERICANOS (OEA)

CONVENCIÓN AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS. PACTO DE SAN JOSÉ DE COSTA RICA, 1969

Incluye la edad como “otra condición social” objeto de discriminación que debe ser erradicada.

Los Estados Partes en esta Convención se comprometen a respetar los derechos y libertades reconocidos en ella y a garantizar su libre y pleno ejercicio a toda persona que esté sujeta a su jurisdicción, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (Artículo 1, inciso 1).

El documento se refiere en algunas oportunidades a los mayores de edad. Por ejemplo en el Artículo 4 sobre el Derecho a la Vida, señala en el inciso 5:

No se impondrá la pena de muerte a personas que, en el momento de la comisión del delito, tuvieran menos de dieciocho años de edad o **más de setenta**, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez.

El artículo 23 sobre Derechos Políticos se refiere a la posibilidad de reglamentar el acceso a cargos públicos por razones de edad.

PROTOCOLO ADICIONAL A LA CONVENCIÓN AMERICANA DE DERECHOS HUMANOS. (PROTOCOLO DE SAN SALVADOR) (1999).

Este Protocolo es el único instrumento vinculante para los países de América Latina y el Caribe. En él se incluyen normas sobre los derechos básicos de las personas mayores. Sus disposiciones obligan a los Estados Partes a garantizar progresivamente a las personas la protección y el disfrute de los derechos básicos (alimentación y atención médica), el derecho al trabajo y la participación en la sociedad durante la vejez.

Los Estados Partes en el presente Protocolo se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se enuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social. (Artículo 3).

1. Toda persona tiene derecho a la seguridad social que la proteja contra las consecuencias de la vejez y de la incapacidad que la imposibilite física o mentalmente para obtener los medios para llevar una vida digna y decorosa. En

caso de muerte del beneficiario, las prestaciones de seguridad social serán aplicadas a sus dependientes. (Artículo 9).

2. Cuando se trate de personas que se encuentran trabajando, el derecho a la seguridad social cubrirá al menos la atención médica y el subsidio o jubilación en casos de accidentes de trabajo o de enfermedad profesional (...) (Artículo 9).

3. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. (Artículo 10).

4. Toda persona tiene derecho a vivir en un medio ambiente sano y a contar con servicios públicos básicos. (Artículo 11).

5. Toda persona tiene derecho a una nutrición adecuada que le asegure la posibilidad de gozar del más alto nivel de desarrollo físico, emocional e intelectual. (Artículo 12).

6. Toda persona tiene derecho a la educación. (Artículo 13).

7. “Los Estados partes en el presente Protocolo reconocen el derecho de toda persona a (Artículo 14):

a. participar en la vida cultural y artística de la comunidad;

b. gozar de los beneficios del progreso científico y tecnológico;

8. Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a (Artículo 17):

a. proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas;

b. ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;

c. estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

RESOLUCIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS) A FAVOR DE LOS ADULTOS MAYORES (2002)

La OPS instó a los Estados Americanos a que

(...) aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores”. Además a que “a) adopten prioridades de promoción de salud apropiadas para las personas mayores y fijen metas con enfoque de género y estrategias de vigilancia en las áreas de salud nutricional, actividad física, lesiones no intencionales, incluidas caídas y salud mental; b) incrementen el acceso a la atención de la salud de manera apropiada, así como a los medicamentos esenciales para las personas mayores, especialmente aquellas que carezcan de recursos; c) promuevan iniciativas de atención comunitaria y a largo plazo y reglamenten la prestación de asistencia a las poblaciones vulnerables. (Resolución CE 130.R19 de 2002).

Cuadro N° 2. Derechos de las personas mayores en instrumentos internacionales: Organización de Estados Americanos

Denominación	Carácter Normativo	Especificaciones
Convención Americana sobre Derechos Humanos (1969)	Vinculante	Contiene algunas disposiciones particulares en el artículo 4 sobre el derecho a la vida, como la no imposición de la pena de muerte a mayores de 70 años y en el artículo 23, sobre derechos políticos, en relación a la posibilidad de reglamentar el ejercicio de cargos públicos a partir de determinada edad.
Protocolo Adicional en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador, 1999)	Vinculante	Es el único instrumento vinculante que estipula derechos básicos para las personas mayores. El artículo 9 indica que: "Toda persona tiene el derecho a la seguridad social que lo proteja contra las consecuencias de la vejez". En el artículo 17 señala que "Toda persona tiene el derecho a la protección especial durante la ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica"
Recomendación de la OPS (2002)	No Vinculante	Insta a los Estados Americanos a que aboguen por la promoción y protección de los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas adultas mayores

Fuente: Villareal Martínez, 2005, p.14

PLANES DE ACCIÓN DE OTRAS CONFERENCIAS MUNDIALES

Los Planes de Acción de las Conferencias Mundiales constituyen una base política en el ámbito internacional pues comprenden directrices sobre las formas en que los diversos países pueden enfrentar diversos temas, entre ellos el envejecimiento.

PLAN DE ACCIÓN DE LA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE LA POBLACIÓN Y EL DESARROLLO, EL CAIRO (EGIPTO, 1994)

Con respecto a las personas de edad dice:

Se exhorta a los gobiernos a que establezcan sistemas de seguridad social que aseguren una mayor equidad y solidaridad entre las generaciones y en el interior de una misma generación y que presten apoyo a las personas de edad mediante la promoción de las familias multigeneracionales. Los gobiernos deberán también tratar de aumentar la capacidad de las personas de edad para valerse por sí mismas, de modo que puedan llevar una vida saludable y productiva y hacer uso cabal de sus aptitudes y facultades que hubieran adquirido a lo largo de su vida en beneficio de la sociedad. Los gobiernos deberían fortalecer los sistemas de apoyo y de seguridad para las personas de edad, tanto oficiales como no oficiales y eliminar todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad.

PLATAFORMA DE ACCIÓN DE BEIJING, APROBADA EN LA IV CONFERENCIA MUNDIAL SOBRE LA MUJER (1995)

Con el aumento de la esperanza de vida y el número cada vez mayor de ancianas, la salud de las mujeres de edad avanzada exige una atención particular. Las perspectivas a largo plazo de la salud de la mujer sufren transformaciones en la menopausia que, sumadas a afecciones crónicas y a otros factores, como la mala nutrición y la falta de actividad física, pueden aumentar el riesgo de enfermedades cardiovasculares y osteoporosis. También merecen una atención particular otras enfermedades asociadas al envejecimiento y las relaciones entre el envejecimiento y la discapacidad de la mujer... Medidas que han de adoptar los gobiernos: a) Promulgar y hacer cumplir leyes que garanticen los derechos de la mujer y el hombre a una remuneración igual por el mismo trabajo o por un trabajo de igual valor... Aprobar y aplicar leyes contra la discriminación por motivos de sexo, en el mercado de trabajo, con especial consideración a las trabajadoras de más edad, en la contratación y el ascenso, en la concesión de prestaciones laborales y de seguridad social y en las condiciones de trabajo (...) (párrafos 101, 106 y 165).

NACIONES UNIDAS: GRUPO DE TRABAJO PARA LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS DE EDAD

La Asamblea General de las Naciones Unidas creó en diciembre de 2010 un Grupo de Trabajo abierto a todos sus miembros para promover la protección y promoción de los derechos humanos de las personas de edad, y considerar la viabilidad de nuevos instrumentos legales, entre ellos, una Convención Internacional específica para ese grupo etario (resolución A/65/182). La Argentina quedó al frente del mismo, actuó sin plazos establecidos, ofreció la instancia internacional más alta que haya tenido el debate sobre los derechos de la tercera edad. La primera sesión de trabajo se llevó a cabo entre el 18 y el 21 de abril de 2011, mientras que la segunda se realizó desde el 1 al 5 de agosto de 2011.

La iniciativa fue impulsada por Latinoamérica, con el liderazgo del MERCOSUR, recibiendo el apoyo del Grupo de los 77 más China, el bloque de países en desarrollo más importante de las Naciones Unidas.

Estas deliberaciones suponen un primer paso concreto hacia la negociación de un instrumento internacional jurídicamente vinculante, como una Convención, desde que en la III Sesión de las Naciones Unidas en 1948 se aprobó la Declaración sobre los Derechos de la Ancianidad, a partir de la iniciativa del gobierno argentino.

PARTE II

LA ARGENTINA

SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y CONDICIONES DE VIDA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR. MARCO NORMATIVO, INSTITUCIONAL Y PROGRAMÁTICO A FAVOR DE LAS PERSONAS DE EDAD

CAPÍTULO 4: PERFIL DEMOGRÁFICO

**CAPÍTULO 5: LA ARGENTINA: SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA Y DE SALUD DE
LA PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL MARCO DE LAS
ORIENTACIONES PRIORITARIAS DEL PLAN DE ACCIÓN
INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE ENVEJECIMIENTO (PAIME)**

**CAPÍTULO 6: LA ARGENTINA. MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL A FAVOR
DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES**

CAPÍTULO 7: POLÍTICAS DE VEJEZ EN LA ARGENTINA

**CAPÍTULO 8: LA ARGENTINA. CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS
DERIVADOS DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID
SOBRE ENVEJECIMIENTO Y DE LA ESTRATEGIA REGIONAL PARA
AMÉRICA LATINA**

**CAPÍTULO 9: ALGUNAS RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS DE VEJEZ PARA LA
ARGENTINA**

CONCLUSIONES

CAPÍTULO 4

PERFIL DEMOGRÁFICO

Existe una fuerte asociación entre la dinámica demográfica de un país y sus niveles de bienestar. A partir de la década del sesenta del pasado siglo, en América Latina se afianzó la tesis de que los fenómenos demográficos constituyen una de las principales variables al momento de planificar el futuro de una sociedad. Por ese motivo, muchos de los gobiernos de la Región intentaron incorporar esa perspectiva en el diseño de las políticas públicas. Sin embargo, en la Argentina -al igual que ocurre en la actualidad con el envejecimiento de la población- ese debate no tuvo gran trascendencia debido tal vez a que las urgencias de la coyuntura política-económica han impedido la visualización de hechos que se manifiestan lentamente a lo largo del tiempo, como son los demográficos.

En este capítulo se examinan el proceso de transición poblacional y los principales indicadores demográficos de la población adulta mayor en la Argentina. Las estadísticas presentadas provienen del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) de nuestro país, de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE).

TAMAÑO DE LA POBLACIÓN

Según datos del Censo Nacional de Población y Viviendas realizado en octubre de 2010 el total de la población argentina asciende a 40.117.096 personas, correspondiendo el 51,3% al sexo femenino. (Cuadro N° 1). La densidad media de población es de 14,4 habitantes por kilómetro cuadrado. El relevamiento de 2001 había arrojado un total de 36.260.130 habitantes; por lo tanto, el incremento de población fue de 3.856.966 habitantes lo que implica una tasa de variación intercensal (2001-2010) del 10,6%, menor a la registrada entre los censos de 1991 y 2001 que fue del 11,2%.

Se observa un constante descenso del índice de masculinidad desde mediados del s. XX: de 105 varones por cada 100 mujeres pasó a 94,8 para el 2010.

Cuadro N° 1. La Argentina: población total por sexo, 2010

	TOTAL		VARONES		MUJERES	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
POBLACIÓN TOTAL	40.117.096	100	19.523.766	48,7	20.593.330	51,3

Fuente: Elaboración propia en base a CNPHV 2010, INDEC.

EVOLUCIÓN DE ALGUNOS INDICADORES DEMOGRÁFICOS 1869-2010

Uno de los principales factores que determinan los cambios en la estructura demográfica de un país es el comportamiento de la tasa de fecundidad. Desde 1870, la cantidad de hijos por mujer descendió paulatinamente pasando de entre 6,8 y 7 hijos a 2,4 en el 2001 (INDEC, CNPHV, 2001) a 2,36 en 2009 (Ministerio de Salud de la Nación, 2010), valor superior al del límite de reemplazo generacional (2,1 hijos por mujer).

Otro hecho sobresaliente es el aumento en la esperanza de vida al nacer que durante el período pasa de 32,9 años a 73,8 años en 2001.

Estos dos hechos se reflejan en el peso relativo del grupo de adultos mayores dentro de la población. Mientras que en 1869 el porcentaje de adultos mayores era del 2% y el de jóvenes de 42,8%, en 2010 los guarismos son 10,2% y 25,5% respectivamente. O sea, hacia 1869 de cada 100 residentes en la Argentina, 2 eran mayores de 65 años y casi 43 eran jóvenes; hacia el 2010 de cada 100 personas, 10 eran mayores de 65 años y 25 (25,5) jóvenes de 14 años ó menos. (Cuadro N° 2).

Cuadro N° 2. Indicadores demográficos seleccionados para fechas censales. Total del país. Años 1869-2010

Años	Porcentaje de		Esperanza de vida al nacer, en años (3)	Tasa Global de Fecundidad (Hijos/Mujer)
	Adultos Mayores (1)	Jóvenes (2)		
1869	2,2	42,8	32,9	6,8
1895	2,5	40,3	40,0	7,0
1914	2,3	38,4	48,5	5,3
1947	3,9	30,9	61,1	3,2
1960	5,6	30,8	66,4	3,1
1970	7,0	29,3	65,6	3,1
1980	8,2	30,3	68,9	3,3
1991	8,9	30,6	71,9	2,9
2001	9,9	28,3	73,8	2,4
2010	10,2	25,5	S/D	S/D

(1) Adultos mayores: población de 65 años y más

(2) Jóvenes: población de 0 a 14 años

(3) Los valores de 1869 y 1895 corresponden a los dos períodos intercensales, mientras que los valores sucesivos provienen de Tablas de Vida elaboradas para cada fecha censal

Fuente: INDEC, CENSOS NACIONALES.

POBLACIÓN ADULTA MAYOR (PAM)

La población adulta mayor (PAM) es el segmento más amplio de los grupos funcionales y está acotado sólo en su límite inferior: los 65 años²⁵.

De acuerdo a la información censal del año 2010, la población de 65 años o más ascendía a 4.104.648 personas, lo que representaba el 10,2% de la población total²⁶.

Dentro del grupo de la PAM las personas de 75 años o más representaban el 43,8%, fenómeno que se conoce como “envejecimiento del envejecimiento”.

Merece destacarse que en el 2010 había en nuestro país 3.487 personas de 100 años o más; 77,5% de ellas pertenecían al sexo femenino. (Cuadros N° 3 y N° 4).

Cuadro N° 3. La Argentina: población total y de 65 años o más por sexo. 2010

	TOTAL		VARONES		MUJERES	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
POBLACIÓN TOTAL	40.117.096	100,0	19.523.766	100,0	20.593.330	100,0
POBLACIÓN 65 o más	4.104.648	10,2	1.674.142	8,6	2.430.506	11,8

Fuente: INDEC, CNPHV 2010, Elaboración propia.

Cuadro N° 4. La Argentina: población adulta mayor por sexo y por grupo de edad. 2010

	TOTAL		VARONES		MUJERES	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
POBLACIÓN 65 o más	4.104.648	100,0	1.674.142	100	2.430.506	100
65-69 años	1.293.061	31,5	588.569		704.492	
70-74 años	1.015.897	24,7	438.438		577.459	
75-79 años	801.659	19,5	321.481		480.178	
80-84 años	565.916	13,8	200.744		365.172	
85-89 años	298.337	7,3	92.848		205.489	
90-94 años	102.808	2,5	26.574		76.234	
95-99 años	23.483	0,6	4.704		18.779	
100 años o más	3.487	0,09	784		2.703	

Fuente: INDEC, CNPHV, 2010. Elaboración propia.

²⁵ En la Argentina las estadísticas del INDEC consideran adultos mayores a las personas de 65 años o más, mientras que los organismos internacionales -como por ejemplo la CEPAL- lo hacen a partir de los 60 años; la información estadística presentada en este trabajo tomará como límite los 60 años o los 65 años, según el origen de la información estadística.

²⁶ Según el Censo de Población de 2010 la población de 60 años o más ascendía a 4.871.957 personas, lo que representaba el 13,4% de la población total, lo que implica que la Argentina sea el tercer país más envejecido de América Latina después de Uruguay y Cuba.

Analizada la información sobre la PAM por sexo, el porcentaje de mujeres supera al de hombres para todos los grupos de edades, lo que representa una “feminización de la vejez”.

Este fenómeno puede constatarse a partir de la *relación de feminidad de la población de 65 años o más*, la que indica la cantidad de mujeres por cada 100 hombres del mismo grupo de edad. Según los datos censales de 2010 la misma era de 145,2: cada 100 hombres adultos mayores hay 145 mujeres de 65 años o más; la cifra aumenta a 177,5 si consideramos el grupo etario 75 años o más. (Cuadro N° 5).

Cuadro N° 5. Relación de feminidad de la población de 65 años o más. Total del país. 2010

Censo	Total País	65-74 años	75 años y más
2010	145,2	124,8	177,5

Fuente: INDEC, CNPHV 2010, Elaboración propia.

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

Según la información censal, en el año 2010 el 16,4 % de la población de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires tenía 65 años o más. Las provincias con un porcentaje de población adulta mayor superior a la nacional son: Santa Fe, Córdoba, La Pampa, Buenos Aires, Entre Ríos y Mendoza. (Cuadro N° 6).

Cuadro N° 6. La Argentina: jurisdicciones con proporción de población de 65 años o más superior al valor nacional. 2010. (%)

Jurisdicción	Población de 65 años o más (%)
Nacional	10,2
C.A.B.A.	16,4
Santa Fe	11,8
Córdoba	11,3
La Pampa	11,2
Buenos Aires	10,7
Entre Ríos	10,3
Mendoza	10,3

Fuente: INDEC, CNPHV, 2010. Elaboración Propia.

Según la misma fuente de información, en el año 2010 el 11,6% de la población argentina de 65 años o más residía en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, mientras que un 40,7% lo hacía en la provincia de Buenos Aires. En todo el territorio predomina el sexo femenino entre las PAM. (Cuadros 7 y 8).

Cuadro N° 7. La Argentina: población total y población de 65 años o más según sexo y lugar de residencia, 2010

	Población Total	Población de 65 años o más	Varones		Mujeres	
			Total	65 o más	Total	65 o más
Total País	40.117.096	4.104.648	19.523.766	1.674.142	20.593.330	2.430.506
C.A.B.A	2.890.151	474.071	1.329.681	172.611	1.560.470	301.460
Pcia de Bs. As.	15.625.084	1.671.256	7.604.581	678.340	8.020.503	992.916
Resto del País	21.601.861	1.959.321	10.589.504	823.191	11.012.357	1.136.130

Fuente: INDEC, CNPHV, 2010. Elaboración Propia.

Cuadro N° 8. La Argentina: población total y población de 65 años o más según lugar de residencia, en %, 2010

Total País	C.A.B.A	Bs. As.	Resto del País
100,00	11,6	40,7	47,7

Fuente: INDEC, CNPHV, 2010. Elaboración Propia.

SITUACIÓN CONYUGAL

Respecto al estado civil legal de la PAM, en el año 2010 el 47,4% estaba casado, el 34,8% era viudo, el 11,8% soltero y el 5,9% se encontraba divorciado. (Cuadro N° 9).

Cuadro N° 9. La Argentina: población de 65 años o más por estado civil legal 2010. (%)

Estado civil legal	%
Solteros	11,8
Casados	47,4
Divorciados	5,9
Viudos	34,8
Ignorado	0,1
Total	100,1

Fuente: INDEC, CNPHV 2010, Elaboración propia.

Según el Censo de 2010 el 21% de los jefes/jefas de hogar de 14 años o más tenían 65 años o más (2.551.032 personas); de ellos el 46% corresponden al sexo femenino (1.174.665 mujeres). (Cuadro N° 10).

Cuadro N° 10. La Argentina: jefes y jefas de hogar. Población de 14 años y más y población de 65 años o más. 2010

Jefes y Jefas de Hogar		Varones		Mujeres	
14 años o más	65 años o más	14 años o más	65 años o más	14 años o más	65 años o más
12.176.308	2.551.032	8.035.236	1.376.367	4.141.072	1.174.665

Fuente: INDEC, CNPHV 2010, Elaboración propia.

Resulta interesante desagregar la información de los jefes y jefas de hogar de 65 años o más de acuerdo al estado civil legal y al hecho de si se encuentran o no conviviendo en pareja.

De acuerdo a la información censal, en 2010 el 41,8% de la PAM jefe/a de hogar de la Argentina se encontraba casada, el 39,4% viuda, el 11,7% soltera y un 7% divorciada o separada; el 53,3% no tenía pareja.

El 87,1% de las jefas de hogar de 65 años o más estaba sin pareja, la mayoría debido a su situación de viudez; esta situación se agudiza con el paso de los años. En efecto, el 92,5% de las jefas de hogar de 80 años o más (309.626 mujeres) se encontraban sin pareja; de éstas el 86% se debía al fallecimiento del cónyuge. (Cuadros N° 11 y 12).

Cuadro N° 11. La Argentina: jefes y jefas de hogar de 65 años o más por estado civil legal y convivencia en pareja, según sexo. 2010

Estado civil legal y convivencia en pareja	Jefes y Jefas de Hogar de 65 años y más		
	Total	Varones	Mujeres
Soltero con pareja	69.235	53.471	15.764
Soltero sin pareja	229.610	87.334	142.276
Total de Solteros	298.845 (11,7%)	140.805	158.040
Casado con pareja	1.000.634	913.565	87.069
Casado sin pareja	66.039	32.204	33.835
Total de Casados	1.066.673 (41,8%)	945.769	120.904
Div /Sep con pareja	41.194	34.183	7.011
Div /Sep sin pareja	136.587	52.280	81.307
Total de Div/Sep	177.781 (7,0%)	86.463	88.318
Viudo con pareja	78.048	36.678	41.370
Viudo sin pareja	926.867	162.184	764.683
Total de Viudos	1.004.915 (39,4%)	198.862	806.053
Ign. con pareja	1.120	881	239
Ignorado sin pareja	1.698	587	1.111
Total Ignorado	2.818 (0,1%)	1.468	1.350
TOTAL	2.551.032 (100%)	1.376.367	1.174.665

Fuente: INDEC, CNPHV 2010, Elaboración propia.

Cuadro N° 12. La Argentina: mujeres jefas de hogar de 80 años o más por estado civil legal sin pareja. 2010

Grupo de edad	Total Mujeres de 80 años o más	Total Mujeres de 80 años o más Sin Pareja	Soltera	Casada	Divorciada/ Separada	Viuda	Ignorado
80-84 años	194.354	177.951	18.223	3.331	5.337	150.932	128
85 años o más	140.255	131.675	12.781	2.063	2.280	114.422	129
TOTAL	334.609	309.626	31.004	5.394	7.617	265.354	257

Fuente: INDEC, CNPHV 2010, Elaboración propia.

TIPO DE HOGAR

Los datos publicados por el INDEC hasta el momento (enero 2012) no permiten conocer en qué tipo de hogares reside la PAM. Por tal motivo, en los cuadros N° 13 y N° 14 se usa información del Censo Nacional de Población y Vivienda de 2001. Según la misma, el 44,6% de la PAM vivía en hogares “nucleares”, predominando la convivencia de parejas sin hijos mientras que el 34,9% residía en hogares “extendidos o compuestos” y casi el 20% (684.693) vivía sola (hogares unipersonales). (Cuadro N° 13).

Cuadro N° 13. La Argentina: población de 65 años y más según tipo de hogar. 2001

Población de 65 años y más en Hogares	Tipo de Hogar				
	Uni - personales	Nuclear sin hijos	Nuclear con hijos	Extendido o compuesto	No Familiar
3.486.895	684.693	983.760	571.030	1.216.489	30.923

Fuente: INDEC, CNPHV, 2001. Elaboración propia.

El cuadro N° 14 muestra la misma información pero considerando como límite inferior de edad los 60 años y desagregada por sexo.

Según puede observarse, en el año 2.001 el 82,7% de las personas de 60 años o más vivían en hogares multipersonales (3.929.588); 88,16% de los varones de 60 años o más residían en ese tipo de hogares (1.774.513 hombres); mientras que el porcentaje de mujeres era bastante menor: 78,7% (2.155.075 mujeres).

El 17,3% de las personas de 60 años o más vivían en hogares unipersonales; el 71% de ellas eran mujeres.

Analizando el estrato de 80 años o más, puede verse que 174.540 personas vivían en hogares unipersonales, el 78,5% de las cuales eran mujeres (136.972). El 23,44% de los hogares unipersonales con jefa mujer, la misma tenía 80 años o más. (Cuadro N° 14).

Cuadro N° 14. La Argentina: población total y mayores de 60 años por tipo de hogar (1). 2001

Sexo y grupos de edad	Población en hogares	Unipersonales	Multipersonales
Total	35.877.851	1.512.789	34.365.062
Varones de 60 años o más	2.012.890	238.377	1.774.513
60-79	1.778.796	197.810	1.580.986
80 y más	234.094	37.568	196.526
Mujeres de 60 años o más	2.739.294	584.219	2.155.075
60-79	2.271.153	447.247	1.823.906
80 y más	468.141	136.972	331.169

(1) Esta clasificación excluye a los empleados de servicio doméstico y sus familiares.

Fuente: INDEC, CNPHV, 2001. Elaboración propia.

INDICADORES DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Existe un conjunto de indicadores que se emplean para analizar el proceso de envejecimiento poblacional; entre los más usados se pueden señalar: el número de PAM, la proporción de PAM con relación a la población total, el ritmo de crecimiento de la PAM, la distribución por edades al interior de la PAM, el índice de envejecimiento demográfico, la relación de dependencia, la edad mediana, etc.

En este inciso se analizan los indicadores demográficos intercensales (período 1970-2010) publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) que refleja el proceso de envejecimiento de la Argentina durante los últimos 40 años.

PROPORCIÓN DE POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN TOTAL

El envejecimiento de la población argentina se acentuó durante las últimas décadas, aumentando casi 3 puntos porcentuales la proporción de PAM dentro de la población total²⁷ en el período 1970-2010. El proceso es más intenso dentro de la PAM femenina que aumenta más de 4 puntos porcentuales durante el período señalado. (Cuadro N° 15).

²⁷ Proporción de la PAM en relación a la población total: (población de 65 años o más/ población total)*100

Cuadro N° 15. La Argentina: envejecimiento de la población por sexo según censos nacionales. Población de 65 años o más (%). Total del país.

Censo	Total	Varones	Mujeres
1970	7,0	6,4	7,6
1980	8,2	7,2	9,2
1991	8,9	7,6	10,1
2001	9,9	8,3	11,5
2010	10,2	8,6	11,8

Fuente: INDEC, CNPHV 2010. Elaboración propia.

ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN (IEP)

Para analizar la forma en que varía el crecimiento de las PAM con respecto a la población más joven se emplea el *índice de envejecimiento* que relaciona la PAM con la población menor de 15 años²⁸.

Este índice permite observar los cambios intergeneracionales derivados del proceso de envejecimiento; cuanto mayor sea su valor, más acentuada es la disminución de la capacidad de una población para renovar sus integrantes y las PAM van reemplazando a los niños y jóvenes.

Este indicador se asocia a las transferencias intergeneracionales y su aumento implica -entre otras cosas- mayores necesidades de inversión en salud y seguridad social destinadas a las personas de edad.

En 2010 el índice de envejecimiento de la Argentina era de 40,2, habiendo aumentado más de 6 puntos porcentuales durante los últimos cuarenta años; o sea, en la actualidad hay algo más de cuarenta PAM por cada 100 de 14 años ó menos. (Cuadro N° 16).

Cuadro N° 16. Índice de envejecimiento de la población. Total del país. 1970-2010

Censo	Total	Varones	Mujeres
1970	23,8	21,3	26,4
1980	27,0	23,0	31,1
1991	29,0	24,1	34,1
2001	35,0	28,0	42,2
2010	40,2	32,2	48,3

Fuente: INDEC, CNPHV. Elaboración propia.

²⁸ IEP = (población de 65 años o más / la población de 0 - 14 años) * 100

FEMINIZACIÓN DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

El análisis de la distribución de la población total por sexo muestra que el porcentaje de mujeres es mayor al de hombres a partir del grupo etario 20-24 años, acentuándose a medida que avanza la edad.

El *índice de feminización de la PAM* muestra el porcentaje de mujeres de 65 años o más dentro de la población total de ese mismo grupo etario²⁹.

En el 2010 el índice era de 59,2, o sea, de cada 100 personas de 65 años o más cincuenta y nueve son mujeres. Si se desagrega la información por grupo de edad, en el estrato 75 años o más el índice es de 64 (seis puntos porcentuales mayor que en 1970) lo que evidencia la feminización del envejecimiento poblacional argentino. (Cuadro N° 17)

Cuadro N° 17. Índice de feminización de la población de 65 años o más. Total del país. 1970-2010

Censo	Total	65-74 años	75 años y +
1970	54,7	53,1	58,1
1980	56,9	55,1	60,2
1991	58,1	55,8	62,2
2001	59,4	56,2	63,9
2010	59,2	55,5	64,0

Fuente: INDEC, CNPHV 2010. Elaboración propia.

DEPENDENCIA

Las transformaciones demográficas provocan cambios significativos en la estructura etaria de la población; estos cambios tienen diversos efectos en el desarrollo socioeconómico de un país pues tienden a alterar el equilibrio entre los grupos de población en edades económicamente activas e inactivas.

Índice de dependencia

Uno de los indicadores empleados para medir la relación entre las personas potencialmente inactivas económicamente con las potencialmente activas es el *índice de dependencia*³⁰; Dicho índice muestra, para cada grupo etario, la carga demográfica relativa de los jóvenes y de las PAM respecto de la población en edad activa.

En 2010 el *índice de dependencia total* era 55,6; o sea, cada 100 personas en edad potencialmente activa deben sostenerse 55,6 personas en edad potencialmente inactiva.

²⁹ Índice de Feminización de la PAM = (Total de población femenina de 65 años o más/ total de población de 65 años o más) * 100.

³⁰ Índice de dependencia = [(población de 0/14 años + población de 65 años o más) / población de 15 a 64 años] * 100

El análisis de la evolución de este índice durante los últimos cuarenta años indica que alcanzó su valor máximo en 1991 como consecuencia principalmente del incremento en la población menor de 15 años y, en menor medida, del aumento de las personas de 65 años o más. A partir de allí la población menor comienza a disminuir, compensando en parte el aumento de la PAM, motivo por el cual el indicador desciende³¹. (Cuadro N° 18).

Cuadro N° 18. Índice de dependencia potencial. Total del país. 1970- 2010

Censo	Total	Jóvenes	Mayores
1970	57,0	46,0	11,0
1980	62,7	49,4	13,3
1991	65,1	50,5	14,6
2001	61,7	45,7	16,1
2010	55,6	39,6	15,9

Fuente: INDEC, CNPHV 2010. Elaboración propia

Como se vio en el Capítulo 2, durante el período en el cual la relación de dependencia desciende (como consecuencia de la disminución de menores de 14 años y el aumento de la población potencialmente activa) se genera una situación favorable al desarrollo ya que aumentan las posibilidades de ahorro y de inversión, al tiempo que disminuye la presión sobre el presupuesto en educación; esto es lo que se conoce con el nombre de “bono demográfico” o “ventana demográfica de oportunidades” en referencia a las posibilidades de elevar las tasas de crecimiento económico *per capita* y los niveles de bienestar de la población que brinda este período. Sin embargo, para que esta oportunidad se convierta en ventajas reales para la sociedad es necesario realizar importantes inversiones en capital humano, sobre todo en los jóvenes; además, simultáneamente hay que disminuir la precariedad e informalidad del mercado laboral (CEPAL, 2004e).

Índice de dependencia potencial de padres

El “envejecimiento del envejecimiento” -el aumento de la población con edades extremas dentro de la PAM- trae como consecuencia que personas adultas tengan que hacerse cargo de sus padres ancianos, pues muchos de ellos ya tienen comprometidas sus capacidades físicas y/o mentales requiriendo cuidados especiales.

El índice de *Dependencia Potencial de Padres* indica la cantidad de personas de 80 años y más (potenciales padres) por cada 100 personas de 50 a 64 años (potenciales hijos de las personas en edades extremas)³²; intenta reflejar la capacidad potencial de soporte de las

³¹ En términos de la pirámide poblacional se observa un estrechamiento de la base ya que los niños de 0 a 4 años son menores que los de 4 a 9 años, mientras que se ensancha en su parte media.

³² Índice de Dependencia Potencia de Padres= (Población de 80 años o más/Población de 50 a 64 años)*100.

familias -tanto económico como de cuidado personal- ante el aumento de la población con edad extrema.

Este indicador ha ido creciendo en las últimas décadas, pasando de 7,5% en 1970 a 18% en 2010, reflejando una mayor carga de dependencia potencial de padres. (Cuadro N° 19).

Cuadro N° 19. Índice de dependencia potencial de padres. Población de 65 años o más. Total del país. 1970-2010

Censo	Total	Varones	Mujeres
1970	7,5	6,0	8,9
1980	9,5	7,2	11,6
1991	12,3	9,3	15,1
2001	16,2	11,1	20,9
2010	18,0	12,3	23,1

Fuente: INDEC, CNPHV. Elaboración propia.

PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN LA INFORMACIÓN CENSAL (CNPYV, 2010 Y 2001)

A modo de síntesis de lo expuesto en los párrafos anteriores a continuación se presentan las principales características de la población adulta mayor de la Argentina:

- La PAM es el segmento etario más amplio de los grupos funcionales y sólo está acotado en su límite inferior.
- El porcentaje de mujeres supera al de hombres para todos los grupos de edades; en efecto, la relación de feminidad de la población de 65 años o más era de 145,2 lo que significa que por cada 100 hombres adultos mayores hay 145 mujeres de 65 años o más (cifra que aumenta a 177,5 si consideramos el grupo etario 75 años o más). Este fenómeno se denomina “feminización de la vejez”.
- Dentro del grupo de las PAM las personas de 75 años y más representaban el 43,8% fenómeno que se conoce como “envejecimiento de la vejez”.
- La mayoría de las adultas mayores transita esta etapa de su vida sin pareja, en gran medida a causa de su viudez.
- El índice de envejecimiento era de 40,2, o sea, hay algo más de cuarenta personas adultas mayores por cada cien de 14 años o menos.
- El índice de dependencia total era de 55,6; o sea, cada 100 personas en edad potencialmente activa deben sostenerse 55,6 personas en edad potencialmente inactiva.

- El 52,3% de la población de 65 años o más del país residía en Capital Federal y la provincia de Buenos Aires (11,6% y 40,7% respectivamente).
- El 21% de los jefes/jefas de hogar de 14 años o más tenían 65 años o más; de ellos el 46% corresponden al sexo femenino.
- El 87,1% de las jefas de hogar de 65 años o más estaba sin pareja, la mayoría debido a su situación de viudez; esta situación se agudiza con el paso de los años.
- El 92,5% de las jefas de hogar de 80 años o más se encontraban sin pareja, la mayoría (86%) como consecuencia del fallecimiento del cónyuge.
- En 2001 el 17,3% de las personas de 60 años o más residían en hogares unipersonales. La mayoría eran mujeres (71%).
- Según el censo de 2001, a medida que aumenta la edad crece la proporción de personas adultas mayores que viven solas o en hogares unigeneracionales.
- En 2001 las mujeres mayores de 60 años habitaban en menor proporción que los hombres del mismo segmento etario en hogares multipersonales (78,7% versus 88%).

FACTORES DE VULNERABILIDAD

➤ **Factor: vivir solo/a (INDEC, CNPV 2001)**

- Aproximadamente el 20% de la población de 60 años o más residía en hogares unipersonales.
- Más del 70% de los mayores de 60 años que vivían en hogares unipersonales eran mujeres.
- Casi el 19% de las personas de 80 años o más vivían solas.
- El 23,4% de las mujeres y casi el 16% de los hombres de 80 años o más vivían solos.

➤ **Factor: estar sin pareja (INDEC, CNPV 2010)**

- El 53,3% de la PAM jefe/a de hogar no tenía pareja.
- El 87,1% de las jefas de hogar de 65 años o más estaban sin pareja,
- El 92,5% de las jefas de hogar de 80 años o más se encontraban sin pareja, la mayoría (86%) como consecuencia del fallecimiento del cónyuge.

➤ **Factor: adulto mayor muy anciano jefe de hogar unipersonal (INDEC, CNPV 2001)**

- El 21,5% de las personas de 80 años o más vivían en hogares unipersonales; la mayoría de ellas (78,5%) eran mujeres.
- En uno de cada cuatro hogares unipersonales con jefa mujer, la misma tenía 80 años o más.

ESTIMACIONES Y PROYECCIONES DEMOGRÁFICAS DE LA CEPAL PARA LA ARGENTINA

POBLACIÓN ADULTA MAYOR³³

Según estimaciones y proyecciones de población del Observatorio Demográfico de la CEPAL (2009) para América Latina y el Caribe, la población total de la Argentina en 1980 era de 28.093.513 habitantes, de los cuales 3.344.812 tenían 60 años o más, lo que significaba el 11,9%. En el año 2010 la población adulta mayor representaba el 14,5% de la población total³⁴. El peso de la población mayor va a seguir aumentando estimándose en 18,25% para el 2030. (Cuadro 20)³⁵.

Cuadro N° 20. La Argentina: estimaciones y proyecciones de la Población Adulta Mayor (PAM) por sexo 1980-2030 (en %)

P. A. M	1980	1990	2000	2010	2020	2030
60 o más	11,9	12,9	13,5	14,5	16,2	18,3
% V	44,8	43,4	42,3	42,0	42,0	41,9
% M	55,2	56,6	57,7	58,0	58,0	58,1

Fuente: CELADE, (2009). Elaboración propia.

Dentro de la población adulta mayor el estrato etario que más crece corresponde al de personas de 75 años o más que en 1980 representaba el 21,8% de los de 60 años o más y se estima que para 2030 superará 35% (Cuadro 21).

Cuadro N° 21. La Argentina. Distribución porcentual al interior de la población de 60 años o más Proyectada y Estimada 1980-2030

	1980	2000	2030
% 60-64 años	78,2	70,1	64,8
% 75 años o más	21,8	29,9	35,2

Fuente: CELADE, (2009). Elaboración propia.

INDICADORES DE CRECIMIENTO DEMOGRÁFICO

Simultáneamente al aumento de la población de más edad tiene lugar una disminución de la tasa de crecimiento natural de la población total que pasa del 14,6 por mil para el quinquenio 1980-1985 a una estimación del 5,9‰ para el período 2025-2030. Varios son los factores que explican este comportamiento demográfico, siendo el principal el descenso de la

³³ Las estadísticas de la CEPAL consideran adultos mayores a las personas de 60 años o más.

³⁴ Según el Censo de Población de 2010 el porcentaje de población de 60 años o más respecto a la población total era 13,4 (4.871.957 personas).

³⁵ Estimaciones de la CEPAL correspondientes al año 2004 indicaban que para 2050 un cuarto de la población argentina tendría más de 60 años. (CEPAL, 2004d).

tasa de fecundidad que pasa de 3,15 hijos por mujer para el quinquenio 1980-1985 a 1,92 para el período 2025-2030, cifra que, según otras estimaciones seguirá disminuyendo³⁶. La tasa bruta de natalidad, que era de 23,1 nacimientos por cada 1000 habitantes en el quinquenio 1980-1985, habría descendido a 18 para el período 2000-2005, estimándose que para 2025-2030 sería de 13,7. (Cuadro N° 22).

La tasa de mortalidad también habrá descendido, pasando de 8,5 defunciones por 1000 habitantes a 7,6 para los quinquenios 2010-2015 y 2020-2025, estimándose un breve incremento para el período 2025- 2030 debido al envejecimiento de la población (Cuadro N° 22).

Con respecto a la tasa de migración, que era de 0,6 personas por cada 1000 habitantes al comienzo del período bajo análisis, se estima que también disminuirá hasta alcanzar un valor de 0,1 hacia el 2025-2030. (Cuadro N° 22).

Durante todo el período estimado y proyectado la esperanza de vida al nacer va aumentando, pasando de 69,9 años en el quinquenio 1980-1985, a 78,5 años hacia 2025-2030. Al diferenciar por género, la esperanza de vida de las mujeres es en promedio 7 años mayor que la de los hombres; este hecho perfila para todo el período de análisis una población adulta mayor feminizada fenómeno que -como se ha señalado en párrafos anteriores- se conoce como “feminización de la vejez”. (Cuadro N° 22).

Cuadro N° 22. La Argentina: indicadores de crecimiento demográfico estimados y proyectados 1980-2030

	1980/85	1990/95	2000/05	2010/15	2020/25	2025/30
Tasa Bruta de Natalidad (por 1000)	23,1	21,3	18,0	16,8	14,7	13,7
Tasa global de fecundidad	3,15	2,9	2,35	2,16	2,0	1,92
Tasa bruta de mortalidad (por 1000)	8,5	8,2	7,7	7,6	7,6	7,8
% de defunciones de 65 a y más	57,4	63,3	67,5	70,8	74,0	75,5
Esperanza de vida al nacer	69,9	71,9	74,3	76,2	77,8	78,5
*Varones	66,8	68,6	70,6	72,5	74,1	74,8
*Mujeres	73,7	75,8	78,1	80,0	81,6	82,3
Tasa de Crecimiento Natural (por 1000)	14,6	13,1	10,3	9,2	7,1	5,9
Tasa de Migración (por 1000)	0,6	0,3	-0,5	0,1	0,1	0,1
Tasa de Crecimiento Total (por 1000)	15,2	13,4	9,8	9,3	7,2	6,1

Fuente: CELADE (2009). Elaboración propia.

³⁶ La cifra se reduciría a 1,85 para el período 2045-2050, según estimaciones y proyecciones anteriores de la CEPAL (CEPAL, 2004d)

ESPERANZA DE VIDA AL NACER Y A LOS 60 AÑOS

La esperanza de vida al nacer de las mujeres es, en promedio, 7 años mayor que la de los varones. En el quinquenio de 1970-1975, la esperanza de vida al nacer de los varones se situaba en los 64,1 años frente a los 70,8 de las mujeres; entre 2000-2005 era de 70,6 años versus 78,1 años. Hacia mediados del siglo se estima una esperanza de vida al nacer de 77 años para los hombres y de 84,5 años para las mujeres.

En relación al número de años que le restarían por vivir a una persona al cumplir los 60, para el quinquenio 1970-1975, los varones mantenían una expectativa vital de 15,5 años adicionales frente a los 19,5 de las mujeres. A mitad del presente siglo, se estima que la esperanza de vida adicional a los 60 años será de 21,3 años para los varones y de 26,5 para las mujeres. (Cuadro N° 23).

Cuadro N° 23. La Argentina: esperanza de vida al nacer y a los 60 años

	1970-1975		1970-1975		2020-2025		2045-2050	
	V	M	V	M	V	M	V	M
E. V al nacer	64,1	70,8	70,6	78,1	74,1	81,6	77,0	84,5
E. V a los 60 años	15,5	19,5	17,8	22,5	19,7	24,6	21,3	26,5

Fuente: CELADE (2004). Elaboración propia

INDICADORES DE ESTRUCTURA DE POBLACIÓN

Como se señalara en párrafos anteriores, para tener una medida de la presión que ejercen los cambios demográficos se usa un indicador de *dependencia demográfica* que vincula el número de individuos en edades inactivas con los que están en edad activa³⁷.

El porcentaje de población menor de 15 años era en 1980 de 30,5%; esa proporción va disminuyendo durante el período bajo análisis estimándose un valor de 20,8% hacia 2030. Para el mismo período se estima un incremento de más de 6 puntos porcentuales en la población de 60 años o más, mientras que la población en edad activa aumenta 3 puntos porcentuales entre 1980 y 2010, manteniéndose levemente creciente en las dos décadas posteriores. (Cuadro N° 24).

La *relación de dependencia* muestra un aumento hasta el año 1990 como consecuencia principalmente del incremento en la población menor de 15 años y en menor medida del aumento de las personas de 60 años y más. A partir de allí la población menor comienza a disminuir, compensando en parte el aumento de la población de edad, motivo por el cual la relación de dependencia muestra un leve descenso. (Cuadro N° 24).

³⁷ Según la definición de PAM de la CEPAL, los menores de 15 años y personas de 60 años o más, respecto de la población de 15 a 59 años.

Como se señaló anteriormente, tal vez un indicador más adecuado para medir el impacto del envejecimiento poblacional es la *relación de dependencia de vejez* que intenta cuantificar la necesidad potencial de soporte social de la PAM por parte de la población en edades activas³⁸.

Este indicador pasa de 20,7 en 1980 a 29,8 en 2030; o sea, cada 100 personas en edad de trabajar existirán casi 30 adultos mayores. Una de las utilidades de este indicador es que da una idea del gasto social que deberá sostener la población activa (Cuadro N° 24).

La *edad mediana de la población* también da una pauta del proceso de envejecimiento demográfico; en el caso de la Argentina pasa de 27,2 años en 1980 a 35,4 años para el 2030. (Cuadro N° 24).

Otro indicador asociado a las transferencias intergeneracionales es el *índice de envejecimiento*³⁹, que en 1980 en la Argentina era de 39, o sea, 39 adultos mayores por cada 100 menores. Este indicador irá aumentando hasta llegar a 87,9, lo que significa que para 2030 van a haber casi 88 adultos mayores cada 100 menores. Este aumento sistemático a lo largo del período considerado es indicativo del creciente gasto en salud y seguridad social que deberá afrontar la sociedad. (Cuadro N° 24)

Cuadro N° 24. La Argentina: Indicadores de estructura de la población estimados y proyectados. 1980-2030

	1980	1990	2000	2010	2020	2030
% de población de 0-14 años	30,5	30,7	28,0	25,0	23,1	20,8
% de población de 15-59 años	57,6	56,4	58,5	60,5	60,7	60,9
% de población de 60 años o más	11,9	12,9	13,5	14,5	16,2	18,3
Relación de dependencia (por 100)	73,7	77,5	71,0	65,5	64,7	63,8
Relación de dependencia de vejez (por 100)	20,7	22,2	23,1	24,1	26,6	29,8
Edad mediana de la población	27,2	27,2	27,8	30,2	32,6	35,4
Índice de masculinidad (por 100)	97,4	96,5	95,9	95,7	95,8	95,7
Índice de envejecimiento (por 100)	39,0	42,0	48,3	58,1	70,0	87,9

Fuente: CELADE, (2009). Elaboración propia

³⁸ En este caso se calcula como el número de personas de 60 años o más por cada 100 personas de entre 15 y 59 años.

³⁹ La CEPAL lo define como el cociente entre la población de 60 años o más y la población menor de 15 años.

CAPÍTULO 5

LA ARGENTINA: SITUACIÓN SOCIO-ECONÓMICA Y DE SALUD DE LA PERSONAS ADULTAS MAYORES EN EL MARCO DE LAS ORIENTACIONES PRIORITARIAS DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE ENVEJECIMIENTO (PAIME)

Una vez analizado el perfil demográfico nos aproximaremos a las condiciones de vida de los adultos mayores a efectos de completar el diagnóstico sobre la situación del envejecimiento y la vejez en la Argentina.

En este capítulo se analizarán las dimensiones del envejecimiento y los ámbitos de vulnerabilidad que enfrenta en nuestro país este grupo etario, en el marco de las Orientaciones Prioritarias del PAIME (2002) y de la Estrategia Regional de América Latina y el Caribe para su Implementación (2003): 1) Las Personas Mayores y el Desarrollo; 2) El Fomento de la Salud y el Bienestar en la Vejez; 3) Creación de un Entorno Propicio y Favorable.

Las estadísticas presentadas provienen del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, del Ministerio de Salud de la Argentina y de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

LAS PERSONAS MAYORES Y EL DESARROLLO

En general, la precariedad en los ingresos de las personas mayores les impide disponer de bienes suficientes para satisfacer sus necesidades, llevar una vida digna y lograr seguridad económica y calidad de vida en la vejez.

El desarrollo implica no sólo la capacidad de un país de producir una cantidad creciente de bienes y servicios con un alta tasa de productividad, sino además que los mismos estén disponibles y en condiciones equitativas para todos los habitantes en el marco de un conjunto de condiciones que les posibilite la autorrealización en un contexto de seguridad y dignidad. (CEPAL, 2004b).

En este sentido, los sistemas de protección social tienen como objetivo posibilitar que las personas puedan reaccionar positivamente ante diversos imprevistos y controlar ciertos factores de riesgo o privación considerados como inaceptables por la sociedad. Intentan compensar la ausencia o la reducción de los ingresos del trabajo, brindar asistencia y

atención médica a las personas, como así también vivienda digna, agua potable, saneamiento, educación, etc. Las ayudas pueden ser en efectivo o en especie, comprendiendo -entre otras- pensiones, servicios subvencionados y exoneraciones de gastos de usuario.

Para esta dimensión de la calidad de vida de los adultos mayores en la Argentina analizaremos tres cuestiones: la seguridad previsional, la condición laboral y la situación de pobreza.

SEGURIDAD PREVISIONAL

Los programas de jubilaciones y pensiones forman parte del sistema de seguridad social del país y son una de las principales fuentes de seguridad económica para las personas mayores. El objetivo principal del sistema previsional es proteger a la población del riesgo de pérdidas de ingresos en la vejez; el mismo puede brindarse en el marco de dos esquemas: contributivo o no contributivo. A continuación se analiza la situación en la Argentina respecto al tema.

JUBILACIONES Y PENSIONES

Según el Censo Nacional del 2010 el porcentaje de población de 65 años o más residente en viviendas particulares que percibía jubilación o pensión era de 93%. Desagregando la información por sexo, el 60,4% que percibía el beneficio (2.235.989 personas) pertenecía al sexo femenino. (Cuadros N° 1 y N° 2).

Cuadro N° 1. La Argentina: población en viviendas particulares de 65 años o más que percibe jubilación o pensión. 2010

Edad	Total	Percibe Jubilación o Pensión	%
65 años o más (PAM)	3.979.032	3.700.213	93,0

Fuente: CNPHV, 2010. Elaboración propia.

Cuadro N° 2. La Argentina: población en viviendas particulares de 65 años o más que percibe jubilación o pensión por sexo. 2010

PAM residente en viviendas particulares que percibe jubilación o pensión	Total		Hombres		Mujeres	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
	3.979.032	100,0	1.464.224	39,6	2.235.989	60,4

Fuente: CNPHV, 2010. Elaboración propia.

Del total de mujeres de 65 años o más que residían en viviendas particulares más del 95% percibía jubilación o pensión; en el caso de los hombres ese porcentaje es de casi el 90%. (Cuadro N° 3).

Cuadro N° 3. La Argentina: población en viviendas particulares de 65 años o más. Total por percepción de jubilación o pensión y por sexo. 2010

PAM residente en viviendas particulares	Total	Varones	Mujeres
Total	3.979.032	1.632.039	2.346.993
Que percibe jub. o pensión	3.700.213	1.464.224	2.235.989
%	93,0	89,7	95,3

Fuente: CNPHV, 2010. Elaboración propia.

Según el Censo Nacional de 2001 el porcentaje de población de 65 años o más que percibía jubilación o pensión era el 70,5%; o sea, la cobertura aumentó casi 23 puntos porcentuales durante la década.

En el año 2001 sobre un total de 2.788.383 personas que tenían entre 55 y 64 años, 811.816 eran económicamente no activas y no percibían jubilación ni pensión (29,11%). (Cuadro N° 4).

Cuadro N° 4. La Argentina: personas de 55 años y 64 años económicamente no activas y sin percepción de jubilación o pensión, 2001

Años	Total	Economía no activa Sin Percepción de Jubila- ción o Pensión	%
55 a 64 años	2.788.383	811.816	29,11

Fuente: CNPHV, 2001. Elaboración propia.

La situación reflejada por los datos censales del 2001 se tuvo en cuenta en las políticas jubilatorias de la década. En efecto, si bien el envejecimiento de la población fue acompañado en el tiempo por una extensión de los derechos previsionales que amplió la base de beneficiarios⁴⁰, fue a partir de la moratoria previsional del año 2006, la que aumentó significativamente la cobertura previsional, entendida como la proporción de personas en edad de jubilar que recibe un beneficio del sistema. En diciembre de 2004 se sanciona la ley N° 25994 de “Jubilación Anticipada” y en diciembre de 2005 el decreto N° 1454 conocido con el nombre de “Jubilación para las Amas de Casa” que permitió a quienes nunca habían aportado al sistema previsional -como era el caso de muchas mujeres- incorporarse al

⁴⁰ Simultáneamente, durante ese tiempo los cambios en el mercado laboral (creciente desempleo, nuevas formas de contratación sin aportes, aumento del empleo informal y de la evasión, alta rotación laboral, etc.) redujeron, en términos relativos, la base de aportantes.

mismo⁴¹. De este modo, por ejemplo, muchas amas de casa viudas acceden a un beneficio que complementa la pensión que recibían por fallecimiento de su esposo.

Esta situación se puede verificar con la información que brinda el siguiente cuadro. El 89% de la PAM residente en viviendas particulares que percibe doble beneficio (613.817 personas) corresponde al sexo femenino, mientras que algo más del 90% de los hombres de 65 años o más (1.464.224 personas) reciben exclusivamente jubilación⁴². (Cuadro N° 5).

Cuadro N° 5. La Argentina: población de 65 años o más (PAM) en viviendas particulares que recibe jubilación y/o pensión por tipo de beneficio del Sistema de Jubilación Nacional. Por sexo. 2010

PAM Que recibe Jubilación o Pensión	Tipo de Beneficio del Sistema de Jubilación Nacional			
	Solo Jubilación	Solo Pensión por fallecimiento del titular	Jubilación y Pensión	Solo Pensión no Contributiva asistencial o graciable
Total: 3.700.213	2.615.254	283.164	613.817	187.978
Varones: 1.464.224	1.324.493	17.890	67.779	54.062
Mujeres: 2.290.051	1.290.761	265.274	546.038	133.916

Fuente: CNPHV, 2010. Elaboración propia.

En cuanto a los montos percibidos, durante la primera década del s. XXI la jubilación mínima casi duplicó su poder de compra, pasando de alrededor de \$150,00 a \$290,00 (en pesos de 2001)⁴³. Por otro lado, el haber promedio mostraba en 2010 un nivel similar al de fines de 2001. (CIPPEC, 2010).

En junio de 2011 el 72,4% de los jubilados y pensionados percibían el haber mínimo: \$1.227,78⁴⁴; otro 6,8% se ubicaba en el segundo tramo con un máximo de \$1.500,00 mensuales; un 14,2% recibía entre \$1.500,00 y \$3.000,00, mientras que un 5,5% percibía entre 3.000,01 y el máximo legal de haber jubilatorio, que era de \$8.994,95. Sólo el 0,1% percibe el haber jubilatorio máximo, mientras que un 0,4% superaba esa última cifra. (Cuadro N° 6).

El haber promedio del sistema de jubilaciones y pensiones en junio de 2011 alcanzaba los \$1.597,98^{45, 46} (Cuadro N° 7).

⁴¹ Ver Capítulo 6, inciso leyes nacionales que reconocen derechos específicos de los adultos mayores, p.137

⁴² 2.615.254 personas adultas mayores (el 70,7%) percibe únicamente jubilación.

⁴³ La evolución no fue lineal: la jubilación mínima descendió ligeramente en los últimos años para ubicarse a mediados de 2010 en un 5% por debajo del máximo de 2007.

⁴⁴ En junio de 2011 el salario mínimo fijado por ley era de \$1.840; por lo tanto, el haber mínimo jubilatorio equivalía al 66,7% del mismo.

⁴⁵ Que equivale al 86,8 % del salario mínimo vigente en ese mes (\$1.840,00).

⁴⁶ A partir de marzo de 2012 el haber mínimo jubilatorio será de \$1687,01.

Cuadro N° 6. La Argentina: beneficios en vigor del Régimen Previsional Público⁽¹⁾ por intervalo de haber. Junio 2011

Intervalos de Haberes en pesos	TOTAL	%	JUBILACIONES	PENSIONES
	5.406.197	100,0	4.019.009	1.387.188
Hasta 1.227,77	30.654	0,6	5.300	25.354
1.227,78	3.915.932	72,4	2.939.007	976.925
1.227,78 a 1.500,00	364.400	6,8	266.343	98.057
1.500,01-2.000	402.100	7,4	305.834	96.266
2.000,01-3.000	366.948	6,8	239.173	127.775
3.000,01-4.000,0	118.084	2,2	90.506	27.578
4.000,01- 8.994,94	179.997	3,3	147.827	32.170
8.994,95	7.331	0,1	5.773	1.558
8.994,96 y más	20.751	0,4	19.246	1.505

(1) No incluye a los beneficiarios del ex régimen de capitalización que fueron absorbidos por el SIPA (2) A partir de marzo de 2011 el haber mínimo era de \$1.227,78 y el máximo de \$8.994,95 (Res N° 58/2011, ANSES). A partir de setiembre de los importes fueron de \$1.434,29 y \$10.507,90 respectivamente (Res N° 448/2011)

Fuente: Elaboración propia en base al Boletín Estadístico de la Seguridad Social, segundo trimestre 2011

Cuadro N° 7. La Argentina: haberes mínimos y medio del Régimen Previsional Público (1). Junio 2011 (En pesos corrientes)

Mínimo	Medio		
	Jubilaciones	Pensiones	Total
1.227,8	1.622,62	1.526,58	1.597,98

(1) No incluye a los beneficiarios del ex régimen de capitalización derogado por ley N° 26425

Fuente: Elaboración propia en base al Boletín Estadístico de la Seguridad Social, segundo trimestre 2011.

PENSIONES NO CONTRIBUTIVAS

Las pensiones no contributivas -llamadas también pensiones sociales o asistenciales- son programas destinados a personas en estado de vulnerabilidad social que se encuentren sin amparo previsional o no contributivo, no posean bienes, ingresos ni recursos que permitan su subsistencia y que no tengan parientes obligados legalmente a proporcionarle alimentos o que, teniéndolos, se encuentren impedidos de hacerlo. Comprende tres grupos: vejez, madres de 7 hijos o más e invalidez. Se le agregan otros dos tipos: graciabiles y leyes especiales.

La pensión no contributiva a la vejez tiene su origen en la ley N° 13478 de 1948, sufriendo desde entonces varias modificaciones. El monto percibido equivale al 70% del haber mínimo previsional.

En junio de 2011 la cantidad de pensiones a la vejez era de 46.537. A partir de las moratorias implementadas desde el año 2004 la mayoría de la población de mujeres de más de 60 años y de hombres mayores de 65 años tiene posibilidad de acceder a la jubilación del régimen contributivo, lo que se refleja en una disminución de la demanda de pensiones no contributivas a la vejez. (Cuadro N° 8).

Hay que considerar que dentro de las demás categorías algunos de los beneficiarios tienen 60 años o más.

Cuadro N° 8. La Argentina: pensiones no contributivas según tipo de beneficio. Junio 2011

Total	Asistenciales				Leyes Especiales	Graciables	Ex Comb. Malvinas
	Total	Invalidez	Vejez	Madre 7 hijos y +			
1.130.575	998.069	650.728	46.537	300.804	1.822	109.556	21.128

Fuente: Elaboración propia en base al Boletín Estadístico de la Seguridad Social, segundo trimestre 2011.

ACTIVIDAD LABORAL

ESTRUCTURA OCUPACIONAL

En la Argentina la edad jubilatoria es de 60 años para las mujeres y 65 años para los hombres. Sin embargo, algunas personas siguen laboralmente activas después de esa edad. Según el Censo de 2001, el 19% de la población de 65 años o más del país continuaba en el mercado laboral. (INDEC, CNPHV, 2001). De acuerdo a la información del Ministerio de Trabajo de la Nación, en junio de 2011 ese porcentaje era de 13,5%, (574.800 personas adultas mayores) estando desocupado solo el 4,6% (Cuadro N° 9).

Cuadro N° 9. La Argentina: estructura ocupacional de la población de 65 años o más (PAM) (en miles) a junio de 2011

	Cantidad
PAM (1)	4.272,9
PAM Urbana	3.995,1
P.E.A. PAM	574,8
Ocupados	548,3
Desocupados	26,5
PAM Inactiva	3.420,4

(1) Proyecciones de población CELADE/INDEC para el año 2011.

Fuente: Elaboración propia en base al Boletín Estadístico de la Seguridad Social, Segundo trimestre 2011.

FUENTES DE INGRESOS

Los haberes jubilatorios y pensiones son la principal fuente de ingresos de las personas de edad. En efecto, de acuerdo a la información de la EPH del segundo semestre de 2006, más del 60% de las personas de 60 años o más tenía como único ingreso su jubilación o pensión, mientras que un 6,5% lo complementaba con ingresos que percibía por seguir en el mercado de trabajo. Un 20% dependía exclusivamente de la retribución de su actividad laboral (no estaban jubilados aún). (Cuadro N° 10).

Cuadro N° 10. La Argentina: personas de 60 años o más según fuente de ingreso. (en %). Total del país. 2° semestre 2006

Sólo por Actividad Laboral	Sólo por Jubilación ó Pensión	Activ. Lab. más Jub. ó Pensión	Jub. ó Pens. más otros Ingresos	Activ. Lab. más otros Ingresos	Otras Combinaciones	TOTAL
20,4	61,2	6,5	5,9	1,8	4,2	100,0

Fuente: SIEMPRO, en base a EPH – INDEC, 2° semestre 2006.

SITUACIÓN PATRIMONIAL DE LOS ADULTOS MAYORES

La seguridad económica de las personas mayores comprende dos aspectos: a) situación económica b) posición económica. La primera -que se trató en el inciso anterior- está determinada por el poder adquisitivo (que pueden provenir de distintas fuentes: jubilaciones, pensiones, trabajo, ahorros, etc.); la segunda se relaciona con la situación patrimonial.

El INDEC elabora un Índice de Privación Material de los Hogares el cual clasifica los hogares según su situación de privación material considerando dos dimensiones: recursos corrientes y patrimonio; este último solo toma en cuenta las condiciones habitacionales.

Dado que hasta este momento⁴⁷ no se han publicado los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2010 sobre estas variables, se tomará la información del Censo de 2001.

En el año 2001 el 28,5% de los hogares particulares con adulto mayor padecía algún tipo de privación. (Cuadro N° 11).

Cuadro N° 11. La Argentina: hogares particulares con adultos mayores según condición de privación. Total del país. 2001

Total Hogares Particulares con Adultos Mayores	Hogares Particulares con Adultos Mayores Sin Privación (%)	Hogares Particulares con Adultos Mayores Con Privación (%)
2.681.386	71,5	28,5

Fuente: INDEC, CNPHV, 2001. Elaboración propia.

Analizados los hogares en los cuales vivía al menos un adulto mayor, el principal tipo de privación era el de ingresos (46%), seguido por el patrimonial (30%). Uno de cada cuatro hogares particulares con adultos mayores con privaciones padecía ambos tipos de carencias. (Cuadro N° 12).

⁴⁷ Enero de 2012.

Cuadro N° 12. La Argentina: hogares particulares con adultos mayores según Índice de Privación Material de los Hogares. Total del país. 2001

Hogares Particulares con Adultos Mayores Con Privación	Tipo de Privación					
	Sólo Recursos Corrientes		Sólo Patrimonial		Convergente	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
764.195	351.261	46,0	227.918	29,8	185.016	24,2

Fuente: INDEC, CNPHV, 2001. Elaboración propia.

En el año 2001 ocho de cada diez *hogares particulares con adultos mayores* tenían jefe de hogar de 65 años o más; el 27,5% de ellos padecía algún tipo de privación. (Cuadro N° 13).

Cuadro N° 13. La Argentina: hogares particulares con adultos mayores. Hogares particulares con jefe de hogar de 65 años o más, total y según condición de privación. Total del país. 2001

Hogares Particulares con Adultos Mayores	Hogares Particulares con jefe de 65 años y más					
	Total		Sin Privación		Con Privación	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
2.681.386	2.178.206	100,0	1.579.199	72,5	599.007	27,5

Fuente: INDEC, CNPHV, 2001. Elaboración propia.

Según la misma información censal la principal carencia de los *hogares con jefes de 65 años o más* con algún tipo de privación provenía de los ingresos (45.8%), siguiéndole la situación patrimonial con el 31,3%. Dos de cada diez hogares con jefes adultos mayores padecían ambos tipos de privaciones. (Cuadro N° 14).

Cuadro N° 14. La Argentina: hogares particulares con jefe de hogar de 65 años o más, según Índice de Privación Material de los Hogares. Total del país. 2001

Hogares Particulares con Jefe de 65 años y más Con Privación	Tipo de Privación					
	Sólo Recursos Corrientes		Sólo Patrimonial		Convergente	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
599.007	274.454	45,8	187.326	31,3	137.227	22,9

Fuente: INDEC, CNPHV, 2001. Elaboración propia.

POBREZA Y VEJEZ

La pobreza en la vejez tiene un significado distinto a la de otras etapas de la vida, pues existen pocas posibilidades de salir de ella; como dice José M Guzmán (2002) "es una pobreza que tiene menos esperanzas y muy pocas opciones".

En los países en desarrollo la jubilación en los hombres y la viudez en las mujeres aumentan la probabilidad de situaciones de pobreza. Sin embargo, algunas evidencias indican que esta probabilidad no radica en la edad, sino en características individuales y

generacionales en que ha transcurrido la historia laboral y de acumulación de activos de las actuales personas mayores.

No existe una única definición de pobreza ya que el problema de la pobreza, y de la calidad de vida en general, es el resultado de múltiples determinantes socio-económicos.

Para su medición se usa, generalmente, el *método directo* o de los indicadores sociales, este recoge distintas dimensiones del desarrollo en términos de normas físicas o metas (necesidades básicas insatisfechas) y el *indirecto* o de ingresos que mide la calidad de vida con referencia a una línea de pobreza que expresa el costo de una canasta mínima de satisfactores de necesidades básicas⁴⁸.

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

MÉTODO DIRECTO. NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI)

Según información censal, el 11,8% de la población de 60 años o más era pobre de acuerdo al criterio de *necesidades básicas insatisfechas*. (INDEC, CNPHV, 2001).

La provincia con mayor cantidad de adultos mayores con NBI era Formosa, con 27,6%, mientras que en Capital Federal sólo el 3,9% de las personas de edad padecían NBI. (Cuadro N° 15).

Cuadro N° 15. La Argentina: porcentaje de población de 60 años o más por condición de NBI por jurisdicción. 2001

PROVINCIA	% NBI
Capital Federal	3,9
Buenos Aires	10,3
Catamarca	16,4
Córdoba	11,1
Corrientes	24,0
Chaco	26,5
Chubut	14,0
Entre Ríos	14,6
Formosa	27,6
Jujuy	24,1
La Pampa	10,9
La Rioja	14,7
Mendoza	12,3

⁴⁸ El método por ingresos se considera un método "crudo", pues si bien es cierto que el ingreso permite cubrir necesidades básicas, no mide la calidad de vida alcanzada; además no tiene en cuenta las necesidades satisfechas por medios alternativos, como por ejemplo, a través de bienes públicos, programas asistenciales, etc.

Misiones	23,3
Neuquén	17,8
Río Negro	17,3
Salta	23,9
San Juan	12,8
San Luis	13,8
Santa Cruz	11,5
Santa Fe	10,2
Santiago del Estero	25,7
Tierra del Fuego	12,8
Tucumán	17,2
PAIS	11,8

Fuente: CNPHV, 2001, INDEC.

MÉTODO INDIRECTO O DE INGRESOS

Según la EPH durante el segundo semestre de 2006 el 15,6% de los adultos de 65 años o más era pobre por ingresos -estaban debajo de la línea de pobreza- mientras que el 3,6% de ellos era indigente (no accedían a la canasta básica). Analizando la información por sexo, el porcentaje de varones pobres es superior al de mujeres, siendo semejantes los guarismos en el caso de la indigencia. (Cuadro N° 16) (INDEC, EPH, segundo semestre 2006)⁴⁹.

⁴⁹ Según el informe que el Ministerio de Desarrollo Social presentará ante la ONU sobre los logros en políticas a favor de los adultos mayores la pobreza disminuyó del 25,9% en el cuarto trimestre de 2003 al 2,3% en el cuarto trimestre de 2011; la indigencia bajó en el mismo período de 8,8% a 0,8% (Fuente: INDEC, EPH). En: <http://www.desarrollosocial.gov.ar/informeadultmayoresonu/1003>.

Cuadro N° 16. La Argentina: población total y adulta mayor por sexo según condición de pobreza. Total 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre 2006

Sexo y condición de pobreza	Total	65 años o más
TOTAL (en miles)	24.008	2.473
	100,0	100,0
NO POBRE	73,1	89,0
POBRE	26,9	11,0
POBRE NO INDIGENTE	18,2	7,8
POBRE INDIGENTE	8,7	3,2
MUJERES (en miles)	12.619	1.481
	100,0	100,0
NO POBRE	73,5	89,6
POBRE	26,5	10,4
POBRE NO INDIGENTE	18,1	7,4
POBRE INDIGENTE	8,4	3,0
VARONES (en miles)	11.389	992
	100,0	100,0
NO POBRE	72,8	88,2
POBRE	27,2	11,8
POBRE NO INDIGENTE	18,3	8,3
POBRE INDIGENTE	8,9	3,5

Fuente: INDEC, EPH, 2006. Elaboración propia.

La distribución personal del ingreso de la población adulta mayor es altamente inequitativa. En efecto, durante el segundo semestre de 2006, el 20% “más rico” (con un ingreso per capita medio del hogar -YPCF- de \$1.904) absorbía el 53,1% de los ingresos percibidos por el total de personas de 60 años o más, mientras que el 20% más pobre recibía sólo el 4,0% del ingreso total (siendo el YPCF de \$145). (Cuadro N° 17).

Cuadro N° 17. La Argentina: personas de 60 años o más. Ingreso Per Capita Medio del Hogar (YPCF) según quintil de IPCP. Total del país. 2° semestre 2006

Quintiles del IPCP	YPCF Medio mensual del Hogar (\$ corrientes)	% del Ingreso Total que corresponde a cada Quintil
1	145	4,0
2	303	8,4
3	482	13,4
4	755	21,0
5	1.904	53,1
TOTAL	664	100,0

Fuente: SIEMPRO, en base a EPH – INDEC, 2° semestre 2006.

Los indicadores utilizados para medir la pobreza de los adultos mayores tienen muchas limitaciones y deberían ser reformulados para poder captar adecuadamente las carencias de este grupo etario. Por ejemplo, los indicadores referidos a la vivienda de NBI reflejan la capacidad de acumulación que tuvo el adulto mayor en su edad productiva pero no muestran el grado de deterioro de las mismas, como tampoco la falta de adaptación a sus características y necesidades. En cuanto al método de la Línea de Pobreza, no tiene en cuenta que los requerimientos nutricionales disminuyen con la edad como tampoco la mayor incidencia de los gastos en salud (fundamentalmente medicamentos) en la Canasta Básica del Adulto Mayor. Ninguno de los métodos capta las transferencias de ingresos bajo la forma de subsidios directos o indirectos otorgados por el Estado ni las realizadas dentro del grupo familiar.

EDUCACIÓN Y VEJEZ

Las características educativas de la población mayor es una variable importante, ya que el nivel educativo alcanzado puede incidir significativamente en su acceso a recursos en la vejez.

Los bajos niveles educativos se asocian con un mayor riesgo de discapacidad y muerte entre las personas a medida que envejecen, así como mayores índices de desempleo. La educación en la niñez junto con las oportunidades de aprendizaje durante toda la vida puede ayudar a las personas a desarrollar las aptitudes y la confianza que necesitan para adaptarse y seguir siendo independientes a medida que envejecen. (OMS, 2002).

Los datos sobre nivel educativo de las personas mayores en la Argentina en el año 2001 indican que el 8% de ellos no poseían educación formal y el 73% había alcanzado como máximo nivel secundario incompleto; sólo el 19% poseían estudios secundarios y más.

El porcentaje de analfabetos aumenta con la edad, siendo significativamente mayor en las personas de 80 años o más. (Cuadro N° 18).

Cuadro N° 18. La Argentina: personas adultas mayores por máximo nivel de instrucción alcanzado según grupo de edad. 2001

Grupos de edad	Total	Sin instrucción		Hasta Secundaria incompleta		Secundario Completo y más	
		Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Total	4.871.957	408.711	8	3.554.720	73	908.526	19
60-69	2.394.125	160.832	7	1.713.610	72	519.683	22
70-79	1.724.420	152.838	9	1.286.534	75	285.048	17
80 o más	753.412	95.041	13	554.576	74	103.795	14

Fuente: INDEC, CNPHV, 2001

La educación cumple una función socializadora en todas las edades. Durante el proceso educativo, a través de interrelaciones con otros sujetos -en el marco de instituciones específicas- se establecen relaciones de pertenencia y de intercambio colaborando en el proceso de integración social.

Hasta el presente la Argentina no posee un reconocimiento explícito del derecho a la educación a lo largo de toda la vida y, consecuentemente, de la provisión de servicios educativos para las personas adultas mayores.

PRINCIPALES FACTORES DE VULNERABILIDAD EN LA DIMENSIÓN “PERSONAS DE EDAD Y EL DESARROLLO”

➤ **Factor seguridad de ingresos**

- El 72,4% de los jubilados y pensionados perciben el haber mínimo equivalente al 66,7% del salario mínimo, vital y móvil) (junio 2011).
- El 13,5% de la población de 65 años o más (574.800 personas) continúa en el mercado de trabajo, estando desocupado el 4,6%. (junio 2011).
- El 61% de los mayores de 60 años tiene como única fuente de ingresos su jubilación. (2006).

➤ **Factor situación patrimonial (2001)**

- El 28,5% de hogares particulares con adultos mayores padece algún tipo de privación.
- La principal causa de privación es por ingreso (46%), siguiéndole la patrimonial (30%).
- Dos de cada diez hogares con jefes adultos mayores padecían ambos tipos de privaciones.
- Ocho de cada diez hogares particulares con jefe de 65 años o más padecía algún tipo de privación, siendo la más importante la de ingresos (45%) seguida por la patrimonial (31%).

➤ **Factor pobreza**

- El 11,8% de la población adulta de 60 años o y más en el 2001 era pobre por NBI.
- El 11,8% de las personas de 65 años o más en el 2006 eran pobres no indigentes.
- El 3,2% de las personas de 65 años o más en el 2006 eran pobres indigentes.

➤ **Factor educación**

- En el año 2001 el 8% de los mayores de 60 años no tenían instrucción. La situación se agravaba con la edad hasta llegar al 13% en las personas de 80 años o más.

SALUD Y BIENESTAR EN LA VEJEZ

El acceso a los servicios de salud es un derecho humano fundamental. Las políticas que no garanticen el mismo acceso a los recursos sanitarios a toda la población -sin discriminar entre grupos de edad- son cuestionables tanto por razones éticas como jurídicas.

A continuación se analizará dos cuestiones respecto a esta dimensión en la Argentina: la cobertura y la situación de salud de la población adulta mayor.

COBERTURA DE SALUD

En la Argentina existe un sistema de salud público y universal, que todo ciudadano tiene derecho a acceder. Paralelamente existen otras formas de cobertura como las obras sociales de sindicatos (para los trabajadores formales), las mutuales o las prepagas.

En este contexto, en el año 2010 el 64% de la población argentina residente en viviendas particulares tenían cobertura de salud. En el caso de las personas de 65 años o más (PAM) el porcentaje se eleva al 95%, siendo levemente inferior el porcentaje de hombres con cobertura que el de mujeres (94% y 96% respectivamente) (Cuadro N° 19).

Cuadro N° 19. La Argentina: población en viviendas particulares por cobertura de obra social y/o plan de salud privado o mutual, según sexo. PT y PAM. Total país. 2010

Pob.	Total	Obra social y/o plan de salud privado o mutual					
		Tiene			No Tiene		
		Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	39.671.131	25.356.449	11.992.218	13.364.231	14.314.682	7.283.999	7.030.683
PAM	3.979.032	3.780.382	1.521.704	2.258.678	198.650	110.335	88.315

Fuente: INDEC, CNPHV, 2010. Elaboración propia.

En relación al tipo de cobertura, el 86% tiene obra social (incluye PAMI). El porcentaje de mujeres con este tipo de cobertura es superior al de los hombres (91% contra el 86%) seguramente como consecuencia de la cantidad de mujeres que se acogieron -como se señalara anteriormente- al decreto N° 1454/2005 -conocido con el nombre de “Jubilación para las amas de casa”- quedando cubiertas por PAMI. (Cuadro N° 20).

Cuadro N° 20. La Argentina: población adulta mayor en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud. Por sexo. Total del país. 2010

PAM Con Cobertura en Salud	Tipo de Cobertura en Salud			
	Obra Social (O.S)(1)	Prepaga a través de Obra Social	Prepaga solo por contratación voluntaria	Programas y Planes estatales de Salud
Total: 3.979.032	3.403.244	173.426	164.737	38.975
Varones: 1.521.704	1.355.409	78.729	71.901	15.665
Mujeres: 2.258.678	2.047.835	94.697	92.836	23.310

(1) Incluye PAMI

Fuente: INDEC, CNPHV, 2010. Elaboración propia.

SITUACIÓN DE SALUD DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

PRINCIPALES ENFERMEDADES

De acuerdo al Ministerio de Salud de la Nación las principales enfermedades de los adultos mayores en el año 2007 eran las de origen cardiovascular seguidas por tumores y enfermedades respiratorias para el segmento etario de 65 años a 74 años, invirtiéndose el ranking para el segmento 75 años o más. (Cuadro N° 21).

Cuadro N° 21. Ranking de enfermedades de los adultos mayores en la Argentina. Año 2007

Ranking	65 a 74 años	75 años o más
1	Cardiovasculares	Cardiovasculares
2	Tumores	Respiratorias
3	Respiratorias	Tumores
4	Mal definidas	Mal definidas
5	Otras definiciones	Otras definiciones

Fuente: Dirección Nacional de Estadística e Información de Salud, Ministerio de Salud, 2009.

PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE

Analizando las defunciones en el total de la población y en el segmento de 65 años o más se percibe que el 69% de las muertes del 2008 corresponde a la población perteneciente a ese grupo etario (302.133), 68,6% de las definidas y 74,0% de las mal definidas o desconocidas.

La principal causa de muerte de la población adulta mayor son las enfermedades cardiovasculares (35,1% del total de muertes)⁵⁰. La segunda causa de muerte (38.008

⁵⁰ Según el Ministerio de Salud de la Nación, dentro de las enfermedades cardiovasculares la insuficiencia cardíaca, las enfermedades cardiovasculares y las isquémicas figuran como las principales. (Plan Federal de Salud 2010-2016).

defunciones) son los tumores que explican el 18,2% de las muertes de los adultos mayores⁵¹, seguida por las enfermedades respiratorias con el 17,1% de las muertes⁵². (Cuadro N° 22) (Ministerio de Salud de la Nación, 2009).

Cuadro N° 22. La Argentina: defunciones en adultos mayores según causa principal de mortalidad, 2008.

Grupo de Causas	Defunciones		En % de las defunciones	
	Total	65 a o +	Total	65 a o +
Total	302.133	208.603	69,0	100,0
Total definidas	277.412	190.309	68,6	91,2
Enfermedades infecciosas y parasitarias	13.609	8.684	63,8	4,2
Tumores	59.553	38.008	63,8	18,2
Diabetes	7.745	5.815	75,1	2,8
Def. nutrición y anemias nutricionales	1.124	893	79,4	0,4
Trastornos metabólicos	1.681	1.425	84,8	0,7
Meningitis	347	99	28,5	0,0
Enfermedad de Alzheimer	1.353	1.318	97,4	0,0
Trastornos mentales y del comportamiento	2.594	2.024	78,0	1,0
Enfermedades del sistema circulatorio	90.379	73.177	81,0	35,1
Enfermedades del sistema respiratorio	43.497	35.665	82,0	17,1
Apendicitis, hernia de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	1.377	1.175	85,3	0,6
Enfermedades del hígado	4.981	2.066	41,5	1,0
Enfermedades del sistema urinario	8.457	6.885	81,4	3,3
Embarazo, parto y puerperio	322	-	-	-
Afecciones originadas en el período perinatal	4.724	-	-	-
Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	2.797	24	0,0	0,0
Causas externas	20.009	4.533	22,7	2,2
Demás definidas	12.868	8.518	66,2	4,1
Mal definidas y desconocidas	24.721	18.294	74,0	8,8

Fuente: MSaN (2009). Elaboración propia.

Las lesiones constituyeron la quinta causa de muerte en 2008⁵³. Las causas de las lesiones pueden clasificarse en intencionales -homicidios, suicidios, etc.- y no intencionales que incluyen caídas, accidentes de tránsito, lesiones producidas en el ámbito laboral, doméstico, espacios recreativos, etc.

⁵¹ Respecto al tipo de tumor, priman los tumores malignos y dentro de ellos, los de tráquea, bronquios y pulmón, seguidos por los de colon, recto, de la porción rectosigmoidea y ano.

⁵² Entre las enfermedades respiratoria en los de 64 años o más, las que tiene mayor peso son las insuficiencias respiratorias agudas (39,1%) y la insuficiencia no clasificada en otra parte (25,8%). (Plan Federal de Salud 2010-2016).

⁵³ Son la principal causa de muerte en los menores de 45 años, afectando particularmente a la población masculina más joven.

El 6,6% del total de los egresos hospitalarios por lesiones causadas por el tránsito corresponden a personas de 60 años o más, con claro predominio del sexo masculino. (Cuadro N° 23).

Cuadro N° 23. La Argentina: distribución de egresos hospitalarios por lesiones causadas por el tránsito en personas de 60 años o más según sexo y grupo de edad. 2000

Grupo etario	Total	% grupo etario	% de varones
TOTAL	28.584	100	68,9
60-64 años	638	2,2	70,7
65 años o más	1284	4,4	66,8

Fuente: MSaN (2009). Elaboración propia.

ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO

A los efectos de tener en cuenta los factores de riesgo que causan los problemas de salud de los argentinos, el Ministerio de Salud de la Nación junto con el INDEC llevaron a cabo dos Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo (ENFR años 2005 y 2010) siguiendo las recomendaciones de la OPS⁵⁴.

Las publicaciones del Ministerio de Salud de la Nación con los resultados obtenidos muestran una desagregación de la información distinta en cada una de las dos ENFR. A lo largo de este inciso utilizaremos la I ENFR por considerarla más adecuada para reflejar la situación respecto a los factores de riesgo de la población de 65 años o más; sin embargo, para cada variable se hace referencia a los resultados obtenidos en la II ENFR a pie de página.

Indicadores de calidad de vida

➤ *Autopercepción de salud*

La calidad de vida relacionada con la salud se define como la percepción que cada persona tiene del propio estado de salud (autopercepción). Si bien este indicador es distinto de la evaluación objetiva de discapacidad, su medición constituye cada vez más un resultado a evaluar dentro de los indicadores de salud poblacional y en la evaluación de efectividad de intervenciones. (MSaN, 2006, p.42).

Casi el 40% de la población de 65 años o más consideró que su estado de salud era regular o mala⁵⁵, guarismo que resulta muy superior al obtenido a nivel nacional que fue de 19.9%⁵⁶. (Cuadro N° 24).

⁵⁴ Durante el año 2010 se realizó la II Encuesta Nacional sobre Factores de Riesgo (ENFR); los resultados publicados por el Ministerio de Salud de la Nación presentan la información menos desagregada que en la I Encuesta; por tal motivo se hace referencia a los mismos a pie de página de cada ítem.

⁵⁵ PAM Autopercepción de Salud. Salud general regular o mala: 37%. II ENFR, MSaIN, 2011.

Cuadro N° 24. La Argentina: autopercepción del estado de salud en general. Población de 65 años o más. 2005

Excelente, Muy Buena, Buena		Regular, Mala	
Cantidad de personas	%	Cantidad de personas	%
2.038.221	60,1	1.353.387	39,9

Fuente: MSaN, 2006. Elaboración propia.

➤ **Movilidad**

El 31,5% de las personas de 65 años o más manifestó tener problemas de movilidad⁵⁷; en el caso de las mujeres la cifra es 4,5 puntos porcentuales superior al promedio de ambos sexos⁵⁸. (Cuadro N° 25).

Cuadro N° 25. La Argentina: movilidad. Población de 65 años o más. 2005

Sexo	Sin Problemas		Algunos problemas		Postrado	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Varón	1.045.516	73,1	363.674	25,4	21.649	1,5
Mujer	1.214.312	61,9	704.898	36,0	41.559	2,1
Total	2.259.828	66,6	1.068.572	31,5	63.208	1,9

Fuente: MSaN, 2006, p. 51. Elaboración propia

➤ **Cuidado Personal**

El 8.7% de las personas de 65 años o más manifestó tener algún problema para el cuidado personal, como lavarse y vestirse solas; de ellos, un 2% se declara totalmente incapaz. Los guarismos son algo superiores en el caso de las mujeres. (Cuadro N° 26)

Cuadro N° 26. La Argentina: Cuidado personal. Población de 65 años y más. 2005

Sexo	Se lava y viste solo		Algunos problemas para lavarse y vestirse		Incapacidad para lavarse y vestirse	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Varón	1.296.416	90,6	102.289	7,1	32.134	2,2
Mujer	1.731.828	88,3	191.345	9,8	37.596	1,9
Total	3.028.244	89,3	293.634	8,7	69.730	2,1

Fuente: MSaN, 2006, p. 53. Elaboración propia.

⁵⁶ En estudios realizados en países desarrollados ese porcentaje es de alrededor de 12% (algo mayor en el caso de las mujeres).

⁵⁷ PAM. Problemas de movilidad: 33,4%. II ENFR, MSaN, 2011.

⁵⁸ A nivel nacional este guarismo es de 10,9%.

➤ **Actividades Cotidianas**

En relación a las actividades cotidianas el 20,6 % de las personas de 65 años o más refirió tener algún tipo de problema⁵⁹, siendo el reporte 5 puntos porcentuales mayor en el caso de las mujeres. Un 3,2% se declaró incapaz para desarrollar ese tipo de tareas. (Cuadro N° 27).

Cuadro N° 27. La Argentina: actividades cotidianas. Población de 65 años o más

Sexo	Sin Problemas		Algunos problemas		Incapaz	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Varón	1.187.735	83,0	204.422	14,3	38.682	2,7
Mujer	1.397.552	71,3	492.985	25,1	70.232	3,6
Total	2.585.287	76,2	697.407	20,6	108.914	3,2

Fuente: Fuente: MSaN, 2006, p. 55. Elaboración propia.

Dolor y Malestar

Más de la mitad de las personas de 65 años o más manifestó sentir algún dolor o malestar (51,5%), de los cuales un 10% serían intensos; los guarismos son superiores en el caso de las mujeres. (Cuadro N° 28)

Cuadro N° 28. La Argentina: dolor/malestar. Población de 65 años o más

Sexo	Sin Dolor/malestar		Dolor/malestar moderado		Mucho Dolor/malestar	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Varón	800.680	56,0	509.146	35,6	121.013	8,5
Mujer	842.613	43,0	909.067	46,4	209.089	10,7
Total	1.643.293	48,5	1.418.213	41,8	330.102	9,7

Fuente: Fuente: MSaN, 2006, p. 57. Elaboración propia.

➤ **Ansiedad/depresión**

El 23.2% de las personas de 65 años o más refirió estar ansioso o deprimido en forma moderada, mientras que casi el 5% se sentían muy ansiosos o deprimidos⁶⁰. Se observó un mayor nivel de ansiedad/depresión entre la población femenina. (Cuadro N° 29).

Cuadro N° 29. La Argentina: ansiedad/depresión. Población de 65 años o más

Sexo	Sin Ansiedad / depresión		Ansiedad / depresión Moderada		Mucha Ansiedad / depresión	
	Cantidad	%	Cantidad	%	Cantidad	%
Varón	1.089.448	76,0	298.273	20,8	45.118	3,2
Mujer	1.353.641	69,0	490.206	25,0	116.922	6,0
Total	2.441.089	72,0	788.479	23,2	162.040	4,8

Fuente: MSaN, 2006, p. 59. Elaboración propia.

⁵⁹ PAM. Problemas en relación a las actividades cotidianas: 20,7%. II ENFR, MSaN, 2011.

⁶⁰ PAM. Ansiedad/depresión: 25,6%. II ENFR, MSaN, 2011.

Factores de riesgo

Los efectos de los cambios en los patrones de consumo y en los hábitos de vida de la población se manifiestan en un alarmante incremento en algunos factores de riesgo, asociados con dietas altas en contenidos grasos, abundante ingesta de productos de origen animal con poca fibra y frutas e inactividad física. Todo esto contribuye a un incremento de la prevalencia de algunos tipos de enfermedades como diabetes tipo II, hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, etc.

Los principales factores de riesgo detectados en la I ENFR fueron: hipertensión arterial, colesterol, diabetes, tabaquismo, consumo de alcohol, sobrepeso y bajo nivel de actividad física.

➤ *Hipertensión arterial*

Con respecto a la población de 60 años o más el principal factor de riesgo fue la hipertensión arterial (56.7%)⁶¹. De acuerdo a los resultados de la I ENFR prácticamente toda la población de edad había realizado algún control de hipertensión y nueve de cada diez lo había realizado dentro del último año. Si se considera el total del país, a seis de cada diez adultos mayores se les había detectado por lo menos una vez presión arterial alta; sin embargo, una cuarta parte de ellos no llevaba adelante ningún tratamiento. Esta tendencia se acentúa entre los varones y los de 75 años o más. (Cuadro N° 30).

➤ *Colesterol*

Según la información recogida por la I ENFR el 16% de los adultos de 60 años o más no se controló nunca el colesterol; la probabilidad de falta de control aumenta en el caso de los varones y en los menores de 75 años. El 39% de los adultos mayores que han realizado control de su colesterol presenta hipercolesterolemia pero solo seis de cada diez están bajo tratamiento médico⁶². (Cuadro N° 30).

➤ *Diabetes*

Según la misma fuente, casi siete de cada diez adultos mayores se habían medido la glucemia en el último año; dos de cada diez hacía más de un año y uno de cada diez nunca lo había hecho. Entre la población que alguna vez se midió la glucemia el 21% era diabética; sin embargo, una tercera parte de ellos no estaba en tratamiento⁶³. (Cuadro N° 30).

⁶¹ PAM (65 años o más) con presión arterial elevada: 63,0%. II ENFR, MSaN, 2011.

⁶² PAM (65 años o más) con colesterol elevado: 39,7%. II ENFR, MSaN, 2011.

⁶³ PAM (65 años o más). Control de glucemia: 92,2% con diabetes o glucemia elevada: 19,0%. II ENFR, MSaN, 2011.

Cuadro N° 30. La Argentina: principales factores de riesgo en la población de 60 años o más (en %). Total país. 2005

FACTOR DE RIESGO	TOTAL	SEXO		EDAD	
		Varones	Mujeres	60-74	75 y +
Hipertensión Arterial	56,7	54,5	58,9	55,4	60,9
Diabetes	20,7	22,5	19,4	20,7	20,7
Colesterol alto	38,7	35,9	40,8	40,9	33,6

Fuente: MSaN, 2006. Elaboración propia.

➤ **Tabaquismo**

Constituye la principal causa de muerte prevenible, con 40.000 defunciones al año. El gasto asociado a enfermedades relacionadas al consumo de tabaco representa el 15,6% del gasto total en salud.

De acuerdo a los datos de la I ENFR el consumo de tabaco en las personas de 65 años o más era de casi el 9%, bastante menor que el del resto de los grupos etarios; por otra parte, un 26% había dejado el hábito de fumar⁶⁴. (Cuadro N° 31).

Cuadro N° 31. La Argentina: Tabaquismo tn personas de 65 años o más. Total del país. 2005 (en %)

Fumador	Ex Fumador	Nunca Fumó
8,9	26,1	65,0

Fuente: MSaN, 2006, p. 51. Elaboración propia.

➤ **Consumo de Alcohol**

Tiene consecuencias tanto por intoxicación aguda como porque su ingesta aumenta el riesgo de accidentes, de violencia doméstica, etc. Por otra parte, el consumo crónico se asocia con enfermedades hepáticas, cardiovasculares, cáncer y diversos problemas psicosociales.

De acuerdo a la información de la I ENFR el consumo de alcohol de riesgo llega al 10,5% en el caso de la población de 65 años o más. Si se analiza el consumo episódico excesivo ese porcentaje es solo del 2,2%⁶⁵. (Cuadro N° 32).

Cuadro N° 32. La Argentina: población de 65 años o más con consumo de alcohol. 2005. (en %)

Población con consumo regular de riesgo de alcohol		Población con consumo de alcohol episódico excesivo	
Sí	No	Sí	No
10,5	89,5	2,2	97,8

Fuente: MSaN, 2006. Elaboración propia.

⁶⁴ PAM (65 años o más). No fumador: 61,3%. Fumador: 10,2%. Ex fumador: 28,5%. II ENFR, MSaN, 2011.

⁶⁵ PAM (65 años o más). Consumo regular de alcohol de riesgo: 11,6%. Consumo de alcohol episódico excesivo: 2,4. II ENFR, MSaN, 2011.

➤ **Sedentarismo**

Es otro factor de riesgo importante. La actividad física reduce la morbi-mortalidad en personas sanas, disminuyendo la incidencia de las enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, obesidad, depresión, osteoporosis, etc. Por otra parte, mejora la evolución de diversas enfermedades como las coronarias, insuficiencia cardíaca y diabetes.

Al momento de realizarse la I ENFR el 46% de la población total manifestó realizar poca actividad física, el 43,4% un nivel moderado y el 10,5% un nivel intenso; en el caso de la población de 65 años o más esos guarismos son 59,9%, 37,9% y 2,3% respectivamente. O sea, 4 de cada 10 adultos mayores no realiza ninguna actividad física, la misma proporción que la que lleva a cabo una actividad moderada⁶⁶. (Cuadro N° 33).

Cuadro N° 33. La Argentina: nivel de actividad física de la población total y de las personas de 65 años o más. 2005. (en %)

Baja		Moderada		Intensa	
Todo el país	65 años o más	Todo el país	65 años o más	Todo el país	65 años o más
46,2	59,9	43,4	37,9	10,5	2,3

Fuente: MSaN, 2006. Elaboración propia.

➤ **Sobrepeso y Obesidad**

Los cambios en los hábitos alimenticios, laborales, de uso del tiempo libre, etc., junto a la aparición de una oferta cada vez mayor y diversificada de productos, explican, al menos parcialmente, el perfil de peso del país. Junto con la escasa actividad física hacen que un porcentaje cada vez mayor de la población tenga problemas de sobrepeso y obesidad, condiciones que están asociadas a la hipertensión y otras enfermedades coronarias, diabetes y cánceres.

La I ENFR recabó la información sobre el peso y altura mediante el autoreporte de los encuestados⁶⁷. En el año 2005 sólo el 51% de la población total tenía un peso normal, 12 puntos porcentuales más que el de la población adulta mayor. El porcentaje de población de 65 años o más con sobrepeso y obesidad (44,5% y 17,7% respectivamente) también es mayor que los valores registrados a nivel de toda la población que eran de 34,4% y 14,6% respectivamente⁶⁸.(Cuadro N° 34).

⁶⁶ PAM (65 años o más). Prevalencia de inactividad: 66,9%. II ENFR, MSaIN, 2011.

⁶⁷ Las categorías de índice de masa corporal (IMC) se definieron según indicadores del CDC de la siguiente manera: Peso normal: IMC entre 18.5 y 24.5 Kg/m²; Sobrepeso: 25 a 29,9 Kg/m²; Obesidad: 30 ó más Kg/m².

⁶⁸ PAM (65 años o más). Prevalencia de obesidad. Normal: 36,8%; Sobrepeso: 43,1%; Obesidad: 20,1%. II ENFR, MSaIN, 2011.

Cuadro N° 34. La Argentina: población total y de 65 años o más con sobrepeso y obesidad, 2005. (en %)

Normal		Sobrepeso		Obesidad	
Todo el país	65 años y más	Todo el país	65 años y más	Todo el país	65 años y más
51,0	37,7	34,4	44,5	14,6	17,7

Fuente: MSaN, 2006. Elaboración propia.

➤ **Salud Femenina**

En relación a la salud femenina cuatro de cada diez mujeres mayores nunca se hicieron una mamografía; entre las de 75 años o más esta carencia afecta a la mitad. Una de cada cuatro mujeres nunca se realizó un PAP; entre las menores de 75, una de cada cinco lo ha hecho, valor que casi se duplica en el caso de las mayores de esa edad⁶⁹. (Cuadro N° 35)

Cuadro N° 35. La Argentina: mujeres de 60 años o más que nunca se hicieron mamografía y papanicolau, por grupos de edad. Total del país. 2005 (en %)

	Total	60-74 años	75 años y más
Mamografía	42,7	38,1	52,5
P.A.P.	26,6	21,3	38,0

Fuente: MSaN, 2006. Elaboración propia.

CAPACIDAD FUNCIONAL

El CNPHV de 2010, a partir de un cuestionario ampliado que se realizó a una muestra de la población nacional, recolectó información sobre la población residente en viviendas particulares con algún tipo de dificultad o limitación permanente, distinguiendo cinco tipos: visual, auditiva, motora superior e inferior y cognitiva⁷⁰.

La salud no puede ser considerada solo en términos de presencia o ausencia de enfermedad, pues se debe también valorar el grado de conservación de la capacidad funcional. La discapacidad acarrea el riesgo de morir, independientemente de la edad, sexo y presencia de otras afecciones. A pesar de que la mayoría de las personas de edad con enfermedades no transmisibles mantienen su capacidad funcional, el grado de discapacidad aumenta con la edad. (OPS, 2005).

Dentro de la población de 65 años o más (PAM) con algún tipo de dificultad o limitación permanente en general se observa un predominio de mujeres en cada tipo de dificultad,

⁶⁹ PAM Femenina (65 años o más). Realización de mamografía en los últimos 2 años: 41,8%.). Realización de PAP en los últimos 2 años: 38,5%. II ENFR, MSaIN, 2011.

⁷⁰ El concepto de dificultad o limitación permanente considera a aquellas personas que cuentan con certificados de discapacidad y a aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s (INDEC).

seguramente como consecuencia de su mayor longevidad. Las principales dificultades o limitaciones son la visual y la motora inferior⁷¹. (Cuadro N° 36).

Cuadro N° 36. La Argentina: población adulta mayor en viviendas particulares con dificultad o limitación permanente por tipo de dificultad o limitación. Por sexo. 2010

	PAM en viviendas particulares con dificultad o limitación permanente por tipo				
	Visual	Auditiva	Motora Superior	Motora inferior	Cognitiva
Total	981.209	459.121	361.086	932.838	214.819
Varones	378.790	206.513	120.654	317.676	80.307
Mujeres	602.419	252.608	240.432	615.162	134.512

Fuente: INDEC, CNPHV, 2010. Elaboración propia.

AÑOS DE VIDA SALUDABLE

La esperanza de vida al nacer ha ido aumentando en las últimas décadas; frente a estos logros del género humano resulta pertinente conocer cuál es la esperanza de vida saludable a partir de los 60 años. Como puede visualizarse en el cuadro 36, afortunadamente a partir de esa edad la cantidad de años de vida saludable es bastante promisorio: 17,23 años para las mujeres y 15,55 años para los hombres. Obviamente las cifras disminuyen con los años; es de destacar que si bien la expectativa de vida es superior en las mujeres, la probabilidad de que padezca alguna invalidez es mayor que en el caso de los hombres. Esta realidad se relaciona directamente con situaciones de fragilidad funcional y física en los adultos mayores, fundamentalmente en el sexo femenino. (Cuadro N° 37).

Cuadro N° 37. La Argentina: años de vida saludable. 2002

Años	Varones			Mujeres		
	Expectativa de vida en años			Expectativa de vida en años		
	Saludable	C/Invalidez	Total	Saludable	C/Invalidez	Total
60	15,55	2,27	17,82	17,23	5,30	22,53
65	12,27	2,19	14,46	13,44	4,98	18,42
70	9,32	2,08	11,38	9,99	4,56	14,55
75	7,29	1,35	8,64	6,61	4,42	11,02
80	4,78	1,43	6,25	4,00	3,96	7,97

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

⁷¹ Obsérvese que tal como está presentada la información una misma persona adulta mayor puede padecer más de una discapacidad ó limitación motivo por el cual no se puede inferir el porcentaje de PAM con ese tipo de afecciones. El cuestionario que acompañó el CNPHV de 2001 (ENDI) arrojó un 28% de PAM con algún tipo de discapacidad.

A modo de síntesis pueden resaltarse las siguientes características sobre la salud de los adultos mayores, las cuales deben tenerse en cuenta en cualquier plan de salud dirigido a este grupo etario:

- Casi el 40% de la población de 65 años o más considera que su estado de salud es regular o malo, cifra que duplica el nivel obtenido a nivel nacional para todas las edades. (I ENFR).
- El 31,5% de las personas de 65 años o más manifiesta tener problemas de movilidad; en el caso de las mujeres la cifra se eleva en 4,5 puntos porcentuales. (I ENFR).
- Casi el 9% de las personas de 65 años o más manifestó tener algún problema para el cuidado personal (por ej. lavarse o vestirse sola); de ellos, un 2% se declara totalmente incapaz (I ENFR).
- El 20,6 % de la PAM refirió tener algún tipo de problemas en relación a las actividades cotidianas, siendo el reporte 5 puntos porcentuales mayor en el caso de las mujeres. Un 3,2% se declaró incapaz para desarrollar ese tipo de tareas. (I ENFR)
- Más de la mitad de las personas de 65 años o más manifiesta sentir algún dolor, de los cuales un 10% serían intensos; los guarismos son superiores entre la población femenina (I ENFR).
- El 23,2% de las personas de 65 años o más refirió estar ansioso o deprimido en forma moderada, mientras que casi el 5% se sentían muy ansiosos o deprimidos. Se observó un mayor nivel de ansiedad/depresión entre la población femenina. (I ENFR).
- Los principales factores de riesgo detectados para la población adulta mayor en las dos ENFR fueron: hipertensión arterial, colesterol y diabetes, siendo también preocupante el sobrepeso y la falta de actividad física. (I y II ENFR).
- Dentro de la PAM con algún tipo de dificultad o limitación permanente predominan la visual y la motora inferior; se observa una prevalencia de mujeres en cada tipo de dificultad. (2010).
- Si bien la expectativa de vida ha ido aumentando en las últimas décadas y la esperanza de vida saludable a partir de los 60 es bastante promisorio, la probabilidad de padecer alguna invalidez -si bien no es muy elevada- existe y es superior en el caso de las mujeres.

Como conclusión podemos afirmar que en relación a las dimensiones consideradas dentro de la calidad de vida en términos de salud, las mujeres -que tienen una mayor esperanza de vida al nacer que los hombres- presentaron peor salud percibida y mayores inconvenientes en relación a las demás variables que los varones.

Los principales **factores de vulnerabilidad** detectados en términos de salud:

- Ausencia de cobertura en salud en el 5% de la PAM.
- Patologías crónicas o invalidantes en un porcentaje significativo de la PAM.
- Situaciones de dependencia funcional.

ENTORNO PROPICIO Y FAVORABLE

Uno de los aspectos recomendados por el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento aprobado en Madrid (PAIME) fue el fomento de un entorno propicio para el desarrollo de las personas mayores.

La CEPAL en la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del PAIME (2003) afirma que *“la creación de condiciones políticas, económicas, físicas, sociales y culturales adecuadas para las personas mayores es fundamental para el desarrollo social y el ejercicio de los derechos, deberes y libertades en la vejez”* (CEPAL, 2003, p.22).

Si se tiene en cuenta la situación de las personas mayores y las políticas de vejez en América Latina y el Caribe, el Organismo Regional considera importante incluir la situación de los entornos físicos (vivienda, espacio público urbano, transporte) y de los entornos sociales (maltrato y violencia dirigidos a las personas de edad, imagen del envejecimiento y participación) como ámbitos de intervención que requieren cambios, pues la evidencia demuestra que existen brechas con otras generaciones y entre las mismas personas mayores que es necesario disminuir.

A continuación se presentará el estado de situación de algunos entornos físicos (vivienda y barreras urbanas) y sociales (participación ciudadana).

ENTORNOS FÍSICOS

VIVIENDA

Según el Censo de 2001⁷² más del 80% de las personas mayores eran propietarias de las viviendas que habitaban (Cuadro N° 38). Sin embargo, éstas no responden adecuadamente a sus necesidades de habitabilidad, seguridad y accesibilidad. Como puede verse en el Cuadro N° 39, el 20% de las mismas no contaban con agua potable ni con un saneamiento adecuado.

⁷² A la fecha (enero 2012) el INDEC no ha publicado los resultados del CNPHV de 2010 en relación a esta variable.

Cuadro N° 38. La Argentina: personas de 60 años o más por régimen de tenencia según grupos de edad. Total del país. 2001

Grupo de Edad		Propiedad de la Vivienda y del Terreno	Sólo Propiedad de la Vivienda	Inquilino	Ocupante por Préstamo	Ocupante por Cesión de Trabajo	Otra Situación
60-64	100	83,0	2,6	5,5	4,2	2,2	2,5
65-69	100	84,2	2,3	5,2	4,4	1,6	2,2
70-74	100	84,8	2,0	5,2	4,8	1,1	2,1
75-79	100	84,9	1,8	5,4	5,2	0,8	2,0
80 y +	100	84,2	1,6	5,8	5,8	0,6	2,0
TOTAL	100	84,1	2,2	5,4	4,8	1,4	2,2

Fuente: INDEC, CNPHV, 2001.

Cuadro N° 39. La Argentina: situación habitacional de la población adulta mayor que vive en hogares particulares. Año 2001

	Total de población AM que vive en hogares particulares	En condiciones de hacinamiento ⁷³	Sin agua potable ⁷⁴	Sin saneamiento adecuado ⁷⁵
Total País	3.486.597	3,5	20,3	20,9

Fuente: INDEC, CNPHV, 2001.

Por otra parte, la situación de fragilidad en que se encuentran los adultos mayores -recordemos que casi el 30% de las personas de 65 años o más presenta alguna discapacidad- exige la adaptación de los espacios del hogar, fundamentalmente del baño y de la cocina. Estos factores no han sido tenidos en cuenta en los relevamientos nacionales y no se dispone de información sobre el número de hogares del país habitados por adultos mayores que están adaptados a sus características y necesidades. La Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) detectó que hacia el año 2000 en el Área Metropolitana Buenos Aires el 34% de los hogares con adultos mayores tenían obstáculos que dificultaban su marcha, que el 65% no disponía de barrales de apoyo en la ducha y el 93% no tenían inodoros adaptados a sus necesidades⁷⁶.

BARRERAS URBANAS

Dos características del s. XXI son el envejecimiento poblacional y el proceso de urbanización. A medida que las ciudades crecen, su proporción de residentes de 60 años de

⁷³ Tres o más personas por cuarto.

⁷⁴ Sin agua por cañería dentro de la vivienda y no están conectadas a la red de agua corriente.

⁷⁵ Sin inodoro o inodoro sin descarga o inodoro con descarga y desagüe a pozo ciego.

⁷⁶ La encuesta, financiada por el BID y la OPS, finalizó en el 2001 y se aplicó a una muestra de 1043 personas de 60 años o más del Área Metropolitana Buenos Aires.

edad o más va en aumento. El objetivo de la Organización Mundial de la Salud es lograr que las ciudades se comprometan a ser más amigables con la edad, con el fin de aprovechar el potencial que representan las personas mayores para la humanidad.

Para ser sustentables, las ciudades deben proveer estructuras y servicios que sostengan el bienestar y la productividad de sus residentes. Las personas mayores, en particular, requieren entornos de vida facilitadores y de apoyo para compensar los cambios físicos y sociales asociados al envejecimiento⁷⁷.

Durante el año 2007 la Universidad ISalud llevó a cabo una investigación sobre la ciudad de La Plata en el marco del proyecto global “Ciudades Amigables con la Edad” de la OMS. A continuación se presentan algunos de los resultados obtenidos:

➤ *Principales Barreras de la ciudad de La Plata*

Veredas rotas, falta de rampas, transporte público inadecuado, tránsito complicado, servicio de taxis deficientes, falta de limpieza, inseguridad, barreras económicas y burocráticas para el acceso a la salud, inaccesibilidad a los edificios públicos, falta de respeto por los adultos mayores.

Casi la totalidad de las personas mayores dependientes no hace compras, ni siquiera de vestimenta y zapatos. Las únicas salidas son para ir al médico y trámites personales excepcionales.

➤ *Principales Ventajas de la ciudad de La Plata*

Espacios verdes, belleza del entorno urbano, destacada oferta de actividades culturales, educativas y sociales dirigidas a las personas mayores, dinámica de la ciudad que facilita las relaciones sociales y la integración del adulto mayor a la vida de la comunidad.

Las barreras detectadas en la ciudad de La Plata se pueden encontrar en la mayoría de los centros urbanos de la Argentina.

ENTORNOS SOCIALES

ABUSO Y MALTRATO

Según la Declaración de Toronto para la Prevención Global del Maltrato de las Personas Mayores el maltrato de las personas de edad puede definirse como “la acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada que ocurre dentro de cualquier relación donde

⁷⁷ Como se señaló en el capítulo 2, la OMS señala ocho aspectos esenciales sobre los que se debe trabajar para lograr las “ciudades amigables con los mayores”: Vivienda, Espacios al Aire Libre y Edificios, Transporte, Respeto e Inclusión Social, Participación Social, Participación Cívica y Trabajo, Comunicación e Información y Apoyo Social y Servicios de Salud.

exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión” (OMS, 2002).

Durante los años 2007-2009 el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación llevó a cabo un relevamiento sobre la autopercepción del adulto mayor en relación a la discriminación, abuso y maltrato. Los encuestados fueron personas de edad que residen en hogares familiares y que están en contacto con el Programa de Prevención de la Discriminación, el Abuso y el Maltrato hacia los Adultos Mayores de dicho Ministerio⁷⁸.

A continuación se presentan algunos resultados:

- El 36,8% de la población encuestada manifestó haber sufrido alguna situación de abuso y maltrato; el 68% son mujeres y la frecuencia más elevada se encuentra entre los que dicen haber sufrido maltrato psicológico (37%).
- El 15,5 % declaró haber experimentado maltrato físico.
- El 2,5% dijo haber padecido maltrato patrimonial. Sin embargo, se supone que esa cifra es mayor, pues no hay conciencia de lo que es abuso financiero (como por ejemplo, sacar la jubilación, desplazar a la persona mayor de su vivienda, aunque ese acto lo realice el hijo/a).
- Respecto al ámbito donde ocurrió el maltrato el 41% declaró que fue en su casa y el 26% en su barrio.
- En relación a quién es el abusador, el 40,5% dijo que pertenecía a su entorno íntimo (el principal abusador/a es la pareja y/o familiares).
- A mayor edad, mayor riesgo de sufrir abuso o maltrato, dado que en el grupo de personas de 60 a 70 años el 30% fue víctima de algún tipo de violencia; cifra que asciende al 40% entre los mayores de 70 años.
- A menor escolaridad, mayor abuso, dado que entre quienes tenían primaria incompleta el maltrato ascendía al 35%; mientras que quienes tenían una carrera universitaria sólo el 1,9% contestó haber pasado por una situación de ese tipo.
- Es difícil que la persona mayor denuncie el maltrato y más si lo ejerce quien lo/a cuida y/o la familia, porque siente un dolor muy grande al ser violentado por su propio hijo/a, nieto/a.
- En relación a la representación de la vejez los adultos mayores declararon que tienen una buena imagen de sí mismos, imagen que se hace negativa en la mirada de la sociedad, de los jóvenes o de la familia.

⁷⁸ La muestra accesible no probabilística estuvo conformada por 1.064 adultos mayores y el instrumento de recolección de datos fue no autoadministrado.

PARTICIPACIÓN CIUDADANA

- **Voluntariado en los Mayores**

Según un trabajo de investigación de Adriana Fassio, en la Argentina son 329.800 personas mayores las que realizan tareas voluntarias, representando casi el 9% de la población de mayores; el porcentaje de participación es algo menor que el correspondiente al segmento 15-59 años. En general, las mujeres son las que más participan en este tipo de tareas (11,8% de las mujeres frente a 8,5% de los hombres); puede hablarse, así, de una feminización del trabajo de voluntariado. (Fassio, A., 2008).

Existen distintos programas de voluntariado a nivel nacional entre los que se destacan los dependientes de la Dirección de Políticas para Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación y del INSSJP.

- **Organizaciones de Adultos Mayores**

En la Argentina funcionan más de 5.200 organizaciones de adultos mayores distribuidas por todo el país.

El Consejo Federal de los Mayores desarrolla actividades tendientes a la promoción de la participación y de la vida asociativa de los adultos mayores⁷⁹.

La dimensión “Entorno Propicio y Favorable a las Personas Mayores” es uno de los tópicos más destacados del Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento; sin embargo, es uno de los ámbitos menos investigados tanto a nivel regional como en la Argentina. Entre las explicaciones posibles puede señalarse el gran número y la heterogeneidad de temas y el hecho de que su tratamiento requiere la producción y análisis de datos cualitativos.

A lo largo de este capítulo se intentó reflejar la heterogeneidad al interior de este grupo etario -dadas las diferentes situaciones⁸⁰ que tienen lugar dentro del mismo-, su gran vulnerabilidad y el carácter multidisciplinar de la vejez ; estos aspectos deben ser tenidos en cuenta a la hora de pensar, diseñar e implementar políticas que mejoren su calidad de vida.

Los principales **Factores de Vulnerabilidad** detectados en los entornos físicos y sociales analizados fueron:

Entornos Físicos

- Deficientes condiciones de habitabilidad, seguridad y accesibilidad de las viviendas con adultos mayores
- Barreras urbanas

⁷⁹ Ver sección Entornos, p.141.

⁸⁰ Como cuestiones de género, lugar de residencia, nivel educativo, tipo de inserción laboral durante la vida activa, situación patrimonial, conformación de la familia, etc.

Entornos Sociales

➤ Situaciones de abuso y maltrato

Resulta pertinente aclarar que los Factores de Vulnerabilidad se señalan como una forma de caracterizar la población adulta mayor de la Argentina y no como cuestiones que requieran respuestas asistencialistas o paliativas. El avance del enfoque de derechos humanos en la formulación de leyes, políticas y programas dirigidos a este grupo etario supone como punto de partida no la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas.

CAPÍTULO 6

LA ARGENTINA.

MARCO NORMATIVO E INSTITUCIONAL A FAVOR DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

La Argentina cuenta con diversos instrumentos jurídicos que de manera directa o indirecta contienen disposiciones en materia de atención a la población adulta mayor y que asignan a distintas instituciones públicas responsabilidades y obligaciones para cumplir con su mandato.

En la primera parte del capítulo se expone el marco normativo nacional, mientras que en la segunda parte se presentan las instituciones públicas que en el ámbito nacional se encargan de atender las necesidades de las personas de edad.

NORMATIVIDAD NACIONAL

CONSTITUCIÓN DE LA NACION ARGENTINA

La Constitución Argentina de 1853 no reconoció derechos especiales a los adultos mayores, como tampoco lo hicieron las reformas de 1860, 1866 y 1898. Sin embargo, la Constitución de 1853 incorpora la cláusula de derechos no enumerados (art. 33) que, a través de una interpretación amplia, permite la protección de grupos sociales pasibles de ser afectados en razón a su debilidad.

La Constitución de 1949 estableció un decálogo donde se reconocían los derechos primigenios de las personas mayores: asistencia, vivienda, alimentación, vestido, cuidado de la salud física y moral, esparcimiento, trabajo, tranquilidad y respeto. Esta protección jurídica de los ancianos se perdió con la derogación constitucional de 1956 y la reimplantación de la Constitución de 1853 con sus reformas de 1860, 1866 y 1898.

En 1957 se enmienda nuevamente la Carta Magna, incorporándose el artículo 14 bis que contiene los derechos previsionales de las personas de edad; nace en la Argentina la seguridad social de anclaje constitucional.

En la reforma constitucional de 1994, se logran dos cambios relevantes para el Derecho de la Ancianidad. Por un lado, el otorgamiento de jerarquía constitucional a diversos Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos (art.75 inc.22); por el otro, consagra la posibilidad de desarrollo legislativo de políticas de acción afirmativa para la igualdad de oportunidades

(art.75, inc.23); se hace referencia explícita a ciertos sectores sociales particularmente vulnerables como el de los ancianos junto a los niños, enfermos, mujeres y discapacitados: (Dabove, 2006).

Legislar y promover medidas de acción positiva que garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre los derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los **ancianos** y las personas con discapacidad. (Artículo 75, inciso 23).

CONSTITUCIONES PROVINCIALES

En las Constituciones Provinciales los Derechos de la Ancianidad tienen tratamiento variado. Una minoría le dedica una disposición especial, otras contienen sólo los derechos vinculados a la seguridad social, mientras que la mayoría ignora totalmente el tema.

Los Derechos de la Ancianidad más proclamados son:

- A un haber jubilatorio móvil (Catamarca, Chaco, Formosa, Jujuy, La Rioja, Neuquén, Salta, San Juan, San Luis, Santa Fe, Tierra del Fuego).
- A la protección por parte de la familia (Buenos Aires, Chubut, Córdoba, La Rioja, Río Negro, San Luis, Santiago del Estero, Tierra del Fuego).
- A la protección por parte del Estado (Catamarca, Chaco, Chubut, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Córdoba, Formosa, La Rioja, Misiones, Río Negro, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tierra del Fuego).
- A la vivienda (Catamarca, Formosa, San Luis, Santiago del Estero).
- A la creación libre y al esparcimiento (Catamarca, Chaco, Chubut, Córdoba, Jujuy, Río Negro, Salta, San Juan, Santiago del Estero, Tierra del Fuego).
- Al goce de la cultura (Jujuy).
- A la protección como consumidor (Santiago del Estero).
- A la tranquilidad (Catamarca, Río Negro).
- Al turismo (Catamarca).

La Constitución de la Provincia de Buenos Aires, en su artículo 36, inciso 6 señala:

De la Tercera Edad: Todas las personas de la tercera edad tienen derecho a la protección integral por parte de su familia. La Provincia promoverá políticas asistenciales y de revalorización de su rol activo.

LEY NACIONAL DE ADULTOS MAYORES

Con fecha 14 de agosto de 2003 el Poder Ejecutivo Nacional mediante decreto N° 607/2003 vetó totalmente la Ley Nacional de Adultos Mayores (ley n° 25759).

DERECHOS HUMANOS

En el capítulo tres se desarrolló el tema del tratamiento de los derechos humanos en el marco jurídico internacional. En la Argentina desde 1994 tienen jerarquía constitucional los siguientes instrumentos que hacen mención a los adultos mayores:

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). (Artículo 25.1).
- Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966). (Artículo 2, inciso 2 y Artículo 9).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (Artículo 2, inciso 1 y artículo 26).
- Carta Constitutiva de los Estados Americanos (Artículo 3, incisos f, j, l).
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. (Artículos I, II, IV, V, XI, XII, XIII, XIV, XVI, XXIII).
- Convención Americana sobre los Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica) (Artículo 1, inciso 1).
- Protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos. (Protocolo de San Salvador) (Artículos 3, 9, 10, 11, 12, 13, 14 y 17).

Es importante agregar:

- Convenio Multilateral de Seguridad Social del Mercado Común del Sur (MERCOSUR), los siguientes artículos:

Los derechos de Seguridad Social se reconocerán a los trabajadores que presten o hayan prestado servicios en cualquiera de los Estados Partes reconociéndoles, así como a sus familiares y asimilados, los mismos derechos y estando sujetos a las mismas obligaciones que los nacionales de dichos Estados Partes con respecto a los específicamente mencionados en el presente Acuerdo. (Título II, Artículo 2).

El presente Acuerdo será aplicado de conformidad con la legislación de seguridad social referente a las prestaciones contributivas pecuniarias y de salud existentes en los Estados Partes, en la forma, condiciones y extensión aquí establecidas. (Título III, Artículo 3).

Los períodos de seguro o cotización cumplidos en los territorios de los Estados Partes serán considerados, para la concesión de las prestaciones por vejez, edad avanzada,

invalidez o muerte, en la forma y en las condiciones establecidas en el Reglamento Administrativo. Dicho Reglamento Administrativo establecerá también los mecanismos de pago a prorrata de las prestaciones. (Título VI, Artículo 7).

LEYES NACIONALES QUE RECONOCEN DERECHOS ESPECÍFICOS DE LOS ADULTOS MAYORES

SEGURIDAD ECONÓMICA

- **Ley N° 13478**, Promulgada el 29 de Septiembre de 1948.

Regula las *pensiones asistenciales* (no contributivas) *para adultos mayores* (denominada "A la vejez" por el decreto N° 582/03), un beneficio orientado a las personas de 70 años o más. Reglamentada por los decretos N° 432/97 y 582/03.

- **Decreto N° 582/2003**, "*Pensiones*"

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

El monto percibido es el equivalente al 70% del Haber Mínimo Previsional.

- **Ley N° 18910, Decreto Reglamentario N° 432/97. Invalidez**

La Ley está dirigida a aquellas personas que presenten un porcentaje de incapacidad igual o mayor al 76%, comprobable por Certificado Médico Oficial de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales. El monto percibido es el equivalente al 70% del Haber Mínimo Previsional.

- **Ley N° 21074 (23/11/75; promulgada de hecho 10/10/75). Subsidio por fallecimiento**

A través de esta ley se instituye el subsidio por sepelio de beneficiarios del régimen nacional de previsión y de pensiones no contributivas a la vejez, por invalidez, graciabes y de leyes generales (artículo 1). Dicho subsidio consistirá en el pago de una suma equivalente a tres (3) salarios mínimo vital vigente al momento del fallecimiento, y que se hará efectivo a las personas físicas que acrediten haber sufragado los gastos de sepelio de los beneficiarios mencionados en el artículo anterior.

- **Ley N° 23746, Decreto Reglamentario N° 2360 /90. Madres de 7 o más hijos**

Es un beneficio dirigido a mujeres que son o hayan sido madres de 7 o más hijos nacidos vivos, propios o adoptados. El monto percibido es el equivalente a un Haber Mínimo Previsional.

- **Ley N° 24241 (BO: 18/10/93) Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones**

Entre las prestaciones a otorgar por el Régimen Previsional Público se especifican las correspondientes a vejez, invalidez y muerte (Título II, Capítulo I).

- **Ley N° 24714 (BO: 18/10/1996) Asignaciones Familiares**

De acuerdo al artículo 15 de la ley, los beneficiarios del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones gozarán de las siguientes prestaciones: a) asignación por cónyuge; b) asignación por hijo; c) asignación por hijo incapacitado y d) asignación por ayuda escolar anual para la educación básica y polimodal.

- **Ley N° 25994 (diciembre de 2004). Prestación Anticipada.**

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

- **Decreto N° 1454/2005 (diciembre de 2005)**

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

- **Ley N° 26417 Movilidad de las Prestaciones del Régimen Previsional Público (1/10/08, promulgada el 15/10/08)**

La ley establece que todas las jubilaciones, pensiones y prestaciones previsionales del Sistema Integrado Previsional Argentino se ajustarán automáticamente dos veces al año, en

los meses de marzo y setiembre de acuerdo con un índice que combina la variación de los salarios y la recaudación⁸¹.

- **Ley N° 26425 Sistema Integrado Previsional Argentino (SIPA)**

El 4 de diciembre de 2008 el Poder Ejecutivo promulgó la ley 26425 que elimina el sistema de AFJP y crea el Sistema Integrado Previsional Argentino. El nuevo régimen de jubilaciones está compuesto por un único sistema, de reparto, administrado por el Estado. Ya no hay cuentas individuales, sino que los aportes de los trabajadores van a un fondo común que financia el pago de los haberes de los ya jubilados. Por eso mismo, se lo considera un régimen solidario, cuya característica saliente es establecer un pacto entre generaciones. A continuación se detallan los puntos centrales que adopta el sistema previsional a partir de la reforma.

- El dinero acumulado por las AFJP desde 1994 se trasfiere al Fondo de Garantía de Sustentabilidad del Régimen Público de Reparto que administra la ANSES (art.7). Los recursos no se mezclan con la caja del Estado; quedan separados para el pago de jubilaciones estando expresamente prohibida la inversión de los fondos en el exterior (art.8).
- El monitoreo de los recursos del sistema está a cargo de un organismo creado especialmente -el Consejo de Administración- compuesto por dos miembros de asociaciones de jubilados, tres representantes de centrales sindicales, dos de organizaciones empresarias, otros dos de cámaras bancarias, un senador, un diputado, un funcionario de Jefatura de Gabinete y otro de ANSES. El control se completa con una comisión bicameral del Congreso, con seis diputados y seis senadores, la SIGEN y la Auditoría General de la Nación. (art.12)
- Se incorporó un artículo para aclarar que la totalidad de los recursos que reciba la ANSES de los actuales afiliados a las AFJP podrá usarse únicamente para el pago de jubilaciones y pensiones. Este punto busca reforzar la diferenciación entre la caja del Estado y la del organismo previsional.
- El Estado Nacional garantiza a los afiliados al régimen de capitalización la percepción de beneficios y prestaciones iguales o mejores a los que gozaran a la fecha de la entrada en vigencia de la ley (art.2).
- El 11% del aporte previsional va invariablemente al régimen público dado que es el único vigente. La ley faculta a las AFJP a reconvertirse para administrar los aportes voluntarios que recibieron desde 1994 hasta la sanción de la ley. El Estado también se

⁸¹ El 13 de octubre de 2010 la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner vetó la ley sancionada el día anterior por el Honorable Senado de la Nación que llevaba la jubilación mínima al 82% del salario mínimo, vital y móvil.

ofrece para administrar los recursos de quienes hicieron aportes voluntarios (art.4). Quienes quieran tener un ingreso extra a la jubilación de reparto podrán contratar seguros de retiro privado, como hasta la fecha de sanción de la ley.

Además de promulgar la ley, el Poder Ejecutivo dictó tres decretos reglamentarios: El primero, para readecuar el Fondo de Garantía de Sustentabilidad de las jubilaciones. Son los recursos que lograron acumular los afiliados a capitalización en más de catorce años. El decreto aclara que el dinero será transferido en los mismos instrumentos financieros -acciones, bonos y demás- en que estaba invertido por las AFJP.

El segundo decreto es el más importante para afiliados y jubilados de capitalización. Respecto de los afiliados, establece que sus aportes previsionales pasan a la ANSES desde el 1 de enero de 2009.

En cuanto a los beneficiarios del sistema, quienes venían cobrando jubilación ordinaria, retiros por invalidez y pensiones por fallecimiento, liquidados bajo la modalidad de retiro programado o retiro fraccionario, empiezan a percibir esos ingresos por la ANSES.

El decreto también puntualiza que de ahora en más todos los trámites previsionales deberán iniciarse ante la ANSES, ya sea para gestionar la jubilación o por cualquier reclamo pendiente a alguna AFJP. Finalmente, el tercer decreto transforma las estructuras administrativas de la ANSES para mejorar su operatividad.

SEGURIDAD ALIMENTARIA

- **Ley N° 25724 (B.O. 17/1/03) Programa de Nutrición y Alimentación Nacional**

En el artículo segundo especifica que los ancianos mayores de 70 años en situación de pobreza -de acuerdo a la definición de línea de pobreza del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos- se beneficiarán de este programa.

- **Decreto N° 1018/2003** Aprueba la reglamentación de la ley N° 25724 Programa Nacional de Nutrición y Alimentación.

Instituye con alcance nacional y obligatorio basado en los principios de solidaridad, igualdad, universalidad e inmediatez, el Sistema Integrado de Protección a la Familia que cubre las contingencias de infancia y vejez. Beneficiarios: a) población bajo la línea de indigencia: embarazadas y niños de cero (0) a cinco (5) años, **y adultos mayores a partir de los sesenta (60) años**, sin cobertura social y que sean beneficiarios de Programas de Asistencia Alimentario al momento del dictado de la presente reglamentación; b) población incluida en esta etapa con desnutrición grado 1, 2 y 3.

SALUD

- **Ley N° 10932 (13/5/1971, modificada por ley N° 25615 del 3/7/02) Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)**

La ley establece que “El Instituto tendrá por objeto principal la prestación, por sí o por intermedio de terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y a su grupo familiar primario, de servicios médicos asistenciales destinados al fomento, protección y recuperación de la salud” (artículo 2).

- **Ley N° 24734 (BO: 11/12/96) Derecho al Uso de los Servicios del Sistema de Cobertura Médica**

Otorga el derecho de hacer uso de servicios del sistema de cobertura médica, a toda persona con beneficio acordado por la autoridad competente, conforme al régimen de las leyes N° 13478 (pensiones a la vejez por invalidez), 23746 (pensión a madres de siete hijos), 23109 (beneficio a ex-soldados combatientes de Malvinas) y 23466 (pensión para menores de 21 años de progenitores desaparecidos) a partir del acontecimiento de su derecho al beneficio.

- **Decreto N° 455/2000 Marco estratégico-político para la salud de los argentinos**

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

ENTORNOS

- **Ley N° 10932 (13/5/1971, modificada por ley N° 25615 del 3/7/02) Creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP)**

Establece que “El Instituto podrá prestar otros servicios destinados a la promoción y asistencia social de los afiliados, tales como subsidios, préstamos con o sin garantía real, vivienda en comodato mediante programas y asistencia financiera de la Secretaría de Estado de Vivienda, asesoramiento y gestoría previsional gratuitos, promoción cultural, proveeduría, recreación, turismo y todo otro servicio que el directorio establezca” (Artículo 3).

- **Ley N° 24314. Sistema de Protección Integral de los Discapacitados**

Entiende sobre la accesibilidad al medio físico como elemento primordial para el desarrollo de la vida diaria y establece la prioridad de la supresión de barreras físicas en los ámbitos urbanos arquitectónicos y de transporte.

- **Ley N° 24417 (BO 3/1/95) Protección Contra la Violencia Familiar**

Según esta norma, toda persona que sufriese lesiones o maltrato físico o psíquico por parte de alguno de los integrantes del grupo familiar podrá denunciar estos hechos en forma verbal o escrita ante el juez con competencia en asuntos de familia y solicitar medidas cautelares conexas. A los efectos de esta se entiende por grupo familiar el originado en el matrimonio o en las uniones de hecho (artículo 1). Entre los posibles damnificados especifica “ancianos” (Artículo 2).

- **Decreto N° 457/97 Creación del Consejo Federal de Adultos Mayores**

El Consejo Federal de Adultos Mayores fue creado el 22/5/97 por decreto N° 457/97 con la misión de institucionalizar la colaboración y participación de los gobiernos provinciales y de las organizaciones representativas de las personas mayores, en la planificación, ejecución y control de los programas sociales dirigidos a dicho sector de la población. (Artículo 4).

Tiene como función coordinar con las áreas de competencia en la materia -gubernamentales y no gubernamentales- la aplicación de políticas y programas de la Tercera Edad. Fue reglamentado por Resolución Ministerial N° 113/2002, comenzando a funcionar en 2003.

Si bien originariamente se creó bajo la órbita del Presidente de la Nación, actualmente depende del Ministerio de Desarrollo Social - Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, ejerciendo actualmente la presidencia la Ministra de Desarrollo Social, Sra. Alicia Kirchner.

En el artículo 1 de la Resolución 113 se enumeran las funciones del Consejo Federal de Mayores, siendo las más importantes:

- Promover la conformación de Consejos Provinciales y Municipales de Adultos Mayores.
- Proponer el diseño de la políticas sociales específicas y líneas prioritarias de acción respecto a los adultos mayores;
- Participar en el diseño y la selección de áreas prioritarias de acción y en el monitoreo y evaluación del plan de los mayores.
- Impulsar acciones conducentes al relevamiento de la información referida a las personas de la tercera edad, instituciones, recursos, programas, servicios, legislación y estudios;

- Promover campañas de sensibilización sobre el envejecimiento, potencialidades y problemáticas de la vejez e impulsar legislación nacional y provincial
- Participar en la elaboración de propuestas para la incorporación de los derechos de los adultos mayores en las futuras reformas al texto de la Constitución Nacional y de las Constituciones Provinciales.

El Consejo Federal es el órgano representativo de los adultos mayores de la Argentina ante organizaciones internacionales de naturaleza similar (artículo 3). Los representantes de los adultos mayores deben tener 60 años cumplidos. La vicepresidencia la ejerce por un representante de los adultos mayores (artículo 5). El Consejo se compone de un Plenario y un Comité Ejecutivo.

El Plenario es el órgano responsable de fijar las políticas y acciones que el Consejo Federal debe ejecutar, debiendo reunirse en sesiones ordinarias al menos una vez al año, con al menos la mitad más uno de sus miembros.

El Comité Ejecutivo es el encargado de ejecutar las resoluciones del Plenario, elaborar planes y propuestas para someter a su aprobación, convocar a sus reuniones y coordinar las comisiones y grupos de trabajo creados por él. Deberá reunirse al menos una vez por mes.

En la Reunión Plenaria del Consejo Federal de mayo de 2006 se propuso una modificación de la conformación del Consejo Federal, incrementando la representatividad de los adultos mayores de 51% a 61%. La propuesta se cristalizó en la Resolución Ministerial N° 1216/06, quedando el Consejo Federal conformado por 114 miembros, de los cuales 42 son representantes de organismos del Gobierno con incumbencia en la temática de la tercera edad, 70 son representantes de organizaciones de adultos mayores y 2 de las sociedades científicas de geriatría y gerontología.

Desde el Gobierno Nacional se ha promovido la creación de los Consejos Provinciales y Municipales con el fin de constituirse en instancias colegiadas de asesoramiento en la formulación de políticas públicas en cada provincia, y, a su vez, prever su participación en el Consejo Federal a través de la designación de un representante por provincia.

A lo largo de este inciso se sintetizó el marco normativo nacional dirigido a la población adulta mayor; sin embargo, y tal como ocurre en otros temas, el problema no es la existencia o no de una norma que ampare un derecho de este grupo etario, sino su cumplimiento por parte de los ciudadanos y las instituciones responsables de ello.

INSTITUCIONALIDAD A NIVEL NACIONAL

En la Argentina existen diversos organismos nacionales encargados del diseño e implementación de programas que brindan prestaciones orientadas a satisfacer diferentes necesidades de la población adulta mayor; los más importantes son:

- Ministerio de Desarrollo Social de la Nación - Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM).
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación (MTEySS)- Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES).
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación
- Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP).

En materia de diseño de políticas de vejez también interviene el Congreso de la Nación a través de las Comisiones encargadas de esta temática: la de la Tercera Edad en el caso de Diputados y la de Población y Desarrollo Humano en el Senado.

A nivel provincial también existen organismos encargados de atender las necesidades de su población adulta mayor, como por ejemplo las obras sociales que brindan cobertura en salud a sus jubilados y pensionados.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN

Es un organismo nacional, dependiente del Poder Ejecutivo, que tiene la misión de planificar e implementar las acciones orientadas hacia el fomento de la integración social y el desarrollo humano, la atención y la reducción de las situaciones de vulnerabilidad social, el desarrollo de igualdad de oportunidades, la protección de la familia y el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias.

Este Ministerio cuenta con una Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, en la cual se encuentra la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM).

Dentro de la órbita del Ministerio funciona también la Comisión Nacional de Pensiones.

DIRECCIÓN NACIONAL DE POLÍTICAS PARA ADULTOS MAYORES (DINAPAM)

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

Entre los objetivos específicos pueden señalarse, entre otros:

- Promover la participación de los adultos mayores, sus grupos y organizaciones, orientada a fortalecer su identidad individual y colectiva.
- Planificar y ejecutar Programas específicos de promoción, protección, integración social y desarrollo de los adultos mayores.
- Asistir en establecimientos geriátricos a los adultos mayores en riesgo social
- Asistir al Ministerio de Desarrollo Social en la concepción e implementación de mecanismos que permitan mejorar la eficiencia, especialmente en los momentos de emergencia social, de la atención de los adultos mayores a través de la articulación de recursos y prestaciones.
- Asistir al Ministerio de Desarrollo Social en el desarrollo y afianzamiento de organizaciones que expresen los reales intereses de los adultos mayores, para aumentar su protagonismo en todas las etapas y fases de las políticas sociales orientadas a ese sector.
- Adoptar mecanismos de consenso para definir las políticas sociales de los adultos mayores, que impliquen la participación activa y organizada de ellos y de instituciones científicas, sociedades de geriatría, gerontología, universidades y todo otro tipo de organizaciones que hayan desarrollado experiencia científica y/o profesional en este ámbito.
- Desarrollar dispositivos de articulación entre organismos gubernamentales, organizaciones intermedias, organizaciones comunitarias y organismos internacionales en especial de los países integrantes del Mercosur, orientados a potenciar la inversión social en políticas destinadas a los adultos mayores.
- Convocar y coordinar el Consejo Federal de Adultos Mayores y promover la constitución de los Consejos Provinciales.
- Coordinar acciones con organizaciones científicas tales como sociedades de geriatría, gerontología y universidades.
- Promover, ejecutar, apoyar y coordinar acciones orientadas a la participación de los adultos mayores en distintas actividades que favorezcan su desarrollo personal y el de sus comunidades.
- Proponer y aplicar mecanismos que integren a los adultos mayores como beneficiarios de las distintas acciones compensatorias y de emergencia dirigidas hacia ellos y asegurar la calidad de dichos servicios y prestaciones.
- Diseñar programas de capacitación orientados a la formación de personas, grupos y/u organizaciones, para gerenciar programas y servicios de cuidados en el domicilio y en la comunidad, de los adultos mayores.

En el pasado reciente -durante el gobierno de la Alianza (diciembre de 1999 – diciembre de 2001) esta repartición tenía el rango de Secretaría de Estado (Secretaría de Tercera Edad y Acción Social).

Recursos Presupuestarios

Los recursos presupuestarios con que cuenta la DINAPAM ascienden a \$54.266.000⁸²; el 74% de ellos se destinan a “asistencia en modalidad residencial para adultos mayores” y el 26% restante a “acciones federales para la protección de los adultos mayores”. (CIPPEC, 2011, p. 23).

COMISIÓN NACIONAL DE PENSIONES (CNP)

La CNP es un organismo desconcentrado creado mediante el decreto N° 1455/96 a partir de la transferencia desde el ANSeS al Ministerio de Desarrollo Social de las funciones de recepción, tramitación, evaluación y liquidación de las solicitudes de pensiones no contributivas y por leyes especiales, así como la evaluación y liquidación de pensiones graciables (otorgadas por el Congreso de la Nación). La CNP tiene como principal objetivo promover el acceso de todas aquellas personas y familias en situación de vulnerabilidad al derecho a pensiones no contributivas. Estas pensiones pueden ser de tres tipos: graciables; b) comprendidas en leyes especiales y c) asistenciales (por **vejez**, invalidez o para madre de 7 hijos o más)⁸³.

Recursos Presupuestarios

El monto en concepto de pensiones asistenciales por vejez para el año 2011 fue de \$54.453.912.

Considerados en conjunto los recursos asignados a la DINAPAM y a las pensiones por vejez otorgadas por la CNP totalizan \$108.700.000 lo que representa el 0,55% del presupuesto del Ministerio de Desarrollo Social para ese año⁸⁴. (CIPPEC, 2011, p. 24).

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL DE LA NACIÓN

El Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social es un organismo nacional, dependiente del Poder Ejecutivo, que tiene la misión de servir a los ciudadanos en las áreas

⁸² Información de la Oficina Nacional de Presupuesto, Ministerio de Economía de la Nación. En: CIPPEC, 2011, p. 23

⁸³ Según el Presupuesto de Prórroga del año 2011 las pensiones no contributivas por vejez alcanzarían 40.667 beneficiarios. (CIPPEC, 2011)

⁸⁴ Esta cifra no considera otras prestaciones brindadas por el Ministerio que incluyen a los adultos mayores dentro de su población objetivo como por ejemplo el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria.

de su competencia. Es parte de la estructura administrativa gubernamental para la conformación y ejecución de las políticas públicas del trabajo y la seguridad social. Propone, diseña, elabora, administra y fiscaliza las políticas para todas las áreas del trabajo, el empleo y las relaciones laborales, la capacitación laboral y la Seguridad Social.

Dentro de su órbita funciona desde 1991 la Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES).

ADMINISTRACIÓN NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (ANSES)

La ANSES es un organismo descentralizado creado en 1991 por medio del decreto N° 2741 y tiene a su cargo la administración de las prestaciones y los servicios de la seguridad social en la Argentina, los que pueden sintetizarse en:

- Otorgamiento de jubilaciones y pensiones.
- Pago de asignaciones familiares a trabajadores en actividad, desempleados y jubilados y pensionados.
- Gestión y liquidación de la Prestación por Desempleo.

La ANSES tiene una amplia cobertura territorial a través de más de 300 agencias distribuidas en todas las provincias del país. Estas dependencias tienen cinco modalidades diferenciadas:

- 1) Unidades de Atención Integral (UDAI): son las oficinas de atención al público en las que se pueden efectuar trámites y pedir asesoramiento con respecto a las prestaciones previsionales, de trabajadores en actividad y desempleados.
- 2) Unidades de Atención Telefónica (UDAT): brindan asesoramiento sobre la tramitación de prestaciones y servicios a los jubilados y pensionados, beneficiarios de la prestación por desempleo, trabajadores activos y empresas, evitando que se trasladen a las Unidades de Atención Integral (UDAI) más cercanas a sus domicilios.
- 3) Unidades de Atención Móvil (UDAM): acercan la seguridad social a los rincones más distantes del país, mediante la implementación de un plan de visitas a localidades donde no existen oficinas de atención al público del ANSES, así como en lugares de alta concentración de público.
- 4) Unidades de Atención Transitoria (ULAT), instaladas a partir de convenios con diversas entidades, otorgan atención exclusivamente destinada a los afiliados de dicha entidad y a su grupo familiar.

- 5) Unidades Locales de Atención a Empresas (ULAE) se ubican en entidades intermedias que nuclean empresas. Su tarea es concentrar la tramitación de prestaciones activas con el objeto de disminuir la afluencia de público a las UDAI.

Recursos Presupuestarios

La ANSES cuenta con 13.350 empleados y administra cerca del 40% del presupuesto nacional. Para el año 2011 el presupuesto de este organismo fue de \$160.948 millones, de los cuales el 84,9% (\$133.262 millones) se destinó a adultos mayores a través de pensiones, jubilaciones, complemento a las pensiones previsionales, atención a las ex Cajas Provinciales, Transferencias y Contribuciones a la Seguridad Social y Organismos Descentralizados⁸⁵. El 15,1% restante se destinó a otros programas como Asignaciones Familiares, Seguro de Desempleo, Atención a Ex Combatientes y al programa Conectar Igualdad.com.ar. (CIPPEC, 2011, p. 25).

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

El Ministerio de Salud de la Nación es la máxima autoridad del Poder Ejecutivo Nacional en materia de salud y de promoción de conductas saludables de la población. Cada Ministerio de Salud Provincial tiene a su cargo la gerencia y gestión política y técnica de las unidades o establecimientos del sistema para el cumplimiento de programas y actividades de salud en la respectiva jurisdicción política.

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (INSSJYP)⁸⁶

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados es una institución pública no estatal creado el 13 de Mayo de 1971 mediante la ley N° 19032 con la finalidad de brindar a sus afiliados/as de todo el país servicios médico asistenciales de protección, recuperación y rehabilitación de salud, coordinando estas prestaciones con otras de desarrollo y promoción social. Los principales destinatarios de los servicios del Instituto fueron originalmente los jubilados y pensionados del Régimen Nacional de Previsión y su grupo familiar primario.

En el año 1974, a través del decreto N° 28/1974, se modificó esta ley incluyendo como afiliados del Instituto a los titulares de pensiones a la vejez, por invalidez y por leyes especiales.

⁸⁵ Las Transferencias y Contribuciones a la Seguridad Social y Organismos Descentralizados incluye las transferencias al PAMI por un monto de \$3.926.851.000.- (CIPPEC, 2011).

⁸⁶ Fuente: INSSJP - PAMI, Carta Compromiso con el Ciudadano, 2010. Decreto N° 229/10.

Finalmente, en 1988 el artículo 8° de la ley N° 23569 incluyó también a todas las personas de 70 años o más que acreditaran haberse domiciliado en forma permanente en el país durante un lapso no inferior a 10 años y que no fueran afiliados directos o indirectos de otra obra social.

A fin de concentrar a toda la población pasiva bajo una única cobertura médica y social de alcance universal y obligatorio, se instrumentó el Programa de Atención Médico Integral -PAMI-, nombre con el que comúnmente se conoce al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (A partir de la Resolución N° 654/DE/2009 esa sigla significa **Por Argentina con Mayores Integrados**).

La misión del Instituto es

otorgar, por sí o por terceros, a los jubilados y pensionados del régimen nacional de previsión y del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones y a su grupo familiar primario, prestaciones de salud y sociales, de manera integral, integrada y equitativa, tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, organizadas en un modelo prestacional basado en criterios de solidaridad, eficacia y eficiencia, que respondan al mayor nivel de calidad disponible para todos los afiliados del Instituto, atendiendo a las particularidades e idiosincrasia propias de las diversas jurisdicciones provinciales y de las regiones del país.

Los objetivos institucionales que se desprenden de su misión se pueden resumir en brindar alivio y contención de manera eficaz y oportuna a todos sus afiliados. Pretende constituirse en un verdadero financiador de la salud y no de la enfermedad. (INSSJyP, 2010, p.7-8).

La Ley le otorga al Instituto el carácter de persona jurídica de derecho público no estatal, autónoma y autárquica con individualidad financiera y administrativa.

Para el desarrollo de su labor y la atención de sus más de 4.200.000 de afiliados/as (el 80% de los cuales son mayores de 60 años) el Instituto se encuentra organizado en dos ámbitos funcionales. El primero corresponde al Nivel Central, que es quien fija las políticas institucionales y ejerce la administración general del Instituto. El segundo ámbito corresponde a la actividad local o descentralizada y se conforma por sus 37 unidades de gestión local (UGL) y las 631 agencias en todo el país, como parte de una estrategia de acercamiento y contacto directo con el afiliado/a. Constituye el principal prestador de servicios médicos a la población adulta mayor; sin embargo, sus prestaciones exceden lo estrictamente médico, abarcando áreas y necesidades sociales diversas, incluyendo servicios de promoción y asistencia social (subsidios, viviendas, etc.). En el próximo capítulo se presenta la oferta programática de la institución.

Recursos Presupuestarios

Los recursos del INSSJyP provienen de las retenciones obligatorias a los mismos jubilados (3% al 6% de su haber previsional), de los trabajadores activos (3% de sus haberes) y de los empleadores (0,17% a 0,59% de los haberes de los trabajadores). Su presupuesto para el 2010 fue de aproximadamente \$17.000 millones. (CIPPEC, 2011).

Si se considera el gasto correspondiente a los principales organismos del sector público nacional que brindan prestaciones orientadas a los adultos mayores se observa que la mayor proporción corresponde a la ANSES (con el 88,7%) seguido por el PAMI (11,3%) y los recursos que el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación destina a la DINAPAM y a las pensiones a la vejez (0,1%)⁸⁷. (CIPPEC, *op.cit.*, 2011).

⁸⁷ No se incluyen los gastos correspondientes a otros organismos que tienen programas destinados a los adultos mayores, como por ejemplo el Ministerio de Salud de la Nación con el PROFE.

CAPÍTULO 7

POLÍTICAS DE VEJEZ EN LA ARGENTINA

Este capítulo analizará los programas nacionales dirigidos a la población adulta mayor con base en los planteamientos teóricos-conceptuales y metodológicos establecidos por las Naciones Unidas y la CEPAL.

En la primera parte -luego de una breve síntesis sobre la evolución del compromiso del Estado con la sociedad desde principios del s. XVII- se expone el marco conceptual de la investigación referido al diseño de las políticas públicas orientadas a las personas de edad. En la segunda parte, se desarrolla la oferta de programas de vejez a nivel nacional estructurada por el organismo encargado, según el enfoque predominante (carencias o derechos) y de acuerdo a las tres áreas prioritarias del Plan Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (PAIME) y la Estrategia Regional.

MARCO CONCEPTUAL

SEGURIDAD SOCIAL Y ESTADO

ANTECEDENTES

Los orígenes del compromiso del Estado con la sociedad no están claramente delimitados en el tiempo; tal vez sus inicios podrían ubicarse en Inglaterra con la Primera Ley de Pobres de Isabel I en el año 1601⁸⁸.

El desarrollo del sistema capitalista a partir de la Revolución Industrial del s. XVIII generó un conjunto de desigualdades sociales nunca visto hasta ese momento. En las primeras décadas del s. XIX comienza a ponerse de manifiesto la incapacidad del liberalismo económico -sustentado en la libre competencia, la propiedad privada y el Estado Mínimo- para enfrentar las necesidades sociales de la nueva era industrial. A la situación deplorable en la que vivían los trabajadores (trabajo infantil, jornadas de 18 horas de trabajo, hacinamiento, insalubridad, etc.) había que sumarle los frecuentes movimientos cíclicos de la economía donde períodos de crecimiento se intercalaban con etapas de depresión económica.

⁸⁸ La I Ley de Pobres estableció los principios de un sistema nacional de ayuda legal y obligatoria a los pobres. Estableció que cada parroquia recaudara un tributo de pobreza aplicado a los propietarios del lugar; de este modo asignó el cuidado de las personas sin recursos a su propia comunidad de residencia o nacimiento.

El mundo real estaba muy lejos de la idea de progreso económico continuo de Adam Smith; en este contexto, aparecen distintas corrientes ideológicas -englobadas bajo el nombre de socialismo- sustentadas en la primacía de los valores sociales sobre los individuales.

También la Iglesia Católica se manifiesta sobre el tema social en el año 1871 en la I Encíclica Papal *Rerum Novarum* (De las Cosas Nuevas) de León XIII donde trata la situación de los obreros. En el Documento -considerado posteriormente la Carta Magna de la Iglesia Católica- se explicaba cómo estaba la situación social y defendía a la justicia y a los trabajadores. La solución propuesta pasaba por el trabajo conjunto del Estado, la Iglesia, el empresario y el obrero.

El creciente interés por la “cuestión social” se vio favorecido por la expansión de las ideas democráticas en el ámbito político de los países capitalistas.

La preocupación pública por el Bienestar Social cobra una relevancia desconocida hasta ese momento, impulsada seguramente por la necesidad de poner en marcha ciertas reformas sociales a fin de evitar otras vías de resolución de conflictos entre las clases sociales que por lo general eran revolucionarias y violentas.

Un ejemplo de tales reformas es la iniciativa de Bismark en la Alemania de 1888 al implantar el primer sistema nacional de seguro obligatorio de protección contra la pérdida de ingresos, el cual fue precedido por tres importantes leyes referidas a los seguros obligatorios por accidentes, por incapacidad y por enfermedad. El sistema sirvió de modelo a otros países y sobrevivió -en líneas generales- a dos guerras mundiales, al nacionalsocialismo y a la ocupación extranjera, configurándose como cimiento del Estado Benefactor de ese país. En efecto, los principios que guiaron las instituciones de seguros de la Alemania del Kaiser han permanecido desde entonces y han demostrado ser compatibles con la posterior ampliación del sistema a nuevos grupos de población tanto en ese país como en otros. (de Swaan, 1992).

LA SEGURIDAD SOCIAL DESDE EL SIGLO XX

En los cincuenta años posteriores a las primeras leyes de seguridad social aprobadas en Alemania, surgieron sistemas nacionales en todas las democracias capitalistas -de carácter colectivo y controlados por el Estado- destinados a la acumulación de capital de transferencia. Antes de la Segunda Guerra Mundial, Europa y Estados Unidos ya habían creado todas las instituciones fundamentales para la colectivización de la asistencia médica, la educación y la protección contra la pérdida de ingresos. (de Swaan, *op.cit.*).

En Inglaterra se aprueba la Ley de Pensiones en el año 1908; se trataba de una pensión no contributiva destinada a las personas muy pobres, respetables y ancianas, financiada mediante impuestos generales y que se pagaba en la oficina local de correos a todos los ciudadanos mayores de setenta años cuyos ingresos fueran inferiores a las veintiséis libras

anuales. Leyes posteriores previeron la cobertura contra los riesgos de enfermedad y desempleo pero bajo un sistema contributivo: los trabajadores y los empresarios pagaban la misma contribución mientras que el aporte del Estado era algo menor.

En 1942 William Beveridge presenta al Gobierno británico un Informe sobre la Seguridad Social. El modelo propuesto se basaba en cotizaciones uniformes para todos los asegurados y otorgaba prestaciones económicas uniformes para todos ellos; manifestaba una tendencia hacia la universalización de la cobertura, de forma de abarcar a toda la población con derecho protegible en virtud del simple título de ciudadano. El modelo proponía una administración y gestión unificada y pública del sistema.

En Estados Unidos la Crisis de 1929 provoca profundos cambios. Desempleo, disminución de la actividad económica, desórdenes en el sistema bancario, etc., son las principales características del país cuando asume Franklin D. Roosevelt la presidencia en 1932. La seguridad social se instaura como parte de una nueva política intervencionista en todos los órdenes, incluido el social: la del New Deal. En 1935 se aprueba la Ley de Seguridad Social, que incluía un seguro de desempleo e imponía a casi todo asalariado la obligación federal de ahorrar una parte de sus haberes para acumular una pensión pagadera al cumplir sesenta y cinco años.

En años posteriores esta ley fue modificada para ampliar su cobertura. En 1956 se aprobaron prestaciones por incapacidad, en 1965 se estableció el seguro médico para los ancianos (Medicare) y para las personas con derecho a la beneficencia (Medicaid).

Un hito importante en la internacionalización de la seguridad social es la Declaración Universal de los Derechos del Hombre aprobada por la Asamblea General de la ONU el 10 de diciembre de 1948 y que en su artículo 22 establece que *“toda persona, en cuanto miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social”*.

El conjunto de actividades, medidas y normas a las que recurrieron los distintos estados industrializados después de la Segunda Guerra Mundial con el objeto de mejorar las condiciones de vida de la población en general, se articularon en lo que se conoce como Estado de Bienestar. El mismo respondió a la búsqueda de sistemas de protección social ante los riesgos propios de esa época, vinculados al rol central del trabajo en la definición y satisfacción de los derechos de las personas. En efecto, el modelo de Estado de Bienestar se basaba en la “sociedad del trabajo”: suponía una situación ideal de pleno empleo formal a partir de la cual la prestación social se consolidaba mediante prestaciones a la fuerza laboral y sobre la base de contribuciones del Estado, el empleador y el trabajador, bajo el supuesto de que el trabajador o jefe de familia aseguraba a todo su entorno familiar mediante sus ingresos y su protección social. La ciudadanía social se vinculaba a la ciudadanía laboral y el

Estado era el encargado de brindar una cobertura universal de servicios básicos y educación formal⁸⁹.

A partir de la década del setenta del s. XX, ante los cambios ocurridos en la producción, el trabajo, los perfiles epidemiológicos, la conformación de las familias, los roles de género, etc., comienzan a cuestionarse los tradicionales Estados de Bienestar construidos en torno al trabajo. Toma fuerza la necesidad de reformas a fin de proteger los derechos de los ciudadanos ante los nuevos riesgos sociales derivados de los citados cambios, reformas que deben concebirse cuidadosamente a fin de evitar la exclusión en la protección social. (Titelman y Uthoff, 2005 citados en: CEPAL, 2006a, p.33). En este contexto, el concepto de seguridad abarca nuevos ámbitos sociales, incluyendo la edad, género y minoría étnica. El concepto se vincula cada vez más a la ciudadanía, los derechos humanos y la profundización de la democracia, entrando muchas veces en conflicto con las nuevas construcciones económicas provenientes del reordenamiento global y la volatilidad financiera.

En América Latina y el Caribe, después de la Segunda Guerra Mundial los distintos países se esforzaron -aunque con trayectorias disímiles en materia de consolidación institucional y de cobertura de los servicios públicos- por forjar un estado social. La existencia de alto grado de informalidad laboral -que excluía a una amplia cantidad de trabajadores de la protección social- limitó la cobertura de las prestaciones asociadas al trabajo asalariado. Sólo algunos países lograron construir un sistema de políticas sociales con cobertura progresiva y continuidad en el tiempo.

La creciente informalidad laboral, problemas en la disponibilidad de recursos públicos, ineficiencias en la gestión del aparato estatal, cambios demográficos, etc., entre otros muchos factores, condujeron a amplias reformas del Estado y de la política social durante la década del ochenta. Entre las que se destacan “la descentralización de servicios y políticas y de la administración y decisiones públicas, el incremento de la participación privada en la gestión y prestación directa de servicios, la focalización de programas hacia los más pobres mediante políticas sociales de carácter asistencial, y la racionalización del gasto mediante nuevos instrumentos de gestión, información y monitoreo”. (CEPAL, 2006a, *op.cit*, p.34).

Según la CEPAL, en los años noventa el gasto social per capita aumentó en casi todos los países, se perfeccionaron las políticas sociales de corte asistencialista originadas en la década anterior agregando nuevos instrumentos destinados a abordar distintas dimensiones de la pobreza mediante fondos sociales (obras de infraestructura básica, equipamiento productivo, microcréditos, etc.) y se crearon nuevos servicios orientados a grupos carenciados como por ejemplo los adultos mayores.

⁸⁹ No existió un único modelo de Estado de Bienestar. Pueden identificarse al menos tres regímenes: el liberal que se da en distintos grados en Estados Unidos, Australia, Reino Unido, Nueva Zelanda, Canadá e Irlanda entre otros países), el socialdemócrata (países europeos nórdicos y con otros matices países como Bélgica, Italia, Francia) y el conservador (por ejemplo Alemania)

El Organismo señala que el saldo del Estado Social a comienzos del s. XXI no es favorable en términos de pobreza y distribución del ingreso, aunque sí en cuanto al incremento del gasto social, a los esfuerzos de reforma de políticas, al avance institucional y al desarrollo de nuevas herramientas de gestión. Considera que se reconoce que la salida de la pobreza no ocurre de una vez y para siempre, sobre todo a causa de la volatilidad económica, las brechas en capital humano, las restricciones en el empleo y la inexistencia de “automatismos virtuosos” entre crecimiento económico y pobreza. En este contexto, la CEPAL plantea la necesidad de un amplio pacto de cohesión social, de lograr

(...) una concertación estratégica, un conjunto de acuerdos de largo plazo, tanto explícitos como implícitos, entre el Estado y los principales actores políticos y sociales, respecto de los objetivos instrumentales y de las secuencias de políticas e innovaciones necesarias para alcanzarlas. Esta idea se basa en el razonamiento de que para la formulación e instrumentación de políticas es imprescindible el contexto y soporte institucional propio de este tipo de acuerdos (CEPAL, 2006a, *op.cit.*, p.35).

Simultáneamente va cobrando énfasis la idea de que el beneficiario de servicios y prestaciones es también un ciudadano, un titular con derechos exigibles. La noción de protección social⁹⁰ basada en derechos no se limita a respuestas asistencialistas o paliativas; implica pasar de un conjunto de políticas sociales a un sistema de protección social integral que las conjugue.

Un sistema de protección social es más que una estructura institucional; es un acuerdo político al que concurre la sociedad para establecer las bases sobre las que desea construir y regular su convivencia. Determina qué derechos se aplican a todos, cómo se garantizan y cómo se hacen viables. Esto supone instituciones, normas, programas y recursos. Además, un pacto social para refundar la protección social sobre la base de de derechos universalmente reconocidos no se restringe a las voluntades individuales en su aplicación ni a las meras dinámicas de mercado. Un pacto social de esta índole debe estar respaldado por una decisión de la sociedad. (CEPAL, 2006a, *op.cit.* p 37).

SEGUROS PARA LA VEJEZ

El hecho de jubilarse al alcanzar cierta edad es un fenómeno relativamente reciente en la historia de la humanidad. La vejez no constituía una razón suficiente para retirarse de la vida activa ni motivo para solicitar una prestación económica; era el deterioro físico, frecuentemente a edades tempranas, lo que hacía que la gente fuera más dependiente con el

⁹⁰ El concepto “protección social” es más comprensivo que el de “seguridad social”; puede definirse como el conjunto de intervenciones de entes públicos de entes públicos y privados que busca aliviar a los hogares e individuos de la carga que significa una serie de riesgos y necesidades que incluyen: 1) el acceso a bienes y servicios básicos esenciales; 2) la protección y prevención; y 3) la promoción de oportunidades. (Bertranou, F., 2006).

correr de los años. Las características principales de esta etapa de la vida de los seres humanos eran las enfermedades, la pobreza y la soledad.

En el s. XIX los ancianos constituían la gran masa de los más indigentes. Hacia fines del siglo, mejoras en la sanidad y alimentación alargaron la vida de las personas: los empleados que ya estaban incapacitados vivían mucho más, agravando tanto la situación individual como la de la sociedad en su conjunto: la vejez se convirtió en un problema social.

El gran problema consistía que cualquier seguro de vejez tendría que garantizar con al menos cincuenta años de antelación -dado el continuo aumento en la esperanza de vida- que los contribuyentes recibirían sus prestaciones llegado el momento, de lo contrario los trabajadores jóvenes no tendrían confianza en él. La incertidumbre requería de instituciones sólidas y duraderas. Existía la alternativa de que los trabajadores en actividad financiaran con sus impuestos las pensiones de los ancianos, para ello era imprescindible o un gran altruismo o la garantía que ellos mismos, alcanzada la edad de retiro, se beneficiarían de las contribuciones de las generaciones futuras. En este contexto, el Estado se presentaba como la única institución que reunía dos requisitos: en primer lugar, experiencia en relación a la emisión de bonos con la promesa de pagarlos al cabo de tres o más décadas; en segundo lugar, tenía un carácter lo suficientemente permanente como para inspirar confianza. La vejez se convierte así en una cuestión de Estado⁹¹.

POLÍTICAS DE VEJEZ

Las políticas públicas ocupan un espacio importante en la compleja articulación entre la sociedad civil y el Estado; son formuladas por éste con el propósito de impactar en el ámbito social. Las acciones y recursos necesarios para la implementación de las políticas y programas gubernamentales están a cargo de la Administración Pública.

No existe un único significado del concepto de *política pública*, como tampoco una única forma de que la misma adquiera nivel programático. Oszlack y O'Donnell (1990) la definen como

(...) un conjunto de acciones u omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación a una cuestión que concita atención, interés o movilización de otros actores sociales. Puede inferirse una cierta discrecionalidad, una determinada orientación normativa que previsiblemente afectará el curso del proceso social hasta entonces desarrollado en torno a la cuestión.

⁹¹ El Plan Nacional de Jubilaciones establece vínculos vitalicios entre los trabajadores aportantes y el Estado, por lo tanto, la política social implementada por éste desempeña un rol fundamental en la creación y gestión de esa dependencia.

Un problema o cuestión puede ser relevante, pero el Gobierno puede postergar su resolución o directamente ignorarlo, por lo tanto, la ausencia de acción gubernamental puede implicar también una definición de política pública.

Una política pública constituye una toma de posición por parte del Estado con respecto a una “*cuestión de interés público*”⁹² que requiere de su atención o sobre la que se busca incidir.

Una vez que un problema o cuestión es aceptada en la agenda de gobierno, comienza un proceso conocido como “ciclo de acción de las políticas públicas” que podría sintetizarse en las siguientes etapas: 1) definición del problema o cuestión; 2) formulación; 3) sanción; 4) implementación y 5) evaluación de las consecuencias o resultados.

Cuando el Gobierno ha seleccionado y priorizado una cuestión como objeto sobre el cual actuar, resulta trascendente la definición que se hace de la misma. A partir de esa definición se identificarán las causas del problema y las alternativas de solución y serán esas elecciones las que guiarán la *formulación* de la política. De la calidad de definición del problema depende la posibilidad de prefigurar las formas de resolverlo. Esquemáticamente (Huenchuan, S., 2003):

Definición del Problema → Identificación de Causas → Identificación de Alternativas de Solución → Áreas de Intervención.

En la etapa de *formulación* es preciso diseñar instrumentos, construir un marco legal y lograr una base institucional para la implementación de la política.

La *sanción* de la política implica decidir sobre la distribución de responsabilidades, capacidades y recursos para su futura implementación.

La *implementación* está dada por el conjunto de acciones necesarias para el logro de los objetivos formulados; implica la movilización de recursos materiales y humanos en el ámbito del Gobierno y de la Administración Pública y afecta al ámbito privado. Significa responder a las preguntas *¿cómo se hace?* y *¿cuánto cuesta?*

La *evaluación* de las consecuencias o resultados de una política implica encontrar respuestas a preguntas como *¿cuál es el impacto?*, *¿hubo efectos no buscados?* *¿pueden ser identificados?*, etc. La complejidad de los impactos hace que muchas veces sean difíciles de medir.

⁹² O sea, se trata de una cuestión que los integrantes de la comunidad política perciben como merecedora de atención pública y como asunto que cae dentro de la jurisdicción legítima de la autoridad gubernamental existente (Ch. Elder y R. Cobb, “Formación de la agenda. El caso de la política de ancianos”, *Problemas públicos y agenda de Gobierno*, México, D.F., Editorial Miguel Porrúa, 1993).

Las *políticas sociales* se pueden definir como el conjunto de medidas que el Estado pone en práctica con el fin de estructurar la sociedad en forma más justa, mediante la creación y desarrollo de servicios sociales no inmediatamente rentables (educación, salud, vivienda, seguridad social, atención a grupos especiales, etc.) y también a través de disposiciones que tienden a aliviar o mejorar la situación social de los económicamente débiles y jurídicamente desprotegidos. El alcance de la expresión, en cuanto al contenido y práctica, está estrechamente relacionado a los conceptos de Bienestar Social, Desarrollo Social y últimamente la política social se vincula también a todo lo concerniente con la Calidad de Vida. (Ander Egg, 1990).

Otro concepto es el de *plan*, se refiere a las decisiones de carácter general que expresan los lineamientos políticos fundamentales, las prioridades que se derivan de esas formulaciones, la asignación de recursos acorde a esas prioridades, las estrategias de acción y el conjunto de medios e instrumentos a utilizar para lograr los objetivos propuestos. Desde el punto de vista del Gobierno, el plan tiene por finalidad trazar el curso deseable y probable del desarrollo nacional o del desarrollo de un sector, ya sea económico, social o cultural; generalmente formulado para el largo plazo. Puede decirse que el plan es el parámetro técnico-político dentro del cual se enmarcan los programas y proyectos.

El *programa* se define como el conjunto coordinado de proyectos orientados a realizar los objetivos del plan. Supone proyectos vinculados entre sí y con frecuencia un proyecto tiene como requisito la realización de otro. Un programa es formulado para el mediano plazo.

En este contexto, los *programas sociales* son el modo en que las políticas sociales y planes del gobierno se llevan a la práctica y se traducen en acciones concretas.

El *proyecto* constituye la unidad elemental del proceso de planificación y programación; es de corto plazo y está formado por un conjunto de actividades complementarias necesarias para alcanzar uno o varios objetivos.

En el marco del presente trabajo, dentro de las políticas públicas nos interesan aquellas que están asociadas a cuestiones relacionadas con las personas adultas mayores, o sea las generalmente denominadas *políticas de vejez*.

Por ***políticas de vejez*** se entienden “aquellas acciones organizadas por el Estado para hacer frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento de la población y de los individuos”. (Huenchuan,S.,2003).

Según lo expuesto anteriormente, la concepción que el Gobierno tenga sobre la vejez y la consecuente identificación de problemas a tratar guiarán las políticas dirigidas a este grupo etario. En este sentido, no resulta indiferente definir el objeto de las políticas de vejez como un asunto de derechos que como un problema de asistencialidad, como tampoco lo serán los instrumentos prácticos que la política seleccione para su concreción.

Históricamente la percepción predominante de la vejez ha sido como una etapa del ser humano caracterizada por carencias económicas (falta de ingresos), físicas (falta de autonomía) y sociales (falta de roles sociales, estrechamiento de las redes de contención social, etc.). La intervención pública basada en esta concepción se define a partir de lo que las personas de edad no poseen en comparación con otros grupos poblacionales; los instrumentos de política son paliativos para superar estas pérdidas o carencias.

En los últimos años se ha dado un cambio paradigmático con el surgimiento del enfoque de derechos aplicado a las políticas públicas en general y a las políticas de vejez en particular. En su trigésimo primer período de sesiones (marzo de 2006) la CEPAL planteó que

El principio de la titularidad de derechos debe guiar las políticas públicas. Se trata de orientar el desarrollo conforme al marco normativo de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales plasmados en acuerdos vinculantes tanto nacionales como internacionales. (CEPAL, 2009b, p. 23).

Desde este punto de vista se modifica la lógica de formulación de leyes, políticas y programas, como señala Abramovich:

“En líneas generales, el enfoque basado en derechos considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos que obligan al Estado. Al introducir este concepto se procura cambiar la lógica de los procesos de elaboración de políticas, para que el punto de partida no sea la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas, sino sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas. Las acciones que se emprendan en este campo no son consideradas sólo como el cumplimiento de mandatos morales o políticos, sino como la vía escogida para hacer efectivas las obligaciones jurídicas, imperativas y exigibles, impuestas por los tratados de derechos humanos. Los derechos demandan obligaciones y las obligaciones requieren mecanismos para hacerlas exigibles y darles cumplimiento” (Abramovich, V., 2006, p.36).

Las personas adultas mayores pasan de ser objetos de protección a sujetos de derecho; se reconocen como poseedoras y constructoras de derechos individuales y colectivos. Las políticas públicas deben promover la construcción de ciudadanía en la vejez y garantizar las condiciones para el ejercicio de los derechos en ambas dimensiones (individuales y grupales).

Sin embargo, como dice Bobbio (1995), hoy en día, más allá de la declaración de derechos, se trata de saber cuál es el modo más seguro para garantizarlos, para impedir que las declaraciones solemnes sean continuamente violadas. En efecto, si bien es cierto que la existencia de consenso a nivel nacional en relación a la necesidad y utilidad de la norma que conduce a la promulgación de esos derechos representa un paso importante, el cumplimiento de la misma requiere un cambio de visión y de las prácticas tradicionales respecto al tema, tanto a nivel público como de la sociedad en general. El desafío actual no radica sólo en

lograr que a las personas adultas mayores se las reconozcan como sujetos de derechos, sino también en construir reglamentos, políticas e instituciones que garanticen el pleno goce y ejercicio de sus derechos en la vejez. (Huenchuan y Morlachetti, 2006).

A modo de síntesis, con respecto a las políticas públicas a favor de la vejez existen dos tipos de enfoques a nivel programático que determinan la orientación de la intervención estatal (Huenchuan, S., 2004, p. 33):

- a) Enfoque de carencias: asume la vejez como una etapa en donde se gestan o profundizan todo tipo de carencias (físicas, económicas, sociales) que pueden ser solventadas sólo a través de la intervención gubernamental. Las políticas y programas que son diseñados de acuerdo a este enfoque generalmente son paliativos para superar esas pérdidas o carencias, aunque más no sea en forma temporal.
- b) Enfoque de derechos: se fundamenta en el ejercicio y exigibilidad de los derechos humanos de las personas adultas mayores en todas sus dimensiones: económica, social, política, cultural; promueve la habilitación de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad. Este enfoque traspasa la esfera individual e incluye los derechos sociales (al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la protección de la salud, etc.) cuya realización requiere de la acción positiva de los poderes públicos, la sociedad y los mismos adultos mayores. Las políticas y programas diseñados de acuerdo a este enfoque tienen una perspectiva más integral porque promueven la habilitación y empoderamiento de las personas de edad.

Estos dos enfoques determinan la orientación de la política pública en términos de la concepción de la población objetivo. Las personas adultas mayores pueden ser concebidas como objetos de la política pública, lo que implica asumir su rol de forma pasiva tanto en cuanto a la definición de sus derechos como en el disfrute y exigibilidad de los mismos. Su participación en el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas públicas de vejez es prácticamente nulo.

Por otro lado, las personas adultas mayores pueden ser concebidas como sujetos de derecho, lo que implica que son consideradas como parte fundamental y activa en la construcción, ejercicio y exigibilidad de los mismos. Su participación en el diseño, monitoreo y evaluación de las políticas públicas de vejez es activa pues se han abierto espacios de consulta y participación.

Con la introducción de estas distinciones, se pretende aclarar que una política puede explícitamente adherir a un enfoque de derechos, pero sólo los fines y contenidos de la misma nos darán una certeza al respecto. Lo mismo en el caso del enfoque de carencias, se puede hacer una valorización de la participación de las personas

mayores, pero en sus contenidos se expresa una concepción paternalista e infantilizante de la vejez. (Huenchuan, S., 2004, *op. cit.* p. 33).

POLITICAS DE VEJEZ EN EL ORDEN NACIONAL

La articulación, planificación y coordinación de la política social argentina está a cargo del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales, organismo de Presidencia de la Nación creado en el año 2002. Integrado por los Ministerios de Desarrollo Social (que ejerce la presidencia), de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, de Educación, de Salud y Medio Ambiente, de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, de Economía y Producción, de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, de Turismo y de Justicia, Seguridad y Derechos Humanos.

El análisis de la política de vejez en la Argentina puede realizarse a partir de tres ejes principales: la seguridad económica, la salud y el bienestar y la accesibilidad de los adultos mayores a su entorno.

Las políticas tendientes a brindar seguridad económica a los adultos mayores se concretan a través de la entrega de pensiones contributivas y no contributivas. La oferta se complementa con un conjunto heterogéneo de prestaciones públicas, la mayoría de las cuales adquieren la forma de programas sociales; las mismas pueden analizarse según el objetivo perseguido o la problemática a atender, la definición de su población objetivo y el beneficio que ofrecen.

La problemática a atender está relacionada con las situaciones sociales sobre las que intenta incidir el programa; en general ligadas a la vulnerabilidad, a la pobreza y a la exclusión.

Los beneficios o prestaciones económicas de los programas dirigidos a fortalecer el ingreso de la población mayor pueden clasificarse en tres grupos: a) las transferencias monetarias directas (por ejemplo, las pensiones no contributivas); b) los subsidios de servicios (por ejemplo, contratar cuidadores domiciliarios, para la compra de alimentos, para enfrentar una situación de emergencia habitacional, etc.); y c) prestaciones en especies (medicamentos, pañales, alimentos, sillas de rueda, etc.).

En relación a la población objetivo, la misma varía según los objetivos de cada programa y la problemática que se propone atender. En general, los programas dirigidos a la población adulta mayor son iniciativas focalizadas orientadas a aquellas personas que se encuentran en situación de vulnerabilidad social.

El segundo eje estructural de las políticas de vejez se encuentra estrechamente vinculado con la calidad de vida en la vejez, incluyendo dimensiones como la salud y el bienestar.

La atención de la salud de los adultos mayores argentinos está a cargo principalmente del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP). Como se

señaló en el capítulo anterior, las prestaciones brindadas por el INSSJyP exceden lo estrictamente médico, pues abarcan áreas y necesidades sociales diversas incluyendo servicios de promoción y asistencia social (por ejemplo el Programa de Prevención y Promoción Comunitaria).

El otro efector relevante en la atención a los adultos mayores es el Programa Federal de Salud (PROFE), a cargo de la Dirección Nacional de Prestaciones perteneciente al Ministerio de Salud de la Nación. A través de este programa se brinda cobertura médica integral a los beneficiarios de pensiones no contributivas.

Dentro de este eje adquiere relevancia el programa dirigido al cuidado de las personas adultas mayores en situación de dependencia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

El tercer eje corresponde a los entornos físicos, sociales y culturales; puede observarse durante la última década el diseño de programas tendientes a mejorar el acceso de los adultos mayores a los mismos, con especial énfasis en la prevención del abuso y maltrato. (por ejemplo, el Programa de Prevención de Abuso y Maltrato del Ministerio de Desarrollo Social).

A continuación se describirán los principales programas nacionales a favor de la vejez diferenciados por organismo nacional y según orientación; la misma información se presenta en el último inciso agrupada según las tres áreas prioritarias del Plan de Madrid. Es necesario resaltar que la Argentina no cuenta hasta el momento de un instrumento programático que aglutine, estructure, establezca prioridades y plazos, como así también las herramientas instrumentales para ejecutar y dar seguimiento a las acciones del gobierno nacional a favor de los adultos mayores y que, además, esté en concordancia con las metas y objetivos establecidos en el Plan de Madrid sobre Envejecimiento y la Estrategia Regional para América Latina.

PRESTACIONES SOCIALES Y PROGRAMAS NACIONALES A FAVOR DE LA VEJEZ SEGÚN ORGANISMO Y ORIENTACION

En este inciso se describirán las prestaciones sociales y programas dirigidos a la población adulta mayor que ofrecen los Ministerios de Desarrollo Social, de Salud y de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación y el Instituto Nacional de Seguridad Social, Jubilaciones y Pensiones.

MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN- DINAPAM

Prestaciones sociales

I. Residencias para adultos mayores⁹³

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

Las residencias cuentan con equipos interdisciplinarios conformados por un equipo básico constituido por médico/a geriatra, enfermera/o, kinesióloga/o, nutricionista, psicóloga/o, trabajador/a social y terapeuta ocupacional. A su vez, cuenta con un equipo recurrente conformado por: médica/o fisiatra, médica/o psiquiatra, recreólogos, fonoaudióloga/o, etc.

Programas

I. Programa nacional de cuidados domiciliarios⁹⁴

Es un programa de capacitación de cuidadores domiciliarios.

Objetivos: Mejorar la calidad de vida de los ancianos, de las personas con discapacidades, y de aquellas que presenten patologías crónicas invalidantes o terminales. Capacitar a personas de la comunidad para desarrollar tareas inherentes a la función del cuidador domiciliario. Promover y estimular la formación de sistemas locales de atención domiciliaria.

Población: Ancianos, discapacitados y personas que presentan patologías crónicas invalidantes o terminales que requieren atención domiciliaria y se encuentran en situación de riesgo social en todo el país.

Bienes y/o servicios que brinda:

- Componente "Capacitación": curso de cuidadores domiciliarios; formación de formadores; cursos de nivelación de cuidadores; actividades de capacitación permanente.
- Componente "Promoción de sistemas locales de cuidados domiciliarios": cuidados domiciliarios, acciones de integración y resocialización comunitaria.

⁹³ Población atendida entre los años 2004 y 2008: un promedio de 480 personas por año. (MdeDS, 2009).

⁹⁴ Entre 2007-2009 se capacitaron 6.782 cuidadores domiciliarios en 168 cursos de formación. Fueron atendidos 25.642 adultos mayores necesitados de cuidados. (MdeDS, 2009).

Orientación: derechos/carencias

II. Proyecto *La Experiencia Cuenta*⁹⁵

Esta iniciativa se propone recuperar los saberes y habilidades que las personas mayores cuentan para ponerlos a disposición de su comunidad.

Objetivos:

- Facilitar la transmisión de oficios y saberes tradicionales desde los adultos mayores hacia las personas jóvenes y de mediana edad.
- Recuperar y fortalecer oficios tradicionales.
- Promover el intercambio entre personas de distintas generaciones.
- Mejorar la situación de empleo de los participantes del proyecto.

Población: adultos mayores y personas de la comunidad (beneficiarios de planes sociales, jóvenes y personas de mediana edad).

Prestaciones: cada proyecto contempla al menos 4 líneas de capacitación en oficios tradicionales, seleccionados por el organismo postulante, según las necesidades locales y las capacidades de los adultos mayores, entre ellos: carpintería, panadería, artesanías, tejido, telar, etc.

Orientación: derechos

III. Programa de voluntariado social de adultos mayores⁹⁶

Objetivo general: Promover el desarrollo de acciones comunitarias voluntarias en la población adulta mayor.

Objetivos específicos:

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

Destinatarios: adultos mayores, jóvenes y personas de mediana edad.

⁹⁵ Entre los años 2007-2009 se dictaron 82 capacitaciones dirigidas a 6.560 personas jóvenes y de mediana edad. (MdeDS., 2009).

⁹⁶ Entre 2007-2009 se realizaron 61 capacitaciones y fortalecimiento de 12 Centros de Voluntariado Social de carácter intergeneracional, alcanzando a 2.420 personas mayores y 360 personas jóvenes y de mediana edad. (MdeD.S. , 2009)

Prestaciones:

1. Curso de Formación de Facilitadores Comunitarios.
2. Conformación y desarrollo de Centros de Voluntariado.

Orientación: derechos

IV. Carrera de especialización en gerontología comunitaria e institucional

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

La Especialización, iniciada en el año 2007, tiene el carácter de pública, gratuita y federal. En la primera cohorte cursaron 226 profesionales que están trabajando en programas y servicios para adultos mayores de todo el país. La segunda cohorte comenzó a principios del 2009 y cuenta con 272 alumnos, siendo de carácter semipresencial.

Orientación: derechos

V. Cursos para responsables de residencias y/o centros de día⁹⁷

Cursos para Responsables de Residencias y/o equipos técnicos de Centros de Día en técnicas de gerenciamiento en gerontología.

Orientación: derechos

VI. Programa de prevención de abuso y maltrato hacia los adultos mayores⁹⁸**Objetivos**

- a. Prevenir las situaciones de discriminación, abuso y maltrato hacia los adultos mayores y su entorno inmediato desde una perspectiva de los derechos.
- b. Capacitar a los profesionales, técnicos e idóneos que trabajan con los adultos mayores y sus familias.
- c. Sensibilizar a la comunidad sobre la existencia de situaciones de abuso y maltrato hacia la población mayor.
- d. Brindar información acerca de los derechos de los adultos mayores.
- e. Promover la constitución de redes de apoyo al adulto mayor.

⁹⁷ Entre los años 2005 y 2009 se dictaron 47 cursos y se capacitaron casi 2000 personas.

⁹⁸ Entre los años 2007 y 2009 se capacitaron a 5.300 profesionales y técnicos que trabajan con adultos mayores. La población destinataria de las diversas acciones en esta temática fue de 67.650 personas. (MdeDS, 2009).

Prestaciones

- a. Fortalecimiento a los adultos mayores en su entorno inmediato: generación de un espacio de aprendizaje en derechos de adultos mayores.
- b. Sensibilización comunitaria: acciones de difusión de la temática, charlas en instituciones de bien público u otros.
- c. Asesoramiento legal y psicológico: un equipo interdisciplinario estará a cargo del asesoramiento legal, articulando con los organismos de gobierno y organizaciones de la sociedad civil.
- d. Capacitación: dictado de seminarios de formación orientado a profesionales y técnicos.

Orientación: derechos

VII. Plan nacional de seguridad alimentaria “El hambre más urgente”. Programa de nutrición y alimentación nacional (Ley N° 25724)

Objetivo

“Propender a asegurar el acceso a una alimentación adecuada y suficiente, coordinando desde el Estado las acciones integrales e intersectoriales que faciliten el mejoramiento de la situación alimentaria y nutricional de la población”⁹⁹.

Unidades Ejecutoras

Ministerios de Desarrollo Social y de Salud de la Nación.

Coordinación

Comisión Nacional de Nutrición y Alimentación, que funcionará en la órbita del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

Componentes del PROGRAMA

1. La prevención de carencias nutricionales específicas.
2. La lactancia materna con especial atención a la alimentación en los primeros SEIS (6) meses de vida.
3. La rehabilitación nutricional.
4. La seguridad alimentaria en sus aspectos micro y macro sociales.
5. La calidad e inocuidad de los alimentos.
6. La Educación Alimentaria Nutricional (E.A.N.).
7. La asistencia alimentaria directa.
8. El autoabastecimiento y la producción de alimentos.
9. El sistema de monitoreo permanente del estado nutricional de la población.
10. La evaluación integral del Programa.

⁹⁹ Reglamentación de la ley 25724, Artículo 1°.

11. Prevención en Salud Materno Infantil.

Beneficiarios

Primera Etapa

- a) Población bajo la línea de indigencia: embarazadas y niños de cero (0) a cinco (5) años, y adultos mayores a partir de los sesenta (60) años, sin cobertura social y que sean beneficiarios de Programas de Asistencia Alimentaria al momento del dictado de la presente reglamentación;
- b) Población incluida en esta etapa con desnutrición grado 1, 2 y 3.

Segunda Etapa

Se incorporarán a la población anterior la población bajo la línea de pobreza: los niños de cero (0) a catorce (14) años, los discapacitados, las embarazadas, las nodrizas y los adultos mayores de setenta (70) años, sin cobertura social.

Orientación: carencias

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

Programas y planes

I. Programa federal de salud (PROFE)¹⁰⁰

El PROFE brinda cobertura médico-asistencial a los beneficiarios de pensiones no contributivas. A través del mismo esta población es incorporada a programas de promoción, prevención, servicios de cuidados de corta, mediana y larga estadía y tratamientos médicos.

Objetivos principales¹⁰¹

- “Garantizar a los afiliados el acceso a la asistencia médica, manteniendo actualizados los padrones y autorizando prestaciones especiales”.
- “Lograr la efectividad del Programa, transfiriendo los lineamientos y políticas sanitarias nacionales a las jurisdicciones y asistiendo a las Unidades de Gestión Provincial con el fin de generar redes prestacionales, optimizando así los recursos locales, provinciales y regionales”.
- “Distribuir los recursos presupuestarios de acuerdo a los convenios establecidos con las mismas, con el fin de garantizar una adecuada respuesta a los afiliados en el marco de un esquema de descentralización presupuestaria y de gestión”.

¹⁰⁰ La gestión de la cobertura médica a los beneficiarios de pensiones no contributivas fue otorgado al MSN por decreto N°1606/02, quien encomienda la prestación del servicio -por convenio- a cada jurisdicción.

¹⁰¹ Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, 2da Carta de Compromiso con el Ciudadano, PROFE Salud, abril 2007, pp 12-15.

- “Controlar, desde el nivel nacional, los aspectos prestacionales, administrativo-contables y legales, mediante acciones de supervisión y auditoría que aseguren el cumplimiento de los convenios”.
- “Generar mecanismos de respuesta a reclamos y/o denuncias y sugerencias de los beneficiarios”.
- “Garantizar la difusión y promoción de los derechos y obligaciones de los afiliados”.

Orientación: carencias/derechos

II . Programa Remediar

La Argentina presenta cobertura universal a través del hospital público y la red de Atención Primaria de la Salud. El programa Remediar (2002), del Ministerio de Salud de la Nación -Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias-, cumple con los objetivos de fortalecer el modelo de atención primaria y promover políticas saludables con gestión participativa y de asegurar el acceso a los medicamentos esenciales a la población más vulnerable, en especial para quienes están bajo línea de pobreza o no tienen cobertura de obra social. Para alcanzar tales objetivos, Remediar se propuso proveer medicamentos esenciales buscando llegar a todos los Centros de Atención Primaria de la Salud del territorio nacional para su prescripción y suministro gratuito a la población objetivo; es el mayor programa del mundo de provisión gratuita de medicamentos ambulatorios.

Objetivos

- Asegurar la accesibilidad a los medicamentos genéricos de la población que asiste a los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) para tratar un alto porcentaje de las patologías presentes en las consultas.
- Fortalecer el modelo de atención primaria y promover políticas de salud con gestión participativa. Implementar el control social y la gestión participativa del programa.
- Desarrollar estrategias para promover el uso de medicamentos genéricos.
- Fortalecer el modelo de atención primaria de la salud.

Bienes que brinda

Provisión de medicamentos genéricos de acuerdo con la prescripción médica efectuada en el CAPS.

Población Objetivo

No es un programa destinado exclusivamente a los adultos mayores sino que incluye a toda la población que tenga dificultades de acceso a los medicamentos ambulatorios, en

especial quienes están bajo línea de pobreza o no tienen cobertura de obra social. Su población objetivo es de alrededor de 17 millones de personas.

Orientación: carencias

III. Programa nacional de envejecimiento activo y salud para los adultos mayores. Res. Ministerio de Salud N° 753/07

La creación del Programa se aprueba

(...) a fin de contribuir al logro de un envejecimiento activo y saludable por medio del impulso de la promoción de la salud y la atención primaria de la salud para los adultos mayores, la capacitación de recursos humanos, el apoyo a investigaciones y el desarrollo de servicios integrados para la vejez frágil y dependiente, de acuerdo a los alcances y modalidades que se establecen en el Anexo I que forma parte integrante de la presente. (Artículo 1).

“La coordinación de las acciones que demande el cumplimiento de los objetivos del Programa estará a cargo de la Secretaría de Políticas, Regulación y Relaciones Sanitarias”, (Artículo 2).

Se invita al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; a la Superintendencia de Servicios de Salud; al Ministerio de Desarrollo Social; al Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y a las Provincias por medio del Consejo Federal de Salud (COFESA) a adherir a los lineamientos definidos por el Programa Nacional. (Artículos 5° y 6°).

Población objetivo

Directos: Más de 5 millones de personas mayores de 60 años que habitan en el país.

Indirectos: La comunidad en general, ya que toda medida tendiente a mejorar la accesibilidad de los servicios de promoción, prevención y atención también permitirá a las personas de todas las edades mantener la calidad de la salud y la independencia en la medida que se envejece.

Finalidad

- Favorecer el desarrollo de la promoción de la salud y la atención primaria de la salud para adultos mayores en el sistema de salud.
- Promover el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos por la Constitución Argentina y por los tratados internacionales vigentes, respecto a la salud de las personas mayores, los ancianos y las personas mayores con discapacidad.
- Promover el desarrollo de servicios integrados para la vejez frágil y dependiente.

- Influir en los prestadores de salud acerca de los programas y estrategias de promoción y prevención destinados a los adultos mayores.
- Incorporar en la formación de recursos humanos la perspectiva del envejecimiento activo y saludable y la atención de la salud adaptada a las necesidades de los adultos mayores.
- Promover el concepto de envejecimiento activo y saludable en la sociedad en general.
- Favorecer el desarrollo de proyectos de investigaciones destinadas a incrementar el conocimiento en el campo gerontológico y a dar respuesta a las necesidades detectadas.

Objetivos

- **Objetivo General**
Fortalecer la accesibilidad al sistema de salud y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores con el enfoque de Envejecimiento Activo.
- **Objetivo Específico 1:** Impulsar acciones para el mejoramiento de la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención integral de los adultos mayores.
- **Objetivo Específico 2:** Promover el acceso a los programas de prevención y los servicios de atención y rehabilitación para adultos mayores.
- **Objetivo Específico 3:** Promover la capacitación de recursos humanos en salud en temas de envejecimiento, gerontología y geriatría.
- **Objetivo Específico 4:** Impulsar acciones de información y comunicación con el fin de instalar el tema en la agenda pública y concientizar a la población en general.
- **Objetivo Específico 5:** Promover estudios, investigaciones y acciones para el avance de las estrategias de Promoción de la salud, de Prevención de enfermedades y de Atención Integral de los Adultos Mayores.

Orientación: derechos

V. Plan federal de salud 2010-2016¹⁰²

La comunidad internacional y la Argentina, en particular, han reconocido a la salud como un derecho humano universal y un factor clave del desarrollo humano sostenible. De este modo, la salud se convierte en un componente ético en las sociedades democráticas, en tanto no se trata de un servicio social más sino de un derecho humano universal e interdependiente que permite el ejercicio de los demás derechos.

¹⁰² Fuente: Ministerio de Salud de la Nación, Plan Federal de Salud 2010-2016

El Ministerio de Salud de la Nación cuenta con la responsabilidad de la rectoría del sistema de salud con el objetivo de alcanzar el mayor nivel posible de salud de la población del país y una real equidad de oportunidades y trato como respuesta del sistema de salud. El Ministerio de Salud, en consulta permanente con las provincias, asume un papel activo en la conducción y formulación del Plan Federal de Salud para los años 2010-2016, año donde se conmemorará el Bicentenario de la Declaración de Independencia Argentina.

Objetivo Estratégico

Fortalecer los procesos de planificación sanitaria, de manera de asegurar la participación federal en la formulación de políticas de salud y lograr el posicionamiento de las prioridades sanitarias en la comunidad y en el más alto nivel de la agenda política nacional como política de estado, permitiendo la continuidad y seguimiento de las acciones al mediano y largo plazo.

Metas específicas para las personas adultas mayores en relación a los factores de riesgo

- Aumentar la cobertura de inmunización anti influenza a un 31% para la población de adultos mayores (mayores de 60 años).
- Aumentar la cobertura de inmunización anti tetánica a un 25% para la población de adultos mayores (mayores de 60 años).
- Disminuir al 25% la proporción de mujeres adultas mayores que no se realizaron nunca PAP.
- Disminuir al 15% la proporción de mujeres adultas mayores que no se realizaron nunca mamografía.
- Reducir la prevalencia de diabetes a un 20% en adultos mayores de 60 años.
- Reducir la prevalencia de inactividad física a un 50% en adultos mayores de 60 años.
- Reducir la prevalencia de hipertensión arterial a un 50% en adultos mayores de 65 años.
- Reducir la prevalencia de colesterol elevado a un 35% en adultos mayores de 65 años.

Entre las Estrategias relacionadas a la Participación Social y Determinantes se destacan la “Promoción de la Estrategia de Envejecimiento Activo y Saludable” y la “Implementación de Acuerdos y Convenios con las Provincias para la mejora de la cobertura y el acceso a la atención integral de salud de la población de adultos mayores de 60 años”.

Orientación: derechos

MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL DE LA NACIÓN - ANSES**Programas****I. *Plan mayores (Res MTEySS N° 155/03)***

El plan tiende al reconocimiento del trabajo y sacrificio personal de los adultos mayores a lo largo de la vida, garantizando la contención integral de mujeres y varones mayores de 70 años sin ingresos fijos o suficientes para su sustento.

Para garantizar la contención integral de mujeres y varones de la tercera edad mayores de 70 años, el Gobierno Nacional, en el contexto del Derecho Familiar de Inclusión Social, dispuso que los Ministerios de Trabajo, Empleo y Seguridad Social y Desarrollo Social sean los responsables de la implementación del Plan Mayores.

Este plan se encuentra previsto en los artículos 2° y 5°, inciso h), del decreto N° 565/03 reglamentado por los artículos 2° y 3°, incisos c) y d), de la Resolución MTEySS N° 155/03.

Requisitos:

- a) Tener 70 años o más.
- b) Tener residencia permanente en el país.
- c) No ser titular de ningún beneficio asistencial, graciable, no contributivo o previsional, de carácter monetario, incluyéndose entre estos últimos los otorgados por cajas, institutos u otros organismos tanto nacionales como provinciales o de profesionales.
- d) No recibir ayuda económica a través de ninguno de los componentes del Programa Jefes de Hogar.
- e) En el caso de ser casado o hallarse en concubinato, su cónyuge o concubino deberá cumplimentar los requisitos mencionados en los incisos c) y d).

No habrá incompatibilidad cuando los cónyuges o concubinos se encontraran percibiendo beneficios asistenciales o de la previsión social cuyos montos no superaran el correspondiente a la jubilación mínima nacional.

Orientación: carencias

II. *Programa formación de líderes de la tercera edad*

Organizado a partir de setiembre de 2009 por la Gerencia de Promoción y Desarrollo de la ANSES. Tiene como objetivo profundizar y estimular el rol participativo del adulto mayor en la comunidad.

Orientación: derechos

III. Programa la voz de los más grandes

Es un programa multidimensional de acercamiento a las organizaciones de mayores de todo el país con jornadas de reflexión y agenda abierta. Se desarrolla a partir de febrero de 2010 y es organizado por la Gerencia de Promoción y Desarrollo de ANSES.

Orientación: derechos

IV. Programa yo quiero a mi bandera

El programa parte del reconocimiento a los adultos mayores de la Argentina que participaron como actores y protagonistas de los acontecimientos y procesos trascendentales del país y quienes deben ser entendidos como constructores y transmisores fundamentales de los valores que sustentamos como nación. Organizado por la Gerencia de Promoción y Desarrollo de la ANSES.

Orientación: derechos

V. Programa cuidemos a nuestros abuelos

El programa lo desarrolla e implementa la Gerencia de Investigaciones Especiales de ANSES. Consiste en un ciclo de charlas en todo el país, orientadas a concientizar y prevenir delitos que comúnmente se cometen contra los adultos mayores. Las exposiciones presentan diferentes casos emblemáticos de fraudes cometidos y se intenta concientizar a los asistentes de algunas precauciones que deben tener para no sufrir ninguna estafa. Los actos delictivos más frecuentes son:

- Descuentos indebidos de mutuales.
- Entrega de billetes falsos.
- Visitas domiciliarias con fines delictivos.
- Falsos gestores.

Las charlas se programan y organizan a partir de pedidos efectuados por las autoridades provinciales y nacionales, tanto del Organismo (Jefes Regionales, de UDAI u Oficinas y el Órgano Consultivo), como externas a él (defensorías, intendencias, federaciones y centros de jubilados, etc.). Se planifican también a partir del análisis efectuado sobre las características de la población, a saber: totalidad de partidos, principales localidades, cantidad de federaciones de jubilados y pensionados, localización de UDAI y oficinas, y de variables sociodemográficas según Censo Nacional de Población (INDEC): población total, densidad de población, población mayor de 65 años sin cobertura de salud y población mayor de 65 años total.

Orientación: derechos

VI. Programa vamos de paseo

Programa conjunto del Ministerio de Turismo, el Banco de la Nación Argentina y la ANSES.

Se trata de una línea de créditos exclusiva para el turismo de adultos mayores para la realización de viajes a nivel nacional. El crédito será descontado al jubilado y/o pensionado mensualmente a través de ANSES con planes de 40 cuotas con una tasa nominal anual del 13%.

Todas las agencias de viajes, agencias de pasajes y empresas de viajes y turismo debidamente habilitadas tienen la posibilidad de ofrecer esta nueva modalidad de turismo, a través de los operadores mayoristas inscriptos.

Orientación: derechos

INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS¹⁰³

Principales servicios

Los servicios que brinda la Institución pueden dividirse en dos grupos: los de protección sanitaria y los de protección socio-comunitaria.

Dentro de la protección sanitaria se incluye la atención médica preventiva de la salud, atención de la enfermedad con sus diversos grados de complejidad y atención integral de personas con algún grado de dependencia. Por la extensión del territorio nacional y la variedad de prestaciones incluidas, la gran mayoría de estos servicios son prestados a través de terceros contratados por el Instituto.

Las prestaciones de protección socio-comunitaria son de aspectos sociales y culturales relacionados tanto con el amparo de los afiliados como la geriatría, el patrocinio jurídico y la vivienda, de cuestiones vinculadas a la protección familiar -contención familiar, atención de la pobreza y la nutrición-, como aspectos relacionados con la cultura y la vitalidad -la atención a la vida de entidades comunitarias, recreativas y de capacitación-. Gran número de las prestaciones las realizan personas u organizaciones empresarias contratadas para tales fines. La forma de asegurarse que las mismas se hagan con los niveles de calidad que estipula el Instituto es a partir de los controles periódicos y de los comentarios que informen los afiliados.

¹⁰³ Fuente: PAMI, Carta Compromiso con el Ciudadano, 2010. Decreto N° 229/10.

Prestaciones sanitarias

Entre las prestaciones sanitarias se destacan: Médico de cabecera; medicamentos; odontología; oftalmología; fisiokinesioterapia; laboratorio bioquímico; diagnóstico por imágenes; traslados; internación; prestaciones de alta complejidad.

Existen programas y prestaciones especiales, como por ejemplo: hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria; trasplantes de órganos y tejidos; marcapasos, cardiodesfibriladores, sondas especiales, stents y elementos valvulares; oxigenoterapia domiciliaria; elementos de traumatología y ortopedia; ortesis, sillas de rueda, camas ortopédicas, bastones; muletas, andadores, corset y demás elementos ortopédicos de ayuda externa; prácticas bioquímicas de alta complejidad; lentes de contacto, prótesis oculares, lente intraocular, anteojos; audífonos y laringófonos, implantes cocleares; rehabilitación y prestaciones especiales neurológicas y neuroquirúrgicas.

- **Salud mental**

El programa se desarrolla a través de distintas modalidades: ambulatoria, internación psiquiátrica de pacientes agudos; internación psiquiátrica de pacientes crónicos y rehabilitación psiquiátrica.

- **Servicios a personas con dependencia:** educativos; asistenciales con o sin internación; transporte.

Prestaciones sociales

I. Residencias de adultos mayores

Según su modalidad, las prestaciones son:

- Internación geriátrica con control médico: incluye pensión, controles médicos y nutricionales, asistencia de enfermería y actividades preventivo-sociales para integración y estimulación. La atención de los residentes supone también la higiene y cuidados asistenciales, el lavado de ropa personal y de cama y la medicación ambulatoria.
- Internación geriátrica con asistencia psicogeriátrica: se brinda control médico y asistencia terapéutica psicosocial, asistencia organizada de equipo de enfermería, coordinado por enfermero/a profesional e integrado por auxiliares de enfermería y asistentes geriátricos entrenados para la atención personalizada de los residentes dependientes. En el área terapéutico psicosocial se cuenta con la presencia de un equipo interdisciplinario (psiquiatra, psicólogo, asistente social, neuropsicólogo) coordinado por un profesional de la salud con actividades terapéuticas específicas. La prestación incluye medicación ambulatoria.

- Centros de día: estos lugares, de concurrencia diaria, están destinados a la rehabilitación predominantemente psicosocial y constituyen una alternativa para evitar la institucionalización. El servicio se basa en un programa de actividades que está a cargo de un equipo interdisciplinario, el que incluye el desarrollo de actividades de prevención en salud y la prestación alimentaria. Los concurrentes son evaluados trimestralmente para determinar la continuidad de la prestación que puede ser renovada cada seis meses.

II. Residencias propias para personas adultas mayores autoválidas

El Programa de Residencias Propias brinda asistencia integral a afiliados mayores de 60 años autoválidos que requieren cobertura habitacional y continencia psicosocial, que no pueden ser brindadas por el grupo familiar ni por prestaciones de menor complejidad ofrecidas por el Instituto. La prestación en la residencia es cubierta por el Instituto y el afiliado aporta a través del descuento en su haber previsional un co-seguro de entre un 20% y un 50%. Si el caso lo amerita, el Instituto cubre el total de la prestación, eximiendo al afiliado del co-seguro.

III. Vivienda en comodato

Tienen acceso a la prestación de vivienda en comodato todos los afiliados al Instituto que sean titulares de jubilación o pensión otorgadas por las cajas nacionales de previsión o prestación no contributiva nacional. Las viviendas se otorgan en barrios propios del INSSJP, FONAVI o IPV.

IV. Fortalecimiento de instituciones de jubilados y pensionados y entidades de veteranos de guerra de Malvinas

El Registro Nacional de Entidades de Jubilados y Pensionados de la República Argentina permite contar con datos que hacen a la existencia y el funcionamiento de las entidades que nuclean al sector. Por su parte, el Registro Nacional de Entidades de Veteranos de Guerra de Malvinas permite ordenar y facilitar la canalización de los beneficios que reciben los afiliados nucleados en las distintas organizaciones de veteranos de guerra.

V. Subsidios para afiliados, entidades de jubilados y pensionados y entidades de veteranos de guerra de Malvinas

Las ayudas económicas se otorgan a fin de fomentar la realización de distintos servicios para los afiliados en la zona de influencia de los centros.

Subsidios mensuales

Se otorgan para los siguientes servicios: enfermería, pedicuría, actividades de autocuidados y actividades recreativas.

Subsidios anuales.

Los subsidios anuales se brindan para: refacción y/o equipamiento; para eventos; para miniturismo y para excursiones.

VI. Subsidio económico - Asistente gerontológico domiciliario

El objetivo del subsidio económico es brindar asistencia domiciliaria a afiliados que por su problemática sanitaria así lo requieran, posibilitando la permanencia en su medio habitual, postergando y/o evitando la institucionalización. Permite cubrir el gasto ocasionado por una cuidadora domiciliaria o completar el mismo.

La asistencia es para aquellos afiliados con distintos grados de dependencia funcional e imposibilidad del entorno socio familiar para brindarle adecuado apoyo instrumental en actividades de la vida diaria que abarca cuidados personales y ambientales, no contando con recursos económicos suficientes. Luego de otorgada la prestación se realiza una supervisión trimestral del afiliado y su entorno a fin de evaluar los resultados de la prestación otorgada y verificar la utilización de los fondos para los fines previstos. En el caso que no se cumpliera los mismos, se dará de baja al subsidio.

VII. Subsidio de contención familiar en caso de fallecimiento

El subsidio de contención familiar por fallecimiento consistente en el pago de tres salarios mínimo vital destinado a los titulares de beneficios previsionales. El Instituto se hace cargo e interviene en los casos en que ocurriese el fallecimiento de un familiar a cargo de un beneficiario titular afiliado al Instituto.

Programas**I. Programa probienestar**

El Instituto transfiere a los Centros de Jubilados los fondos para la prestación de complementos alimentarios otorgados a los afiliados del Programa Probienestar bajo dos modalidades diferentes:

- bolsón con alimentos.
- comedor-vianda domiciliaria.

Ambas modalidades brindan alimentos cuyo valor calórico está estipulado entre 1000 y 1200 calorías diarias, por lo que se considera un complemento de los requerimientos nutricionales necesarios. Cada bolsón entregado contiene alimentos secos que cubren entre

el 55% y el 65% de las recomendaciones nutricionales para la tercera edad. Más de 225 efectores prestan asistencia alimentaria a través de comedores en los que se brinda diariamente el almuerzo.

El Programa Probienestar cuenta con 2733 efectores (Centros de Jubilados) distribuidos en todo el país (37 UGL).

En la modalidad bolsón, una vez cumplidos los requisitos, se hace la entrega de una prestación mensual.

En los Centros de Jubilados en los que funciona un comedor se brinda un almuerzo de lunes a viernes a los afiliados.

También se transfieren fondos a los Centros de Jubilados para la adquisición de leña, carbón, frazadas u otros insumos a ser distribuidos entre los afiliados/as del programa.

El complemento calórico se otorga a través de un subsidio una vez al año y en época invernal. El 100% de los afiliados que concurren a centros del programa en zonas con muy bajas temperaturas reciben los insumos del beneficio complemento calórico.

Orientación: carencias

II. Programa de asistencia a situaciones de alto riesgo socio sanitario. PROSAR

Se trata de un beneficio económico no reintegrable que se otorga para la atención de una necesidad específica, y dentro de un abordaje sociosanitario integral de cada situación o problema particular. Es de carácter individual y transitoria sujeta a una evaluación realizada por profesionales en la situación presentada. Se enmarca en el programa de asistencia a situaciones de alto riesgo sociosanitario en sus dos modalidades: Programada y no Programada y en el Programa Nacional de Detección y Atención a Poblaciones Vulnerables.

• Modalidad Programada

Según sus destinos las prestaciones son: asistencia alimentaria, asistencia habitacional, asistencia para contratación de asistencia gerontológica domiciliaria, asistencia por patología sociosanitaria compleja, asistencia por necesidad de traslado por razones sociales, asistencia por tratamiento de adicciones en ámbitos comunitarios, asistencia por familia sustituta.

• Modalidad No Programada (de urgencia)

Es una prestación económica que permite atender situaciones sociales que por su urgencia y/o gravedad exigen una respuesta institucional inmediata.

Tiene como objetivo resolver determinadas problemáticas sociales: pérdida inminente de la cobertura habitacional, insuficiencia alimentaria, interrupción de servicios esenciales en la vivienda, necesidad de traslado por situaciones apremiantes, asistencia gerontológica

domiciliaria, reinserción social y/o acompañamiento por patologías complejas y familias sustitutas.

Orientación: carencias

III. Programa nacional de detección y atención a poblaciones vulnerables

Brinda atención sociosanitaria a afiliados del Instituto en situación de vulnerabilidad social residentes en localidades con bajos niveles de accesibilidad a prestaciones médicas y sociales.

Orientación: carencias

IV. Programa mujer, familia y voluntariado

Este Programa de Inclusión Social Solidario contempla la integración social y comunitaria de los afiliados, optimizando su participación, ya sea como voluntarios o como participantes de las actividades individuales, grupales y comunitarias realizadas en el marco de los distintos programas del Instituto. Para ello, el Instituto, a nivel central y con los equipos sociales de las UGL, convoca e incorpora a los afiliados/as y a otros actores y organizaciones de la comunidad que deseen desempeñarse como voluntarios del Instituto. Dicha incorporación supone el compromiso del Instituto de brindar capacitación permanente y entrenamiento, coordinación y planificación de actividades y evaluación de las tareas solidarias. Los voluntarios se registran en el Padrón Nacional del Voluntariado de PAMI y se encuentran debidamente acreditados. La actividad de estos voluntarios enmarcadas en programas y proyectos específicos, consiste en la prestación de servicios variados a afiliados/as, muchos de ellos a través de proyectos socio sanitarios que el Instituto financia y que se ejecutan a nivel local. En este sentido participan en: a) acciones de prevención y promoción tales como campañas de difusión sobre conductas saludables, talleres grupales de trabajo corporal y de laborterapia, talleres artísticos y culturales y recuperación de saberes productivos para la inclusión, b) acciones de asistencia personalizada a afiliados/as: acompañamiento domiciliario, contención telefónica, visita a residentes de hogares geriátricos y establecimientos hospitalarios, contención de afiliados/as en situación de tránsito, asesoramiento, trámites y gestiones, y c) acciones de fortalecimiento de derechos y ciudadanía, facilitando espacios de participación y protagonismo de los adultos mayores. Se fomentan las relaciones intergeneracionales en espacios de inclusión social y se desarrollan proyectos en la temática de género.

Los Programas de Voluntariado que el Instituto desarrolla son: Centros de Información PAMI; Abuelas Relatoras por la Inclusión Social; Cine para Todos; Casas Abiertas en la

Comunidad; Trabajo Corporal; Voluntariado Hospitalario; Promotores de Salud para Adultos Mayores; Talleres Psico Sociales; Consumo Responsable; Mujer y Viudez; Abuelazgo compartido; Voluntariado Social.

Orientación: derechos

V. Programa nacional de promoción y prevención socio comunitaria¹⁰⁴

El objetivo del programa es brindar prestaciones preventivas, logrando la participación e integración sustentable del beneficiario como ciudadano en su medio socio comunitario.

Los componentes que lo integran son: Envejecimiento Activo, Educación para la Salud y Derechos y Ciudadanía, en sus modalidades unitaria o grupal.

Está destinado a aquellos afiliados con distintos grados de dependencia funcional e imposibilidad del entorno socio familiar no sólo por recursos económicos insuficientes, sino para brindarle adecuado apoyo instrumental en actividades de la vida diaria, contemplando también cuidados personales y ambientales.

El otorgamiento de las prestaciones se brinda a través del Programa Nacional de Prevención que abarca en forma conjunta a:

- Programa UPAMI, Universidad para Adultos Mayores Integrados.
- Subprograma Colonia de Vacaciones para Adultos Mayores.
- Programa HADOB, Actividades terapéuticas no medicamentosas focalizadas por hipertensión arterial, diabetes y obesidad.

Los afiliados participan de actividades de: movimiento, cognición, socio afectividad, habilidades, expresividad, productividad, creatividad, recreación, hábitos y conductas saludables, situaciones patológicas prevalentes, conocimiento y ejercicio de derechos y ciudadanía, género y familia, medio ambiente, acciones solidarias.

Las principales modalidades son: taller, curso/clase/encuentro, seminario, emprendimiento, concurso, exposición monotemática, campaña monotemática, publicación, grupo, club de día, hogar de día, colonia, eventos multitemáticos.

El Programa UPAMI es un programa integral que crea un espacio especial para los adultos mayores dentro de las universidades con el objeto de promover su crecimiento personal brindándoles oportunidades para el desarrollo de valores culturales, la adquisición de nuevas destrezas y habilidades y mejorar su calidad de vida. Al mismo tiempo posibilita la

¹⁰⁴ En la Carta de Compromiso la Institución se compromete a cubrir el 10% de los afiliados autoválidos mayores de 65 años(300.000 afiliados) en el Programa para marzo de 2011 y alcanzar un total de 350.000 afiliados realizando actividades preventivas en las 36 UGL para diciembre de 2011. (PAMI, p.61).

recuperación de los saberes de las personas de edad, estimula el diálogo intergeneracional y facilita su inserción al medio socio comunitario.

Orientación: derechos

Otros servicios

I. Asesoramiento jurídico y patrocinio legal

Este servicio gratuito es de alcance nacional y está orientado a afiliados de escasos recursos que necesiten patrocinio o asesoramiento jurídico en los siguientes temas: Familia, Divorcios en presentación conjunta, Adopción, Curatelas, Alimentos, Tutelas, Guardas, Venias supletorias, Sucesiones, Desalojos (cuando el afiliado es objeto de desalojo), Declaraciones de Incapacidad y Mediaciones.

El objetivo fundamental de este servicio es asegurar al afiliado el pleno acceso a la legítima defensa de sus derechos civiles. Los afiliados están exentos de abonar honorarios a los abogados del Instituto que los patrocinen en las causas tramitadas en los tribunales nacionales y/o provinciales. Sólo está a cargo del afiliado el pago de los gastos judiciales que origine la causa, como por ejemplo el pago de partidas del registro civil. Estos importes son directamente abonados por el afiliado ante el organismo recaudador. Es necesario aclarar que el patrocinio jurídico gratuito no se brinda en todo el país.

II. Servicio de asesoramiento y gestoría previsional gratuita

Este servicio de asesoramiento personalizado se brinda en más de ciento ochenta lugares de atención del Instituto en el país, donde se otorga al afiliado y a su grupo familiar una atención de excelencia en materia previsional. Se asesora en función de que se concreten los legítimos derechos, de quienes cumplen los requisitos para obtener un beneficio jubilatorio o de pensión al acreditar los extremos de ley.

Condiciones generales de prestación del servicio de asesoramiento previsional:

A diferencia del asesoramiento y patrocinio jurídico gratuito que está esencialmente dirigido a personas de escasos recursos, el asesoramiento previsional gratuito, se otorga a todos los consultantes que procuran un beneficio previsional nacional, y a los que ya gozan de esa prestación. El servicio es directo e ilimitado y la atención es gratuita y personalizada.

III. Servicio de violencia familiar

El Instituto brinda a sus afiliados, asistencia, orientación, asesoramiento integral y Patrocinio Jurídico Gratuito en los casos de violencia familiar, conforme a lo estipulado por la ley 24417 y por el compromiso contraído con el Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. Este servicio procura la prevención de los hechos de violencia en los que son víctimas los afiliados así como evitar el agravamiento de dichas situaciones, articulando con todas las demás prestaciones que por sí o a través de terceros brinda el Instituto. La atención se brinda en la Sede Central de PAMI, en el domicilio del afiliado o en los centros donde éste concurre a recibir asistencia (Residencias para Adultos Mayores, Centros de Día, Prestadores de Salud Mental, Centros de Diálisis, Centros de Rehabilitación Física, etc.). En todos los casos la intervención se realiza con un Equipo Interdisciplinario integrado por una psicóloga, una trabajadora social y un abogado.

Para reforzar el aspecto preventivo el Instituto realiza charlas de prevención primaria en los lugares de concurrencia masiva de los afiliados (Centros de Jubilados, Clubes, Sociedades de Fomento, etc.).

El asesoramiento y la contención al afiliado y su grupo conviviente se incluye en el menú prestacional del Instituto. Al afiliado siempre se lo contiene y recibe la orientación de forma clara y precisa a fin de que pueda decidir convenientemente sobre su situación. La información brindada responde a las necesidades y características del grupo etéreo que compone mayoritariamente el Instituto.

OFERTA PROGRAMÁTICA NACIONAL SEGÚN LAS ORIENTACIONES PRIORITARIAS DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE ENVEJECIMIENTO (PAIME) Y SEGÚN ORIENTACIÓN

A continuación se presenta una síntesis del inciso anterior, ordenando los programas nacionales dirigidos a la población adulta mayor de acuerdo a las tres dimensiones prioritarias recomendadas por el PAIME y según su orientación hacia un enfoque de carencias o de derechos. De los 22 programas nacionales analizados, 11 se refieren a “entornos favorables”, 10 a “salud y bienestar en la vejez” y 1 a las “personas de edad y el desarrollo”¹⁰⁵. El enfoque “derechos” caracteriza a la totalidad de los programas destinados a la dimensión “entornos propicios y favorables”.

¹⁰⁵ El programa “Promoción y Prevención Socio-comunitaria” atiende situaciones correspondientes a dos ejes: “salud y bienestar” y “entornos favorables”.

I. Las personas de edad y el desarrollo

PROGRAMA	INSTITUCIÓN	ORIENTACION
Plan Mayores	MTESS	Carencias

II. Salud y bienestar en la vejez

PROGRAMA	INSTITUCIÓN	ORIENTACION
Plan Federal de Salud 2010-2016	MSal	Derechos
PROFE	MSal	Carencias Derechos
REMIAR	MSal	Carencias
Plan Nacional "El hambre más urgente"	MSal - MDSN	Carencias
Envejecimiento Activo y Saludable	MSal	Derechos
PROBIENESTAR	INJPSS	Carencias
Detección y Atención a Poblaciones Vulnerables	INJPSS	Carencias
Promoción y Prevención Socio-comunitaria	INJPSS	Derechos
PROSAR	INJPSS	Carencias
Cuidados Domiciliarios	MDSN	Carencias/ Derechos

III. Entorno propicio y favorable

PROGRAMA	INSTITUCIÓN	ORIENTACION
La Experiencia Cuenta	MDSN	Derechos
Voluntariado Social de Adultos Mayores	MDSN	Derechos
Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional	MDSN	Derechos
Capacitación a Responsables de Residencias y/o Centros de día	MDSN	Derechos
Prevención de Abuso y Maltrato hacia los Adultos Mayores	MDSN	Derechos
Vamos de Paseo	MTuN - ANSES	Derechos
Mujer, Familia y Voluntariado	INSSJP	Derechos
Promoción y Prevención Socio-comunitaria	INSSJP	Derechos
Formación de Líderes de la Tercera Edad	ANSES	Derechos
La Voz de los más Grandes	ANSES	Derechos
Yo Quiero a mi Bandera	ANSES	Derechos
Cuidemos a Nuestros Abuelos	ANSES	Derechos

En la segunda parte de este capítulo se sintetizó la oferta programática nacional destinada a la población adulta mayor; sin embargo, y tal como lo señala el Secretario General de las Naciones Unidas, la mera existencia de políticas y planes nacionales en relación con el envejecimiento no es siempre un indicio de la capacidad de un país para ejecutar las iniciativas y alcanzar los resultados previstos en el PAIME y en la Estrategia Regional (Naciones Unidas, 2006, p.4).

Se observa falta de integralidad en las políticas nacionales que abordan el envejecimiento y la vejez; esta segmentación puede estar relacionada al hecho de no haberse dado aún una discusión en profundidad sobre el significado de estos conceptos en el marco de la situación demográfica y socio-económica de la Argentina, motivo por el cual cada organismo con injerencia en el tema se maneja con su propia definición de los mismos.

Por otra parte, los diversos programas y servicios ofrecidos a este segmento etario están dispersos en las áreas de desarrollo social, previsión social y salud, comprobándose la ausencia de un lineamiento estratégico nacional y falta de coordinación entre las acciones de las mismas.

CAPÍTULO 8

LA ARGENTINA.

CUMPLIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DERIVADOS DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE ENVEJECIMIENTO Y DE LA ESTRATEGIA REGIONAL PARA AMERICA LATINA

Este capítulo toma los lineamientos y directrices internacionales adoptados en el marco de la Naciones Unidas relativos a la atención de la población adulta mayor y al proceso de envejecimiento de las sociedades.

En la primera parte se describe la metodología propuesta por las Naciones Unidas para examinar y evaluar el cumplimiento del Plan de Madrid sobre Envejecimiento. En base a tal propuesta, se intenta establecer si la Argentina ha logrado construir y fortalecer la capacidad nacional requerida para cumplir con los compromisos asumidos en el tema y si ha aplicado el criterio participativo en el diseño, examen y evaluación de las políticas de vejez.

En la segunda parte se analizarán los principales avances del país en relación a las tres áreas prioritarias establecidas por el Plan de Madrid y la Estrategia Regional.

MECANISMOS DE APLICACIÓN DEL PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL DE MADRID SOBRE ENVEJECIMIENTO

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (PAIME) establece que los gobiernos en cooperación con otros interesados -como por ejemplo el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad internacional- son los responsables primarios de la ejecución y puesta en marcha a nivel doméstico de sus recomendaciones. Sin embargo, y como se señalara en el capítulo 3, el PAIME, al igual que la Estrategia Regional para América Latina, al ser un instrumento político no vinculante carece de obligatoriedad; su cumplimiento queda a la discrecionalidad y voluntad política de los Estados.

La ejecución del PAIME varía en cada país pues está estrechamente vinculada a las circunstancias nacionales, a los desafíos y oportunidades que enfrenta cada uno de ellos en relación al grado y características de su proceso de envejecimiento, a sus trayectorias de desarrollo, a las prioridades en la formulación de políticas, entre otras.

En el año 2003 el Secretario General de las Naciones Unidas durante la Asamblea General dedicada al Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento presentó una Guía General para la ejecución del PAIME. En la misma se identifica dos facetas esenciales del proceso de aplicación a nivel de país: el *fomento de la capacidad nacional* y la *integración de la perspectiva de envejecimiento en los programas nacionales de desarrollo*. (Naciones Unidas, 2003, p.5).

En diciembre de 2005, también durante la Asamblea General de las Naciones Unidas para el Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, se subrayó la necesidad de incrementar la capacidad nacional con miras a fomentar y facilitar la aplicación del PAIME. En el Informe del Secretario General se examinaron algunos elementos básicos de este proceso y se expusieron las medidas nacionales específicas que es necesario adoptar para aplicar el PAIME. (Naciones Unidas, 2006)¹⁰⁶.

A continuación se resumen algunos conceptos básicos de los citados documentos.

CAPACIDAD NACIONAL

La *capacidad nacional* para aplicar políticas y programas en relación con el envejecimiento se determina mediante una serie de factores que emanan de diversas esferas del entorno normativo e interactúan en las distintas etapas de la formulación de políticas. El fomento de la capacidad es un proceso polifacético encaminado a aumentar la capacidad de las personas, las instituciones y la sociedad para desempeñar funciones, resolver problemas y fijar y alcanzar objetivos. El fomento de la capacidad es también un medio para desarrollar un entorno político, socioeconómico y jurídico que propicie el progreso social. En el marco de la democracia, el imperio de la ley, el respeto de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, y la buena gobernanza a todos los niveles, los ciudadanos, incluidas las personas de edad, pueden expresar sus preocupaciones y reivindicar efectivamente sus derechos. Para llevar a cabo el proceso de aplicación y seguimiento es indispensable contar con sistemas eficaces de gestión, técnicas de organización adecuadas e instituciones de gobierno responsables. (Naciones Unidas, 2006, *op.cit.*, pp 3,4).

La *capacidad nacional* para la aplicación del PAIME es función de la combinación de un conjunto de factores relacionados con el entorno político y normativo de cada país, los cuales interactúan durante la formulación, diseño, instrumentación, evaluación y monitoreo de las políticas y programas públicos en materia de envejecimiento poblacional. Se mide teniendo en cuenta los logros del país respecto de la creación de una infraestructura nacional sobre envejecimiento, la cual incluye la capacidad de personas, instituciones y de la sociedad en su conjunto para desempeñar funciones, resolver problemas y fijar y alcanzar objetivos. (Zelenev, S., 2009).

¹⁰⁶ Con respecto a los mecanismos de aplicación de la Estrategia Regional, la CEPAL hace referencia a cuatro ámbitos de acción pública: la normatividad, la institucionalidad, la política y los programas. (Huenchuan, S., Paredes, M, 2007, p.13).

Los elementos del desarrollo de la *capacidad nacional* necesarios para cumplir con los objetivos del PAIME -y de la Estrategia Regional de la CEPAL en el caso de los países de América Latina y el Caribe- son: a) infraestructura institucional, b) recursos humanos, c) movilización de recursos financieros, d) investigación, reunión y análisis de datos y e) un sólido proceso normativo que incluya el criterio de la integración. Todos estos elementos son complementarios y deberían enfocarse de forma holística. (Naciones Unidas, 2006, *op.cit.*, p.4).

Cabe señalar que los elementos de la capacidad sólo indican potencialidades. De hecho, la existencia de estructuras e instituciones son condiciones necesarias pero no suficientes porque pueden estar al servicio de otros objetivos distintos de la inclusión y empoderamiento de las personas mayores e incluso disminuirlos, relativizarlos o no cumplirlos. Es necesario que las capacidades estén en línea y subordinadas a una decisión política que establezca que se utilicen para el fin de referencia.

A continuación se analizan brevemente cada uno de los elementos.

INFRAESTRUCTURA INSTITUCIONAL

La infraestructura institucional necesaria para la promoción del seguimiento del PAIME comprende dos aspectos. El primero, está relacionado con un adecuado diseño institucional de organismos con competencias definidas para tratar estas cuestiones y la designación de un centro de coordinación para que el programa tenga suficiente peso político y administrativo. Además, es importante la cooperación entre los representantes del gobierno, de las organizaciones no gubernamentales y los principales interesados -las PAM- para asegurar su éxito. El segundo tiene que ver con el desarrollo de un proceso político tendiente a incluir el envejecimiento poblacional en la agenda de gobierno y a incorporar el tema en todas las políticas y programas públicos relevantes.

RECURSOS HUMANOS

La capacidad nacional se sustenta también en la existencia de recursos humanos con aptitudes técnicas en diversos temas como formulación de políticas, recopilación y análisis de datos, atención de la salud en materia de gerontología y geriatría, entre otros.

Por este motivo, uno de los pasos principales para fortalecer la capacidad nacional y posibilitar el cumplimiento del PAIME radica en el diseño adecuado de programas de capacitación y educación en materia de geriatría y gerontología. Simultáneamente, las universidades y otras instituciones educativas deberían atribuir mayor importancia a las cuestiones del envejecimiento incluyéndolas dentro de su oferta académica. Además, las actividades educativas y de formación podrían complementarse con la participación voluntaria

de adultos mayores. “Ese servicio de voluntariado contribuye al capital social y permite asegurar un uso eficaz de las aptitudes y los conocimientos especializados de esas personas y, por consiguiente, el aumento de la capacidad nacional”. (Naciones Unidas, 2006, *op.cit.*, p.5).

Las Naciones Unidas, también, recomienda cultivar y desarrollar el potencial humano de las propias personas de edad, ya que las mismas pueden seguir aportando valiosas contribuciones a sus comunidades a medida que envejecen.

MOVILIZACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS

La movilización de recursos financieros, incluidas las asignaciones presupuestarias, destinadas a los programas y políticas relacionadas con la PAM es una expresión de la voluntad política de enfrentar las cuestiones del envejecimiento poblacional.

Es indispensable tomar en consideración la equidad intergeneracional en la asignación de fondos y gastos públicos. Una adecuada evaluación de la eficacia de los gastos sociales relacionados con el envejecimiento en el contexto de la experiencia nacional e internacional pertinente, puede mejorar la capacidad nacional en este importante aspecto de la formulación de políticas. (Naciones Unidas, 2006, *op.cit.*, p.5).

RECOLECCIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

La efectiva aplicación del PAIME requiere del desarrollo de estadísticas confiables relacionadas con las PAM, características y consecuencias del proceso de envejecimiento como también de un adecuado análisis de las mismas.

Un mejor conocimiento de ese proceso y de las principales características socioeconómicas y sanitarias de su PAM facilitarían la formulación de políticas públicas de base empírica, es decir políticas y programas basados en hechos objetivos rigurosamente comprobados.

PROCESO NORMATIVO Y CRITERIO DE INTEGRACIÓN

En el proceso normativo se recomienda la aplicación del *criterio de integración* como instrumento político;

(...) es preciso incorporar sistemáticamente las cuestiones relacionadas con el envejecimiento en los programas de desarrollo vigentes y futuros, incluso en los marcos jurídicos, los programas de trabajo y los presupuestos. La integración podría considerarse una estrategia y un proceso, así como un esfuerzo multidimensional para lograr una mejor asimilación social de las personas de edad y para incorporar los problemas que plantea el envejecimiento en todos los aspectos de la vida social, política, económica y cultural. (Naciones Unidas, 2006, *op.cit.*, p.6).

MECANISMOS PARTICIPATIVOS EN EL DISEÑO, FORMULACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN DE LEYES, POLÍTICA Y PROGRAMAS SOBRE ENVEJECIMIENTO

Los países desarrollados han constatado que involucrando a la sociedad en su conjunto en la formulación participativa de políticas, programas o leyes, se obtienen sustanciales avances en términos de formación de actores sociales más activos, deliberantes y comprometidos, a la par que se asegura en la consideración y el reconocimiento de las necesidades reales de los diferentes grupos etarios¹⁰⁷. (Villareal Martínez, M., 2006, p.9)

Las Naciones Unidas establece que el examen y la evaluación a nivel mundial del grado de cumplimiento del PAIME por parte de cada país y región se realizará cada cinco años y “se llevará a cabo aplicando en general un criterio que facilite la participación de los más directamente interesados basado en las opiniones de las personas de edad”¹⁰⁸ complementándose con métodos más tradicionales para reunir y analizar la información. (Naciones Unidas, 2006, *op. cit.*, p.6).

La participación de todos los sectores de la sociedad cobra una importancia especial a los efectos de la adopción de políticas y prácticas no discriminatorias. El establecimiento de un “espacio” o un foro permanente para el diálogo entre el gobierno y los representantes de la sociedad civil es crucial para lograr que se escuchen las opiniones de las personas de edad y de los representantes de la comunidad académica y otros interesados. Un proceso normativo más participativo que prevea que los órganos del gobierno realicen una labor dinámica de fomento y facilitación de la participación de los ciudadanos mejora el alcance, la eficacia y la legitimidad de las políticas aprobadas, al tiempo que propicia la consecución de los objetivos internacionalmente acordados y de los compromisos en materia de derechos humanos. (Naciones Unidas, 2007a, p.12).

Villareal Martínez define la participación como “la inclusión responsable de actores relevantes en el conjunto de acciones y procesos que llevan a la definición, implementación y evaluación de las políticas, planes o programas dirigidos o que afectan a las personas mayores”, agregando que “para constatar que la participación existe no es suficiente la presencia de los diferentes actores en dichos procesos, sino que éstos consideren que su aporte es efectivamente tomado en cuenta”. (Villareal Martínez, M., *op.cit.*, p.9).

¹⁰⁷ Criterio “desde abajo hacia arriba” (o “*bottom up approach*” en inglés).

¹⁰⁸ Para ayudar a los gobiernos a organizar y realizar sus actividades de examen y evaluación, la Secretaría de las Naciones Unidas ha elaborado la publicación titulada *Guidelines for Review and Appraisal of the Madrid International Plan of Action on Ageing: Botton-up Participatory Approach* (Directrices para el examen y la evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento: aplicación de un criterio que facilite la participación de los más directamente interesados).

CUMPLIMIENTO DE LA ARGENTINA DE LOS COMPROMISOS DERIVADOS DEL PLAN DE MADRID Y DE LA ESTRATEGIA REGIONAL PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE.

A continuación se realizará un análisis cualitativo¹⁰⁹ respecto al cumplimiento por parte del Gobierno de la Argentina de los compromisos internacionales asumidos en el marco de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid plasmados en dos instrumentos: el Plan de Madrid (PAIME) y la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe. Se intentará establecer en qué medida las acciones del Gobierno Nacional respecto al envejecimiento poblacional están en concordancia con los lineamientos y directrices recomendadas en ambos instrumentos internacionales.

El análisis se dividirá en dos partes. La primera se basará en los dos elementos metodológicos presentados al inicio de este capítulo: la capacidad nacional para aplicar el PAIME y la utilización del criterio participativo “de abajo hacia arriba” para la evaluación y examen de las acciones públicas emprendidas sobre el tema. La segunda, analizará los principales avances registrados en las tres áreas prioritarias acordadas en los dos instrumentos internacionales: *las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores.*

PRIMERA PARTE

ANÁLISIS DE LA CAPACIDAD NACIONAL

Infraestructura institucional

Como se vio en el capítulo anterior, el organismo nacional que tiene como responsabilidad primaria la planificación y ejecución de programas específicos de promoción, protección, integración social y desarrollo dirigidos a las personas de edad es la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Otras instituciones con competencias específicas son: el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), la Administradora Nacional de Seguridad Social (ANSES) dependiente de la Secretaría de Seguridad Social de la Nación (Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social) , y la Comisión Nacional de Pensiones no Contributivas dependiente del Ministerio de Desarrollo Social.

¹⁰⁹ No se ha podido encontrar información cuantitativa ni análisis de impacto de los programas, planes y acciones destinados a la población adulta mayor.

El Registro Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores (RENOAM) -que funciona en la órbita de la DINAPAM- constituye un espacio de comunicación, articulación y consulta para las organizaciones de adultos mayores, organismos de gobierno y organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la temática de tercera edad.

Recursos humanos

A los efectos de formar recursos humanos especializados en geriatría y gerontología en 2007 se implementó una Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, carrera de posgrado pública, gratuita y federal. (Convenio Ministerio de Desarrollo Social de la Nación con la Universidad Nacional de Mar del Plata). También existen programas a nivel nacional para capacitar a Cuidadores Domiciliarios y cursos para Responsables de Residencias y/o Equipos Técnicos de Centros de Día en técnicas de gerenciamiento en gerontología. (Ministerio de Desarrollo Social de la Nación)¹¹⁰.

Recursos financieros

En la Argentina no existen asignaciones presupuestarias destinadas específicamente a los programas y políticas relacionadas con la PAM. Cada organismo maneja su propio presupuesto.

Recolección y análisis de datos

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) viene elaborando un conjunto de indicadores sobre la PAM a través de la utilización de datos provenientes de los últimos Censos Nacionales de Población, Hogares y Vivienda.

Durante la década pasada se realizaron dos Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo con desagregación por grupos de edad. (Ministerio de Salud de la Nación).

Por otra parte, desde mediados de 2011 el Ministerio de Desarrollo Social en conjunto con el INDEC, el Ministerio de Salud de la Nación, el Centro Científico Tecnológico (CCT) del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) de Córdoba y las Universidades de Massachusetts y Texas de Estados Unidos participan de la elaboración y diseño de una encuesta sobre condiciones de vida de adultos mayores que tendrá como objetivo proveer información para la formulación de políticas públicas a escala nacional¹¹¹.

¹¹⁰ Ver capítulo: La Argentina. Cumplimiento de los compromisos derivados del plan de acción internacional de Madrid sobre envejecimiento y de la estrategia regional para América Latina.

¹¹¹ <http://www.desarrollosocial.gov.ar/encuestaadultosmayores/692>.

PROCESO NORMATIVO Y CRITERIO DE INTEGRACIÓN

En base a la información consultada para esta investigación no puede afirmarse que el Gobierno de la Argentina aplique sistemáticamente el *criterio de integración* de la perspectiva del envejecimiento como instrumento político y programático del desarrollo del país; sólo se verifica su inclusión en programas sectoriales, como por ejemplo los relativos a la salud.

MECANISMOS DE PARTICIPACIÓN

De acuerdo a las fuentes consultadas no existe en la Argentina una experiencia significativa en la aplicación de mecanismos participativos en el diseño y formulación de leyes y programas dirigidos a la PAM. Un intento en ese sentido ha sido la puesta en funcionamiento del Consejo Federal de Adultos Mayores creado por decreto N° 457 de mayo de 1997 pero implementado y regulado en 2002. El nivel de participación ha sido alto al menos en dos momentos: en el período de su creación y en el año 2011 durante la elaboración del Plan Nacional de los Mayores 2012-2016, para el cual se llevaron a cabo reuniones con cada uno de los Consejos Provinciales de Adultos Mayores desde fines de 2010 hasta los últimos meses del 2011. Por otra parte, en el Informe del Secretario General de las Naciones Unidas en la reunión del Consejo Económico Social de noviembre de 2007 para el Primer Examen y Evaluación del PAIME, señala que la Argentina llevó a cabo una evaluación del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios en la que participaron los interesados más directos. (Naciones Unidas, 2007d, p.6).

A modo de conclusión puede afirmarse que la Argentina todavía no ha logrado consolidar el proceso de construcción y fortalecimiento de la *capacidad nacional* en relación al envejecimiento poblacional. Tampoco puede decirse que el Gobierno aplique sistemáticamente el *criterio de integración* de la perspectiva del envejecimiento como instrumento político y programático del desarrollo del país. Por otra parte, la utilización de *mecanismos participativos* en el diseño, formulación, implementación y evaluación de leyes y programas dirigidos a la PAM se encuentra en sus inicios; los mismos no han alcanzado el nivel de toma de decisiones y empoderamiento¹¹².

¹¹² Cabe señalar que las convocatorias a reuniones emanan de la DINAPAM y no del Consejo Federal de Adultos Mayores o de otras asociaciones que nuclean a personas de edad.

SEGUNDA PARTE

En este inciso se analizará los principales avances de la Argentina en las tres áreas prioritarias acordadas en los dos instrumentos internacionales: *las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores.*

LAS PERSONAS DE EDAD Y EL DESARROLLO

Para evaluar los logros de la Argentina en esta área se analizan tres cuestiones: la seguridad previsional, la condición laboral y la situación de pobreza.

Seguridad Previsional

A partir del año 2004 se dictó en la Argentina un conjunto de leyes y decretos respecto al sistema de jubilaciones y pensiones que logró aumentar la cobertura del sistema previsional para las personas adultas mayores:

- Ley N° 25994 de Prestación Anticipada (diciembre de 2004),
- Decreto N° 1454/2005 (conocido como “Jubilación para las Amas de Casa”),
- Ley N° 26425 de diciembre de 2008 que crea el Sistema Integrado Previsional Argentino.

Según información censal, la cobertura del sistema previsional para las personas de 65 años o más pasó del 70,5% en el año 2001 al 93% en el 2010; puede afirmarse que la base de beneficiarios del sistema aumentó significativamente a partir de la moratoria previsional de 2006.

Con respecto al monto de los haberes jubilatorios, a partir de la promulgación de la Ley de Movilidad de las Prestaciones del Régimen Previsional Público (ley N° 26417) en octubre de 2008, todas las jubilaciones, pensiones y prestaciones del Sistema Integrado Previsional Argentino se ajustan automáticamente dos veces al año, en los meses de marzo y setiembre. El haber mínimo jubilatorio pasó de \$690 en julio de 2008 a \$ 1.687,01 a partir de marzo de 2012, o sea se incrementó en un 144,5% (en términos nominales)¹¹³.

¹¹³ En tanto, desde el año 2003 al último aumento otorgado por el gobierno a partir de marzo de 2012, el haber mínimo se incrementó en un 1.025%, multiplicándose su valor 11,25 veces. (ANSES, Blog del Director, 3 de febrero de 2012; en: <http://www.anses.gob.ar/blogdeldirector/>)

Condición Laboral

De acuerdo a la información del Ministerio de Trabajo de la Nación, en junio de 2011 el porcentaje de la población de 65 años o más del país que continuaba en el mercado era de 13,5%, (574.800 personas adultas mayores) estando desocupado sólo el 4,6%.

Situación de pobreza

Según la EPH, durante el segundo semestre de 2006 el 15,6% de los adultos de 65 años o más era pobre por ingresos (estaban debajo de la línea de pobreza) mientras que el 3,6% de ellos era indigente (no accedían a la canasta básica). Analizando la información por sexo, el porcentaje de varones pobres es superior al de mujeres, siendo semejantes los guarismos en el caso de la indigencia. (INDEC, EPH, segundo semestre 2006). Según el informe que el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación presentará ante la ONU sobre los logros en políticas a favor de los adultos mayores los guarismos para el cuarto trimestre de 2011 eran 2,3% y 0,8% respectivamente 0,8% (Fuente: INDEC, EPH)¹¹⁴.

Salud y bienestar en la vejez

El sector salud de la Argentina está organizado en tres grandes subsectores: público, obras sociales y privado. Toda la población sin distinción de edad tiene acceso al hospital público.

El rol del subsector público en lo que se refiere a las PAM se concentra en aquellos con menores ingresos y sin cobertura en salud. Para los beneficiarios de pensiones no contributivas se implementa el Programa Federal de Salud (PROFE) en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación.

Dentro del subsector de obras sociales funciona el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) que ejerce un rol protagónico en la cobertura de salud de las PAM. Como se señaló en el capítulo seis, el Instituto presta servicios en distintos niveles de complejidad, desde la atención primaria, internación y prácticas de alta complejidad. En los últimos años ha implementado programas de promoción y prevención de la salud del adulto mayor fundamentados en criterios epidemiológicos y de regionalización geográfica (por ejemplo el Programa Nacional HADOB). Además, desarrolla un programa de asistencia alimenticia dirigido a los jubilados carenciados, como también programas de internación en residencias geriátricas.

Los programas en materia de salud elaborados en la última década en la Argentina -por ejemplo el Programa Nacional de Envejecimiento Activo para los Adultos Mayores y el Plan

¹¹⁴ En: <http://www.desarrollosocial.gov.ar/informeadulmayoresonu/1003>.

Federal de Salud 2010-2016- siguen el enfoque de Envejecimiento Activo de acuerdo a las recomendaciones de la OMS y la OPS.

En relación a la cobertura en salud, según la información censal en el año 2010 el 95% de las personas de 65 años o más residente en viviendas particulares se encontraban cubiertas por alguna obra social, siendo levemente inferior el porcentaje de hombres con cobertura que el de mujeres (94% y 96% respectivamente).

El problema a resolver en materia de salud para los adultos mayores no radica en su cobertura; la cuestión fundamental pasaría por analizar su eficiencia, efectividad y calidad a fin de optimizar los resultados en relación con los servicios y programas diseñados. (CIPPEC, 2011, p.34).

En cuanto al acceso a medicamentos en la etapa de la vejez, a partir del año 2002 en la Argentina se implementó el programa Remediar que consiste en la provisión gratuita de medicamentos genéricos a través de los Centros de Atención Primaria de Salud del país. Por otra parte, los afiliados al INSSJyP pueden adquirir en las farmacias los medicamentos prescritos por su médico de cabecera con una cobertura de entre el 40% y el 80%. Además la Institución otorga remedios oncológicos y para tratamientos especiales con una cobertura del 100%.

Respecto a la capacitación de recursos humanos para los sistemas de atención sanitaria destinados a la PAM, la Argentina ha implementado a partir de 2007 -como se comentó anteriormente- una Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, carrera de posgrado pública, gratuita y federal. (Convenio Ministerio de Desarrollo Social de la Nación con la Universidad Nacional de Mar del Plata).

Con respecto a los cuidados a largo plazo, y con el objetivo de que las personas mayores puedan envejecer en sus casas, la Argentina puso en marcha el Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios. Lleva capacitada a más de 20 mil personas en atención primaria de adultos mayores desde 2003¹¹⁵. Para las personas de edad que deben ser institucionalizadas existen Residencias Geriátricas que incluyen la modalidad Centros de Día (Ministerio de Desarrollo Social, INSSJyP, PROFE).

La creciente demanda de residencias para PAM ha incentivado la aparición de instituciones privadas que brindan este tipo de servicios, dirigidos principalmente a aquellos adultos mayores con capacidad de pago suficiente para afrontar el elevado costo de la prestación.

El Ministerio de Desarrollo de la Nación financia cursos de carácter gratuito para responsables de residencias de larga estadía y centros de día. El objetivo es brindar a los administradores de estas instituciones, herramientas que faciliten su funcionamiento y

¹¹⁵ En: <http://www.desarrollosocial.gov.ar/informeadultmayoresonu/1003>.

contribuir a la profesionalización y mejora de sus planteles gerenciales en todo el territorio nacional.

ENTORNO PROPICIO Y FAVORABLE PARA LAS PERSONAS MAYORES.

La Estrategia Regional sobre Envejecimiento establece que “las personas mayores gozarán de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez”.

La calidad de vida de las PAM está estrechamente relacionada con su situación habitacional y las condiciones de accesibilidad del entorno físico, por ejemplo, transporte y espacio público. En esta área no se han observado avances significativos. Con respecto a la vivienda, según el CNPHyV de 2001 más del 80% de las personas mayores era propietaria de las viviendas que habitaban; sin embargo, no hay información respecto a si las mismas respondían adecuadamente a sus necesidades de habitabilidad, seguridad y accesibilidad. La Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) detectó que hacia el año 2000 en el Área Metropolitana Buenos Aires el 34% de los hogares con adultos mayores tenían obstáculos que dificultaban su marcha, el 65% no disponía de barrales de apoyo en la ducha y el 93% no tenían los inodoros adaptados a sus necesidades. No se observan programas a nivel nacional dirigidos a solucionar estos problemas.

En relación al entorno social se pueden señalar mayores logros; un ejemplo de ello lo constituye el Programa sobre Prevención de Abuso y Maltrato del Ministerio de Desarrollo Social cuyo objetivo central es prevenir las situaciones de abuso y maltrato hacia los adultos mayores; en esta misma línea se encuentra el Servicio de Violencia Familiar del INSSJyP.

Por otra parte, es más frecuente la participación social de los adultos mayores a través del voluntariado. Desde el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación se fortalecieron los Centros de Voluntariado Social de carácter intergeneracional con la formación de 6.300 voluntarios en todo el país desde el año 2003; los voluntarios realizan actividades recreativas, cuenta cuentos, campañas solidarias, difusión de los derechos de los adultos mayores, etc.¹¹⁶. Actividades similares realizan los participantes del Programa de Voluntariado del INSSJyP.

Como forma de revalorizar los saberes de los mayores, a través del programa “La Experiencia Cuenta” del Ministerio de Desarrollo Social los adultos mayores capacitaron a 16.000 personas jóvenes y de mediana edad en oficios tradicionales desde el año 2003¹¹⁷.

También se han observado avances en relación a la educación continua. Tanto el Ministerio de Desarrollo Social como INSSJyP en convenio con universidades nacionales y otras de carácter privado dictan cursos destinados a adultos mayores.

¹¹⁶ En: <http://www.desarrollsocial.gov.ar/informeadultmayoresonu/1003>.

¹¹⁷ Ídem referencia anterior.

Entre las iniciativas de protección social dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas de edad desde un enfoque de derechos se implementan una serie de programas que valoran la recreación y el ocio, derechos que para ser ejercidos requieren de condiciones -fundamentalmente económicas- que generalmente no poseen muchas personas mayores; por ejemplo, el programa “Vamos de Paseo” del Ministerio de Turismo, las colonias de vacaciones del INSSJyP, etc.

A lo largo de los últimos capítulos se han expuesto los principales instrumentos jurídicos y la oferta programática nacional orientada a la población adulta mayor y se han analizado a la luz de las recomendaciones de las Naciones Unidas y la CEPAL. Del análisis realizado en la investigación podemos concluir que los mismos -si bien constituyen un avance en el tratamiento de un tema tan dinámico, complejo y multidimensional- no pueden considerarse como el sustento de una política nacional gerontológica que aborde de manera simultánea, transversal y con visión de futuro las tres áreas prioritarias planteadas en el PAIME y la Estrategia Regional: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable.

CAPITULO 9

ALGUNAS RECOMENDACIONES DE POLITICAS DE VEJEZ PARA LA ARGENTINA

El presente capítulo tiene como objeto dejar planteadas algunas recomendaciones de políticas públicas dirigidas a la atención de las personas adultas mayores y a la problemática del envejecimiento poblacional de la sociedad argentina. Dichas recomendaciones surgen de un ejercicio de estudio y análisis del grado de avance respecto al cumplimiento por parte de Argentina, de los lineamientos y directrices internacionales relativos a la atención de la población de edad y al proceso de envejecimiento de las sociedades que se presentó en los capítulos siete y ocho, en el marco de la situación demográfica, condiciones de vida y marco normativo e institucional a favor de la población adulta mayor nacional desarrollados en los capítulos cuatro, cinco y seis de este documento. Por ese motivo, se dirigen exclusivamente al Gobierno Nacional; la aplicación a nivel provincial o municipal debe realizarse teniendo en cuenta -entre otras cosas- el perfil demográfico y socioeconómico de la población de edad, el marco institucional y jurídico dirigido a este grupo etario existente en la unidad territorial considerada como así también el grado y tipo de articulación existente con las políticas nacionales.¹¹⁸

El eje rector de las recomendaciones presentadas en la primera parte del capítulo se refiere a las principales acciones que debería llevar a cabo Argentina para continuar con el proceso de creación y fortalecimiento de su capacidad para aplicar los lineamientos establecidos por el Plan de Madrid y la Estrategia Regional para América Latina; las mismas son concebidas como partes esenciales de un proceso y no como acciones aisladas y tienen como objetivo seguir generando las condiciones adecuadas a nivel institucional, legislativo, programático y de participación ciudadana que permitan dotar al Gobierno Nacional de las herramientas necesarias para hacer frente a los retos que implica un sociedad que envejece y atender eficientemente las demandas de una creciente y heterogénea población de adultos mayores.

En la segunda parte del capítulo se expone un conjunto de recomendaciones tendiente a mejorar el grado de cumplimiento de Argentina de las directrices derivadas de ambos instrumentos programáticos internacionales en cada una de las tres áreas prioritarias: las

¹¹⁸ No se planteó entre los objetivos de este documento el análisis de la articulación de las políticas de vejez entre los diferentes niveles de gobierno

personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez; la creación de un entorno propicio y favorable.

RECOMENDACIONES REFERIDAS AL PROCESO DE CREACIÓN Y FORTALECIMIENTO DE LA CAPACIDAD ARGENTINA PARA DISEÑAR E IMPLEMENTAR POLÍTICAS DE VEJEZ

MARCO INSTITUCIONAL

- La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM) perteneciente al Ministerio de Desarrollo Social - que tiene como responsabilidad primaria la planificación y ejecución de programas de promoción, protección, integración social y desarrollo dirigidos a los adultos mayores - constituye una unidad administrativa de mediano rango de jerarquía dentro del aparato estatal, lo que puede provocar que no tenga el suficiente peso político y administrativo como para lograr la aplicación del criterio de integración del envejecimiento en el proceso normativo nacional. Si bien se han incorporado las necesidades e intereses de las personas de edad dentro de algunas acciones del Gobierno, se trata de una tarea relativamente separada del resto del quehacer gubernamental. Por lo expuesto, tal vez sería importante reconsiderar la jerarquía institucional de este organismo nacional.
- La problemática que presenta la población adulta mayor tiene múltiples dimensiones vinculadas a la salud, seguridad económica, cultura, educación, recreación, etc. En la actualidad, en el diseño e implementación de las políticas públicas y acciones orientadas a este grupo etario intervienen diversos organismos pertenecientes principalmente a las áreas de salud, desarrollo social y previsión social e involucran a numerosos agentes, cobrando relevancia la cuestión de *coordinación* de las mismas con un objetivo de integralidad. Por tal motivo, debería determinarse dentro del Gobierno Nacional una instancia que defina los lineamientos estratégicos para estas políticas y coordine las acciones de los múltiples actores intervinientes.

MARCO JURÍDICO

- La magnitud del proceso de envejecimiento argentino no se encuentra reflejada a nivel normativo; por ejemplo, no se cuenta con una Ley Nacional del Adulto Mayor. Se debería avanzar hacia la promulgación de una ley que reconozca a las personas adultas mayores como sujetos de derechos específicos, con características y necesidades diferentes respecto a otros grupos etarios. La misma debería incluir

disposiciones específicas sobre financiamiento y gestión de los recursos públicos que se requieren para llevar a cabo las acciones que en ella se plantean.

Como se señalara en capítulos anteriores, el desafío no radica sólo en lograr que a las personas adultas mayores se las reconozcan como sujetos de derechos, sino que además es necesario diseñar reglamentos, políticas e instituciones que garanticen el pleno goce y ejercicio de esos derechos en la vejez. Se recomienda avanzar en ese sentido.

MARCO PROGRAMATICO

- El discurso político del gobierno señala que el envejecimiento poblacional y la calidad de vida de la población adulta mayor constituyen cuestiones prioritarias; sin embargo, Argentina no ha logrado aún integrar una política de Estado sobre estos temas, la cual identifique la imagen objetivo a alcanzar, los instrumentos requeridos para su logro y las metas en el corto, *mediano* y *largo plazo* que permitan evaluar su impacto. Se recomienda la elaboración de un Plan Gerontológico Nacional que aborde de manera simultánea, transversal y *con visión de largo plazo* las tres dimensiones prioritarias planteadas en los documentos internacionales. Este instrumento programático debería actualizarse en función del proceso de envejecimiento argentino y de los exámenes y evaluaciones derivados - entre otras metodologías- de la aplicación del criterio participativo abajo-arriba.
- En el marco de ese Plan Nacional se sugiere el diseño de una oferta programática orientada a realizar los objetivos planteados en el mismo, que aglutine, estructure, establezca prioridades y plazos, como así también las herramientas instrumentales para ejecutar y dar seguimiento a las acciones del gobierno a favor de los adultos mayores.
- En línea con lo anterior, es necesario diseñar e implementar indicadores que permitan dimensionar los logros, limitaciones y dificultades de las acciones públicas dirigidas a los adultos mayores.
- Se recomienda incorporar sistemáticamente las cuestiones relacionadas con el envejecimiento poblacional en los programas de desarrollo vigentes y futuros, en los planes sectoriales, en los marcos jurídicos y en los presupuestos.
- Como se analizó en el capítulo siete, Argentina tiene una variedad de programas, prestaciones y planes públicos destinados a los adultos mayores; sin embargo, gran

parte de los destinatarios la desconocen. Se sugiere trabajar en las áreas de comunicación y divulgación para una mejor difusión y aprovechamiento de los mismos.

- En general la sociedad ignora qué es el envejecimiento poblacional, cuáles son sus causas y consecuencias, como también que Argentina es uno de los países más envejecidos de la región. Sería necesario que el Gobierno Nacional diseñase campañas masivas de difusión de la problemática como así también de los contenidos y recomendaciones del Plan de Madrid y la Estrategia Regional para América Latina y el Caribe.

PARTICIPACION CIUDADANA

- La aplicación de mecanismos participativos en el diseño, formulación, implementación y evaluación de leyes y programas dirigidos a la población adulta mayor se encuentra en sus inicios; los mismos no han alcanzado el nivel de toma de decisiones y empoderamiento. Sería importante avanzar en tal sentido.¹¹⁹
- Con el objeto de que la ciudadanía conozca el grado de cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en el Plan de Madrid y en la Estrategia Regional, podría fomentarse la creación y fortalecimiento a lo largo de todo el país de observatorios ciudadanos relacionados con las políticas de vejez.

INVESTIGACIÓN, RECOLECCION Y ANALISIS DE DATOS

- Las políticas de vejez diseñadas deben responder a una base empírica, lo que implica la elaboración de diagnósticos cuantitativos y cualitativos orientados a establecer criterios de intervención adecuados. Por tal motivo, es necesario contar con más y mejor información estadística -a nivel de todo el territorio nacional y de cada una de sus regiones- dotarla de continuidad y promover la difusión de los resultados.
- La cantidad de trabajos de investigación sobre envejecimiento poblacional y vejez en Argentina resulta escasa en relación a la relevancia del tema. El Gobierno debería promover líneas investigativas sobre estas cuestiones dentro de las universidades y centros de investigación del país para que estas instituciones puedan brindarle asistencia científica y técnica en la formulación de políticas y programas, como así también en la supervisión y evaluación de la política de vejez vigente.

¹¹⁹ En este marco, sería recomendable dar por concluida la intervención del INSSJyP (PAMI) y posibilitar la participación de los jubilados y pensionados en la Dirección del mismo, respetando el espíritu de la Ley N° 19.032.

RECOMENDACIONES REFERIDAS A LAS ORIENTACIONES PRIORITARIAS DEL PLAN DE MADRID Y DE LA ESTRATEGIA REGIONAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

LAS PERSONAS DE EDAD Y EL DESARROLLO

El Plan Gerontológico Nacional deberá:

- Garantizar un nivel de haberes jubilatorios que permita a las personas de edad vivir dignamente y con calidad; universalizar la cobertura previsional.¹²⁰
- Definir un conjunto de alternativas que garantice la cobertura previsional a aquellos trabajadores que no lograron una inserción laboral plena durante su vida productiva. Uno de los principales problemas estructurales del mercado de trabajo argentino es la informalidad - definida como actividades que se desarrollan por fuera del marco legal - estimándose que alcanza aproximadamente al 35% de los asalariados. Generalmente los trabajadores informales pertenecen a los deciles de menores ingresos y se encuentran excluidos del seguro de desempleo, de las asignaciones familiares, de la cobertura de salud y de la jubilación. Sin duda, la informalidad en Argentina desvirtúa el carácter solidario del régimen de seguridad social vigente.
- Establecer disposiciones reglamentarias que protejan al trabajador adulto mayor, que prohíban la discriminación por edad, como también promover programas de formación continua, de acceso a empleo decente y a crédito para emprendimientos propios o comunitarios. Además, debe fomentarse el diseño de programas que permitan a los trabajadores retirarse de la vida activa cuando lo deseen y de forma gradual (por ejemplo, reduciendo progresivamente la jornada laboral).
- Propiciar programas que incentiven a los organismos y empresas públicas, al sector privado, a los sindicatos, a las obras sociales, etc., a la realización de cursos para la preparación y transición a la jubilación; esto beneficiaría no solo a los futuros jubilados al mejorarles su salud física y psicológica, sino también a la sociedad, reduciendo los costos sanitarios y sociales. La jubilación significa para la personas su exclusión del sistema productivo; abruptamente pasan a una nueva situación social para la cual no han sido preparadas y que puede llevarlas a experimentar dificultades adaptativas como por ejemplo ansiedad, estrés, problemas de identidad personal, etc. Las personas deberían poder prepararse para esta nueva etapa de sus vidas -que durará varios años- de modo que el envejecimiento sea una experiencia positiva.

¹²⁰ El logro de estos objetivos seguramente requerirá una reforma estructural del actual sistema tributario argentino -altamente regresivo - tema que excede esta investigación.

- Tomar las medidas necesarias que posibiliten el acceso gratuito a la educación en la vejez y la asignación de una partida del presupuesto nacional con ese destino. El creciente envejecimiento poblacional convierte en prioritario el tema de los adultos mayores, sus deberes y derechos. Entre estos derechos podemos destacar el *acceso a la educación a lo largo de toda la vida*. Según diversas investigaciones, la educación se muestra como uno de los caminos más aptos para lograr el envejecimiento activo y de calidad de las personas mayores. Para quienes transitan por esta etapa, la educación puede contribuir al desarrollo de una cultura del envejecimiento y elevación de la calidad de vida expresada en mayores estándares de salud, felicidad y bienestar.

EL FOMENTO DE LA SALUD Y EL BIENESTAR EN LA VEJEZ

- El importante proceso de envejecimiento poblacional que está transitando Argentina determina -aunque parcialmente- su perfil epidemiológico. Si bien esta realidad demográfica es indicio de las mejoras en las condiciones sanitarias también implica un desafío para el sistema de salud, el cual debe prepararse para la prevención y atención de enfermedades crónicas asociadas a la edad. El Plan Gerontológico Nacional deberá, entre otras acciones:
 - Garantizar la universalización de la cobertura en salud de las personas de edad
 - Propiciar el desarrollo de un enfoque de salud comunitaria que promueva el envejecimiento activo
 - Promover al médico geriatra como pilar básico de la salud de las personas de edad
 - Ampliar la oferta de especialización y actualización dirigida fundamentalmente a profesionales que se desempeñan en el nivel primario de atención de la salud del adulto mayor
 - Impulsar la inclusión de contenidos gerontológicos y geriátricos en todas las carreras de grado vinculadas al campo socio-sanitario.
 - Fomentar campañas nacionales de educación para la salud
 - Propiciar controles médicos y odontológicos preventivos periódicos en las personas de edad
 - Garantizar el acceso de todas las personas adultas mayores a los medicamentos y elementos necesarios para el mantenimiento de su calidad de vida (prótesis, órtesis, sillas de ruedas, etc.)
 - Desarrollar un sistema integral social y sanitario de cuidados de largo plazo destinado a asegurar una vejez con calidad para todos

- Establecer disposiciones reglamentarias tendientes a garantizar la calidad de las prestaciones de los establecimientos geriátricos y la protección de los derechos de las personas mayores institucionalizadas.
- Fomentar el debate de consideraciones éticas relacionadas con el final de la vida y la decisión respecto a “una muerte digna”

LA CREACIÓN DE UN ENTORNO PROPICIO Y FAVORABLE

- La calidad de vida en la vejez está estrechamente relacionada con la situación habitacional y con las condiciones de accesibilidad del entorno. El Plan Gerontológico Nacional deberá:
 - Garantizar un alojamiento digno a las personas mayores de menores recursos sin vivienda propia.
 - Promover la implementación de programas destinados a la adaptación de las viviendas con adultos mayores, por ejemplo, a través de subsidios, de créditos a tasas subsidiadas, etc.
 - Propiciar acciones respecto a los requerimientos de accesibilidad en distintos ámbitos urbanos: arquitectónicos, del transporte, etc.
 - Promover que las nuevas construcciones y espacios públicos incorporen diseños que tengan en cuenta las necesidades de los adultos mayores.
 - Impulsar acciones tendientes a sensibilizar a la sociedad sobre la necesidad de construir ciudades amigables con la edad.
- El Plan Gerontológico Nacional deberá además:
 - Promover acciones tendientes a eliminar cualquier forma de discriminación y maltrato en contra de las personas mayores, por ejemplo, procurando que la publicidad no incluya imágenes discriminatorias sobre las personas de edad, fomentando valores como la tolerancia y el respeto por la diversidad, propulsando programas que tiendan hacia la integración social y la colaboración entre generaciones, etc.
 - Propiciar la incorporación de la problemática del envejecimiento poblacional y de la calidad de vida en la vejez en la agenda política educativa nacional pues las aulas constituyen uno de los mejores ámbitos para fortalecer las estrategias de solidaridad intergeneracional y promover una imagen positiva y no discriminatoria de la vejez.
 - Fomentar la generación de proyectos que involucren a los distintos medios de comunicación -tanto escritos, radiales como audiovisuales- con el objeto de

incorporar de forma gradual la temática de los adultos mayores en la sociedad y desarrollar una imagen positiva de la vejez y del envejecimiento.

- Asegurar la creación de condiciones favorables para la inclusión social y el fortalecimiento del protagonismo de las personas adultas mayores, por ejemplo, dentro del sistema político, de servicios a la comunidad, de espacios de diálogo intergeneracional, etc., para avanzar en su empoderamiento.

El hecho de aprobar una estrategia o un plan concreto en pro de las personas de edad pone de manifiesto la importancia del envejecimiento en el contexto de la política social nacional. La existencia de un Plan sobre Envejecimiento contribuye a delimitar prioridades y orientar la aplicación de políticas, facilitando la posterior realización de actividades jurídicas o normativas en pro de tales personas, así como a hacer frente a los problemas y las oportunidades del envejecimiento de la población de un país dado. (Naciones Unidas, Doc. A/62/131, p. 5)

CONCLUSIONES

De la investigación presentada a lo largo de este documento se deriva un conjunto de conclusiones que se detalla a continuación:

I. El envejecimiento poblacional es un fenómeno inédito en la historia de la humanidad y constituye uno de los cambios asociados a la modernidad. El mismo es consecuencia de transformaciones culturales, sociales, políticas y económicas que incidieron en la disminución de las tasas de natalidad y fecundidad. Simultáneamente, las sociedades modernas han logrado aumentar las expectativas de vida de la población debido a la reducción de las tasas de mortalidad resultante fundamentalmente de los avances científicos y tecnológicos y de la aplicación de políticas públicas en materia de salud y otras tendientes a aumentar el bienestar de la población.

II. El envejecimiento poblacional es profundo y tiene importantes consecuencias en todas las facetas de la vida humana. En lo económico, incidirá en la distribución inter e intra-generacional de ingresos, en el crecimiento de la economía, en el consumo, el ahorro, la inversión, los mercados de trabajo y de bienes y servicios, las jubilaciones y pensiones, la tributación, las transferencias de ingresos entre generaciones, etc. En lo social, afectará los sistemas de salud y de cuidados, la composición de la familia, las condiciones de vida, la vivienda, las migraciones, etc. En lo político influirá en los patrones de voto y la representación.

III. Desde el punto de vista demográfico el envejecimiento poblacional tiene dos aspectos: en primer lugar, se expresa como un incremento del peso relativo de las personas de 60 años o más en la población total; en segundo lugar, como un aumento de la longevidad.

Naciones Unidas prevé que hacia 2050 una de cada cinco personas que habiten el planeta tendrá 60 años o más; de ellas, un quinto tendrá 80 años o más. A nivel mundial, la esperanza de vida pasó de 47 años en 1950-1955 a 65 años en 2000-2005, estimándose que llegará a los 75 años entre 2045-2050.

Estos cambios se insertan en la denominada “transición demográfica”, que puede describirse como un proceso de larga duración que transcurre entre dos situaciones extremas: la inicial, de bajo crecimiento demográfico con altas tasas de mortalidad y fecundidad, y la final, también con bajo crecimiento pero con niveles muy bajos en ambas tasas.

IV. La normativa internacional sobre envejecimiento poblacional y vejez se sustenta en tres pilares:

- El “Plan Viena”, documento adoptado por la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento llevada a cabo en Viena en el año 1982
- Los “Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad” aprobados en el año 1991: *independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad*
- El “Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento”, formulado en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento llevada a cabo en Madrid en el año 2002.

Ninguno de los tres enuncia obligaciones jurídicamente vinculantes.

V. Los derechos de los adultos mayores no han sido consagrados en un documento global de carácter vinculante, a diferencia de otros grupos poblacionales considerados vulnerables, como por ejemplo mujeres y niños; los mismos se encuentran abordados superficialmente por diversos instrumentos internacionales sin existir algún mecanismo que vigile y haga valer la obligatoriedad de la aplicación del conjunto de principios de las Naciones Unidas para este efecto. En diciembre de 2010 la Asamblea General de Naciones Unidas creó un Grupo de Trabajo para promover la protección y promoción de los derechos humanos de las personas de edad y considerar la viabilidad de nuevos instrumentos legales, entre ellos una Convención Internacional específica para este grupo etario. Argentina quedó al frente del mismo.

VI. La Segunda Asamblea General sobre Envejecimiento desarrollada en Madrid en el año 2002 adoptó dos documentos oficiales: la Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid para el Envejecimiento (PAIME). En el primero se establecen los compromisos de los Gobiernos para responder a los desafíos que plantea el envejecimiento a las formas de organización social, económica y cultural; el segundo constituye un instrumento programático en el cual se proponen recomendaciones en tres áreas prioritarias: *las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable a las personas de edad.*

En general, el PAIME se aparta del enfoque tradicional de bienestar que considera a la vejez como una etapa de carencias de todo tipo (económicas, físicas y sociales) y, por lo tanto, a los adultos mayores como objetos de protección. Las personas adultas mayores son consideradas sujetos de derecho y las políticas y recomendaciones resultan ser

transversales, dado que abordan temas de vital importancia para el conjunto de una sociedad que envejece.

VII. En noviembre de 2003, durante la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento celebrada en Santiago de Chile, los países de la región acordaron la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del PAIME.

En la Estrategia se plantean metas, objetivos y recomendaciones para la acción a favor de las personas mayores en cada una de las tres áreas prioritarias acordadas en Madrid; constituye un marco de referencia que los países deben adaptar a sus realidades nacionales con el fin de responder eficazmente a las necesidades e intereses de las personas mayores.

VIII. Todos los países de América Latina y el Caribe transitan - con distintos ritmos - hacia sociedades más envejecidas. La CEPAL estima que para el año 2050 el peso relativo de las personas adultas mayores será mayor al de la población joven.

El proceso de envejecimiento de la Región presenta tres características importantes: se trata de un proceso generalizado, es más veloz que el registrado en los países desarrollados y está ocurriendo en contextos socioeconómicos frágiles, con altos niveles de pobreza y de desigualdades socioeconómicas.

IX. En Argentina, según el censo poblacional de 2010, el porcentaje de población de 60 años y más es de 13,4%; según la CEPAL, integra junto a Cuba y Uruguay el grupo de países de envejecimiento avanzado pues tiene un porcentaje de población adulta mayor superior al 10% del total.

X. El envejecimiento poblacional argentino:

- Será el principal rasgo del paisaje demográfico del SXXI
- Es un proceso gradual, complejo, multidimensional, heterogéneo
- Tendrá profundas repercusiones
- Plantea oportunidades, necesidades, desafíos
- Debe ser visibilizado
- Debe ser abordado por intervenciones públicas de orden estructural y estratégico e iniciativas privadas innovadoras

XI. De acuerdo a la información censal de 2010, las principales características demográficas de la población de 65 años y más del país son:

- Representa el 10,2% de la población; constituye el segmento etario más amplio de los grupos funcionales estando acotado sólo en su límite inferior;

- Dentro del grupo, las personas de 75 años o más representan el 43,8% fenómeno que se conoce como “envejecimiento de la vejez” ó “envejecimiento del envejecimiento”;
- El porcentaje de mujeres supera al de hombres para todos los grupos de edades: por cada 100 hombres adultos mayores hay 145 mujeres de 65 años o más, cifra que aumenta a 177,5 si consideramos el grupo etario 75 años o más. Este fenómeno se conoce con el nombre de “feminización de la vejez”;
- La mayoría de las adultas mayores transita esta etapa de su vida sin pareja, en gran medida a causa de su viudez;
- El índice de envejecimiento es de 40,2, o sea, hay algo más de cuarenta personas de 65 años o más por cada cien de 14 años o menos;
- El índice de dependencia total es de 55,6; o sea, cada 100 personas en edad potencialmente activa deben sostenerse 55,6 personas en edad potencialmente inactiva;
- La distribución geográfica de la población adulta mayor es muy dispar, concentrándose el 52,3 por ciento de misma en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en la provincia de Buenos Aires (11,6% y 40,7% respectivamente)

XII. Las principales características del estado de salud de los adultos mayores a ser tenidas en cuenta por cualquier plan de salud dirigido a este grupo etario son:

- Casi el 40% de la población de 65 años y más considera que su estado de salud es regular o malo, cifra que duplica el nivel obtenido a nivel nacional para todas las edades (I ENFR);
- El 31,5% de las personas de 65 años y más manifiesta tener problemas de movilidad; en el caso de las mujeres la cifra se eleva en 4.5 puntos porcentuales (I ENFR);
- Casi el 9% de las personas de 65 años y más manifiesta tener algún problema para el cuidado personal (por ej. lavarse o vestirse sola); de ellos, un 2% se declara totalmente incapaz (I ENFR);
- El 20.6 % de la PAM refiere tener algún tipo de problemas en relación a las actividades cotidianas, siendo el reporte 5 puntos porcentuales mayor en el caso de las mujeres; un 3,2% se declara incapaz para desarrollar ese tipo de tareas (I ENFR);
- Más de la mitad de las personas de 65 años y más manifiesta sentir algún dolor, de los cuales un 10% serían intensos; los guarismos son superiores entre la población femenina (I ENFR)

- El 23.2% de las personas de 65 años y más refiere estar ansiosa o deprimida en forma moderada, mientras que casi el 5% se sienten muy ansiosas o deprimidas; se observa un mayor nivel de ansiedad/depresión entre la población femenina (I ENFR);
- Los principales factores de riesgo detectados para la población adulta mayor en las dos ENFR son : hipertensión arterial, colesterol y diabetes, siendo también preocupante el sobrepeso y falta de actividad física (I y II ENFR);
- Dentro de la PAM con algún tipo de dificultad o limitación permanente predominan la visual y la motora inferior; se observa una prevalencia de mujeres en cada tipo de dificultad (2010);
- Si bien la expectativa de vida ha ido aumentando en las últimas décadas y la esperanza de vida saludable a partir de los 60 es bastante promisorio, la probabilidad de padecer alguna invalidez – si bien no es muy elevada – existe y es superior en el caso de las mujeres;
- En relación a las dimensiones consideradas dentro de la calidad de vida en términos de salud, las mujeres - que tienen una mayor esperanza de vida al nacer que los hombres - presentan peor salud percibida y más inconvenientes en relación a las demás variables que los varones.

XIII. La población adulta mayor de Argentina constituye un grupo vulnerable. Entre los principales “factores de vulnerabilidad” detectados en esta investigación figuran:

- Vivir solo/a (hacia 2001 aproximadamente el 20% de la población de 60 años o más residía en hogares unipersonales, de las cuales más del 70% eran mujeres);
- Estar sin pareja (en 53,3% de las personas adultas mayores jefe/a de hogar no tenían pareja en 2010; el 87% de las jefas de hogar de 65 años o más estaban sin pareja);
- Adulto mayor muy anciano jefe de hogar unipersonal (en el 2001 el 21, 5% de las personas de 80 años y más vivían en hogares unipersonales; la mayoría de ellas, 78,5%, eran mujeres);
- Ingresos: en junio de 2011 el 75,4% de los jubilados y pensionados percibían el haber mínimo, equivalente al 66,7% del salario mínimo, vital y móvil; en el 2006 el 61% de los mayores de 60 años tenía como única fuente de ingresos su jubilación;
- Privación: en 2001 ocho de cada diez hogares particulares con jefe de 65 años o más padecía algún tipo de privación, siendo la más importante la de ingresos (45%) seguida por la patrimonial (31%);

- Pobreza e indigencia: en 2006 el 11,8% de la población de 65 años o más era pobre no indigente, mientras que el 3,2% era pobre indigente;
- Cobertura en salud: carece de ella el 5% de la población adulta mayor;
- Patologías crónicas y/o invalidantes que se agudizan a medida que se envejece;
- Situaciones de dependencia funcional;
- Condiciones de habitabilidad: en el año 2001, si bien más del 80% de las personas de 60 años o más era propietaria de sus viviendas, el 20% de las mismas no contaba con agua potable ni con un saneamiento adecuado. No se dispone información actualizada a nivel nacional en relación a las condiciones edilicias de los hogares habitados por adultos mayores ni si están adaptados a sus características y necesidades;
- Entornos sociales: muchos adultos mayores sufren abuso y maltrato.

XIV. El contexto sociocultural del envejecimiento argentino está cambiando progresivamente. Las personas llegan a la vejez con mayores recursos sociales, culturales, educativos y más conscientes de sus derechos y obligaciones; se está generando un abanico de “nuevas vejeces”, con crecientes aspiraciones de participación social, política, cultural y diferentes demandas a atender, cuando aun no se ha logrado satisfacer las de las generaciones anteriores de adultos mayores: los escenarios futuros se presentan cada vez más complejos y heterogéneos.

XV. Con respecto al marco normativo argentino a favor de las personas de edad, en la reforma constitucional de 1994 se logran dos cambios relevantes para el Derecho de la Ancianidad. Por un lado, se otorga jerarquía constitucional a diversos Tratados Internacionales sobre Derechos Humanos (art. 75 inc. 22); por el otro, se consagra la posibilidad de desarrollo legislativo de políticas de acción afirmativa para la igualdad de oportunidades haciendo referencia explícita a ciertos sectores sociales particularmente vulnerables entre los que se incluye el de los *ancianos*. (art.75, inc. 23).

Con fecha 14 de agosto de 2003 el Poder Ejecutivo Nacional mediante decreto 607/2003 vetó totalmente la Ley Nacional de Adultos Mayores (Ley N° 25759).

Existen leyes nacionales que reconocen derechos específicos de los adultos mayores respecto a la seguridad económica, a la seguridad alimentaria, salud y entornos.

En las Constituciones Provinciales los Derechos de la Ancianidad tienen tratamiento variado. Una minoría le dedica una disposición especial, otras contienen sólo los derechos vinculados a la seguridad social, mientras que la mayoría ignora totalmente el tema.

XVI. Los diversos programas y servicios a favor de los adultos mayores están dispersos en las áreas de desarrollo social, previsión social y salud, comprobándose la ausencia de un

lineamiento estratégico nacional y falta de coordinación entre las acciones de las mismas. La oferta programática atiende fundamentalmente las dimensiones “entornos sociales” y “salud”.

XVII. En cuanto a la orientación de las políticas públicas a favor de la población adulta mayor, históricamente Argentina se ha caracterizado por seguir los enfoques de asistencia social, asistencia médica y desarrollo social, o sea, orientados principalmente a las “carencias”. En los últimos años pareciera que hay desde el Estado una revisión conceptual sobre el término y significado social de la vejez que se plasma en programas orientados al enfoque de “derechos”.

XVIII. Naciones Unidas señala dos facetas esenciales del proceso de aplicación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (PAIME) a nivel de país: el *fomento de la capacidad nacional* y la *integración de la perspectiva de envejecimiento en los programas nacionales de desarrollo*.

XIX. Con respecto a la *capacidad* de Argentina para llevar a cabo un exitoso proceso de aplicación del PAIME puede señalarse que:

- Infraestructura institucional: existe un conjunto de instituciones públicas nacionales dedicadas al diseño e implementación de programas dirigidos a satisfacer las necesidades de la población adulta mayor, siendo las principales la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSES), el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INDDJyP – PAMI), la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (DINAPAM).
- Recursos Humanos: El Gobierno Nacional implementó una Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional, programas de capacitación para Cuidadores Domiciliarios y cursos para Responsables de Residencias y/o Centros de Día.
- Recursos Financieros: No existen asignaciones presupuestarias destinadas específicamente a políticas de vejez; cada organismo maneja su propio presupuesto
- Recolección y análisis de datos: INDEC elabora un conjunto de indicadores sobre la población adulta mayor a partir de datos censales y se encuentra diseñando – junto a otros organismos- una encuesta sobre condiciones de vida de los adultos mayores. El Ministerio de Salud realizó dos Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo con desagregación por edad.

XX. En base a la información consultada para esta investigación no puede afirmarse que el Gobierno aplique sistemáticamente el *criterio de integración* de la perspectiva del envejecimiento como instrumento político y programático del desarrollo del país.

XXI. Naciones Unidas establece que el examen y evaluación a nivel mundial del grado de cumplimiento del PAIME por parte de cada país y región se realice a través de la aplicación del criterio participativo “de abajo hacia arriba” complementándose con métodos más tradicionales para reunir y analizar la información. De acuerdo a la presente investigación, en general Argentina no cuenta con mucha experiencia en la aplicación de mecanismos participativos en el diseño y formulación de leyes y programas dirigidos a la población adulta mayor.

XXII. De la investigación realizada puede concluirse que Argentina todavía no ha logrado consolidar el proceso de construcción y fortalecimiento de la capacidad nacional en relación al envejecimiento poblacional.

XXIII. Los principales avances de Argentina en las tres áreas prioritarias acordadas en los dos instrumentos programáticos internacionales: *las personas de edad y el desarrollo; el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable para las personas mayores* se sintetizan a continuación:

- Incremento de la cobertura del sistema previsional para las personas de 65 años y más que pasó del 70.5% en el año 2001 al 93% en el 2010;
- Ajuste dos veces al año de los haberes jubilatorios, pasando el haber mínimo jubilatorio de \$690 en julio de 2008 a \$ 1.687,01 a partir de marzo de 2012, o sea se incrementó en 144,5% (en términos nominales);
- Aumento de la cobertura en salud de las personas de 65 años que según información censal llega al 95 %;
- Acceso a medicamentos con una cobertura de entre 40% y 80% de descuento que en algunos casos puntuales llega al 100%;
- Formación de cuidadores a domicilio a través del Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios;
- Formación de técnicos y profesionales que trabajan en las residencias de larga estadía a través del Programa Capacitación a Responsables de Residencias y/o Centros de día;
- Respecto a los “entornos sociales” hay que destacar los Programas sobre “Prevención de Abuso y Maltrato”, “Voluntariado Social de Adultos Mayores” y “La Experiencia Cuenta” del Ministerio de Desarrollo Social; el Servicio de Violencia

Familiar y el Programa “Promoción y Prevención Socio-Comunitaria” del INSSJyP.

XXIV. Argentina demuestra avances en términos de formulación de programas y planes tendientes a mejorar la calidad de vida de la PAM. Se plantea la necesidad de diseñar un conjunto de indicadores para:

- Evaluar su eficacia en términos de empoderamiento de los AM, incluyendo a los mismos destinatarios en esa tarea
- Orientar sobre prioridades, objetivos y metas a alcanzar en el futuro
- Canalizar los recursos públicos eficientemente

XXV. Argentina debe continuar con el proceso de generación de las condiciones adecuadas a nivel institucional, legislativo, programático y de participación ciudadana que permitan dotar al Gobierno Nacional de las herramientas necesarias para hacer frente a los retos que impone el envejecimiento poblacional y la vejez. Dentro de ese proceso se considera que hay acciones prioritarias, entre las que se destacan:

- Reconsideración del actual diseño institucional de organismos nacionales con competencia en cuestiones de envejecimiento poblacional y vejez
- Formulación y sanción de una Ley Nacional a Favor del Adulto Mayor
- Diseño de un Plan Gerontológico Nacional que aborde de manera simultánea, transversal y *con visión de largo plazo* las tres dimensiones prioritarias planteadas en los instrumentos programáticos internacionales. El mismo deberá tener en cuenta las diferencias regionales y actualizarse en función de la evolución del proceso de envejecimiento y de los *exámenes y evaluaciones derivados - entre otras metodologías- de la aplicación del criterio participativo abajo-arriba*
- En el marco de ese Plan Nacional se sugiere el diseño de una oferta programática orientada a realizar los objetivos planteados en el mismo, que aglutine, estructure, establezca prioridades y plazos, como así también las herramientas instrumentales para ejecutar y dar seguimiento a las políticas de vejez.
- Impulsar el desarrollo de un proceso político tendiente a incluir el envejecimiento poblacional y la vejez en la agenda de gobierno y a incorporar el tema en todas las políticas y programas públicos relevantes como así también en la asignación de los recursos públicos.
- Revisión y rediseño de los programas públicos de vejez aplicando el enfoque de derechos
- Reconsideración de los actuales mecanismos de participación de los adultos mayores

XXVI. A partir de esta investigación surgen preguntas que tal vez sean objeto de investigaciones futuras. Por ejemplo:

- Los programas públicos ¿han tenido algún impacto en el empoderamiento de las personas adultas mayores ante el Gobierno y la sociedad?
- Muchas prestaciones sociales brindadas por PAMI, como por ejemplo residencias de adultos mayores, subsidio económico para la asistencia domiciliaria de los afiliados, etc., atienden principalmente las necesidades de los adultos mayores más carenciados. Ante el fenómeno conocido como “envejecimiento del envejecimiento” y la gradual disminución de las posibilidades de las familias – fundamentalmente de clase media- para hacerse cargo del cuidado de las personas mayores ¿qué formas de financiamiento de los cuidados a largo plazo habría que implementar para asegurar una vejez de calidad para todos?
- Dado el proceso de envejecimiento poblacional de Argentina y los problemas estructurales del mercado de trabajo - fundamentalmente en términos de informalidad - ¿qué reformas habría que introducir en el actual sistema de jubilaciones y pensiones basado en el reparto para, por un lado, garantizar la mejora y universalización de la protección social a los adultos mayores, y por otro, asegurar la solvencia fiscal a largo plazo?
- El avance de la transición demográfica durante las próximas décadas y el consecuente predominio de cohortes de ciudadanos de edad avanzada en el electorado argentino, ¿qué transformaciones pueden inducir en los patrones de voto y la representación política?

En esta investigación se ha hecho hincapié en el rol del Gobierno Nacional frente al envejecimiento poblacional y a la calidad de vida en la vejez; sin embargo, la construcción de “*una sociedad para todas las edades*” requiere no sólo una estrecha alianza entre todos los niveles de gobierno sino además con la sociedad civil, el sector privado y el compromiso y la participación activa de cada uno de los habitantes de nuestro país, inclusive de los mismos adultos mayores.

BIBLIOGRAFIA

- Abramovich, V., (2006), Una Aproximación al Enfoque de Derechos en las Estrategias y Políticas de Desarrollo, *Revista de CEPAL* N° 88, abril.
- Ander Egg, E., (1990), *América Latina y los Desafíos de la Política Social*, Buenos Aires: Humanitas.
- Aranibar, Paula, (2001), *Acercamiento conceptual a la situación del Adulto Mayor en América Latina*, CEPAL, Serie Población y Desarrollo N° 21, Santiago de Chile.
- Arlengui, M.A., (2009), Situación de los Adultos Mayores en Argentina. Ponencia presentada en el *XXVII Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Sociología*, Buenos Aires. En: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Situacion-adultos-mayores-Argentina.pdf>
- Bertanou, Fabio, (2001), *Empleo, retiro y vulnerabilidad socioeconómica de la población adulta mayor en la Argentina*, INDEC, Serie Fondo de Investigaciones, Bs.As.
- Bertranou, Fabio, (2005), *Protección social en Argentina*, OIT, Santiago de Chile.
- Bertanou, Fabio, (2006), *Envejecimiento, Empleo y Protección Social*, OIT, Santiago de Chile
- BID, (2001), *Programa para el envejecimiento digno, activo, productivo y saludable*, documento de trabajo, Méjico.
- Bravo, J., (1999), *El envejecimiento de la población y los sistemas de pensiones: América Latina en una perspectiva internacional*, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.
- Bobbio, N., (1995), *El Tiempo de los Derechos*, Madrid: Ed. Listema.
- Bobbio, N., (1997), *De Senectute*, Buenos Aires: Ed.Taurus.
- Castel, R., (1991), "Los Desafiliados: Precariedad del Trabajo y Vulnerabilidad Social", *Revista Topía*, año I N° 3, noviembre 1991, pp.28-35, Buenos Aires.
- CELADE, (1997), *Envejecimiento: cuatro facetas de una sociedad para todas las edades*, Santiago de Chile.
- CELADE, (2000), *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, CEPAL, Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.
- CELADE, (2001a), Mecanismos de seguimiento del Programa de Acción sobre la Población y el Desarrollo en los países de Latinoamérica y el Caribe, CEPAL, Serie *Población y Desarrollo*, Santiago de Chile.

- CELADE, (2001b), "Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad, Área de Población y Desarrollo", CEPAL, Serie *Población y Desarrollo*, Santiago de Chile.
- CELADE, (2003), "La situación de las Personas Mayores", documento presentado en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento, Santiago de Chile, noviembre.
- CELADE, (2004), *América Latina y el Caribe: estimaciones y Proyecciones de Población 1950-2050*, CEPAL, Boletín demográfico N° 73, Santiago de Chile.
- CELADE (2006a), *Envejecimiento. América Latina y el Caribe: Desafíos y Oportunidades de una sociedad que Envejece*, CEPAL, Temas de Población y Desarrollo N° 5, Santiago de Chile.
- CELADE, (2006b), "Los derechos de la Vejez", CEPAL, *Envejecimiento y Desarrollo* N° 4, Santiago de Chile
- CELADE, (2008), *Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo de América Latina y el Caribe*, documento preparado para el trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL, Santo Domingo, Rep. Dominicana, junio.
- CELADE, (2009), Observatorio Demográfico N° 7: Proyecciones de Población, Publicación de Naciones Unidas, Santiago de Chile
- CEPAL, (2001), *Informe de la Reunión de Expertos: Seminario Internacional sobre las diferentes expresiones de la Vulnerabilidad Social en América Latina y el Caribe*, Santiago de Chile, 20 y 21 de junio.
- CEPAL, (2002), *Estrategia Internacional de Acción sobre el Envejecimiento*, Santiago de Chile.
- CEPAL, (2004a), Informe de Actividades de la Comisión desde mayo 2002, Puerto Rico
- CEPAL, (2004b), *Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento*, Santiago de Chile.
- CEPAL, (2004c), *Población, envejecimiento y desarrollo*, Santiago de Chile, 2004
- CEPAL, (2004d), *América Latina y el Caribe: estimaciones y proyecciones de Población 1950-2010*, Boletín Demográfico N° 73, Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL, (2004e), *Panorama Social de América Latina 2004*, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- CEPAL, (2005), "Dinámica Demográfica y Desarrollo en América Latina y el Caribe", Serie *Población y Desarrollo*, N° 58, Santiago de Chile

- CEPAL, (2006a), *La Protección Social de Cara al Futuro: acceso, financiamiento y solidaridad*, Santiago de Chile.
- CEPAL, (2006b), *Manual sobre Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez, Documentos de Proyectos*, N° 113, Santiago de Chile.
- CEPAL, (2006c), Observatorio Demográfico, N° 2, Santiago de Chile, Publicación de las Naciones Unidas.
- CEPAL, (2007), *Informe sobre la Aplicación de la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Santiago de Chile.
- CEPAL, (2008a), *Tendencias Demográficas y Protección Social en América Latina y el Caribe, Serie Población y Desarrollo* N° 82, Santiago de Chile.
- CEPAL (2008b), *Panorama Social de América Latina 2007*, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- CEPAL (2009a), *Panorama Social de América Latina 2008*, Publicación de las Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- CEPAL, (2009b), *Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas*, Santiago de Chile.
- CIPPEC, (2011), *Políticas y Acciones Orientadas a los Adultos Mayores*, Documento de Trabajo N° 75, Buenos Aires. En: www.cippec.org.
- COMISIÓN EUROPEA, (1998), *100 palabras para la igualdad. Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres*, CE, Dirección General de Empleo, Relaciones Laborales y Asuntos sociales. En: http://www.europarl.europa.eu/transl_es/plataforma/pagina/celter/glosario_genero.htm#.
- CONAPRED, (2010), *Análisis de los Programas Gubernamentales de Atención a las Personas Mayores*, Colección Estudios, México. En: www.conapred.org.mx.
- Chackier, J., (1999), *El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?*, CEPAL/CELADE, Santiago de Chile.
- Chackier, J. (2004), "La dinámica Demográfica en América Latina", *Serie Población y Desarrollo*, N° 52, Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas
- Chesnais, J.C., (1990), *El proceso de envejecimiento de la población*, CELADE, Santiago de Chile.
- Dabove Caramuto, M. I., (2006), *Derecho de la Ancianidad: Perspectiva Interdisciplinaria*, Rosario: Ed.Juris.
- De Swaan, A., (1992), *A cargo del Estado*, Barcelona; Ed. Pomares-Corredor.

- del Popolo, F., (2001), "Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina", Cepal, Serie *Población y Desarrollo* N° 19, Santiago de Chile.
- DIRECCIÓN NACIONAL DE PROGRAMACIÓN ECONÓMICA Y NORMATIVA, (2011), Boletín Estadístico de la Seguridad Social, Buenos Aires
- Elder, CH., Cobb, R. (1993), *Formación de la Agenda. El caso de la política de ancianos, Problemas Públicos y Agenda de Gobierno*, México DF: Ed. Miguel Porrúa.
- Fassio, A., (2008), Voluntariado: estrategia de inclusión social de los adultos mayores en Argentina, Ponencia presentada en *First ISA Forum of Sociology Research Committee on Sociology of Aging*, Barcelona
- Fernández-Ballesteros, R., (1997), "Calidad de vida en la vejez: condiciones diferenciales", *Anuario de psicología*, 73, 89-104, Universidad de Barcelona: Facultad de Psicología. Barcelona.
- FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS, (FNUAP), (1998), *Estado de la Población Mundial*, Naciones Unidas, Nueva York.
- Gascón, S., (2007), *Vejez y Pobreza en Argentina: la visión de las Personas de Edad*, Buenos Aires: Ed. ISALUD.
- Guzmán, J. L., (2002), "Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe", CEPAL, Serie *Población y Desarrollo*, N° 28, Santiago de Chile.
- Huenchuan, S. (1999), "De objetos de Protección a Sujetos de Derecho: Trayectoria y Lecciones de las Políticas de Vejez en Europa y Estados Unidos", *Revista de Trabajo Social perspectivas: Notas sobre Intervención y Acción Social*, N°8, Universidad Católica Cardenal Henríquez, Santiago de Chile.
- Huenchuan, S., (2003), "Políticas de Vejez en América Latina: Una Propuesta para su Análisis. Ponencia, Simposio Viejos y Viejas. Participación, Ciudadanía e Inclusión Social", *51 Congreso de Americanistas*, Santiago de Chile, julio. http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG019_HuenchuanNavarro.pdf.
- Huenchuan, S., (2004), "Marco legal y de políticas públicas en favor de las personas mayores en América Latina", CEPAL, Serie *Población y Desarrollo*, N° 51, Santiago de Chile.
- Huenchuan, S., Guzmán, J.M., (2007), "Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para el Diseño de Políticas", CEPAL, *Notas de Población* N° 83, Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas.

- Huenchuan, S., Paredes, M., (2007), *Guía Metodológica para la Evaluación Participativa de Políticas y Programas en el Marco de la Estrategia Regional sobre el Envejecimiento*, CEPAL-CELADE, Serie *Población y Desarrollo*, N° 76, Santiago de Chile.
- Huenchuan, S., Morlachetti, A., (2005), “Análisis de los Instrumentos Internacionales y Nacionales de Derechos Humanos de las Personas Mayores”, CEPAL-CELADE, *Notas de Población*, N° 81, Santiago de Chile.
- Huenchuan, S., Morlachetti, A., (2007), *Derechos Sociales y Envejecimiento: modalidades y perspectivas de respeto y garantía en América Latina*, CEPAL-CELADE *Notas de Población* N° 85, Santiago de Chile
- Huenchuan, S. (ed.), (2009a), “Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas”, *Libros de CEPAL*, N° 100, Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas.
- Huenchuan, S., Roqué, M., Arias, C., (2009b), “Envejecimiento y sistemas de Cuidados: ¿Oportunidad o Crisis?”, *Documentos de Proyectos*, N° 263, Santiago de Chile, CEPAL.
- Huenchuan, S., (coord.)(2009c), *Escenarios Futuros en Políticas de Vejez: Estudio Delphi comparado en países seleccionados*, CEPAL-UNFPA, Santiago de Chile, Publicación de Naciones Unidas.
- IMSERSO, (2004), “Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España”, *Libro Blanco*, Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INDEC, (2001, 2010), *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda*, Bs. As.
En: <http://www.indec.gov.ar>.
- INDEC, (2003), *I Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003. Complementaria al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*, Buenos Aires. En: <http://www.indec.gov.ar>.
- INSTITUTO NACIONAL DE SERVICIOS SOCIALES PARA JUBILADOS Y PENSIONADOS (2010), *Carta Compromiso con el Ciudadano*, decreto N° 229/10, Buenos Aires
- JUNTA DE ANDALUCÍA (2010), *Libro Blanco del Envejecimiento Activo, Consejería para la Igualdad y Bienestar Social*, Sevilla. En: http://www.envejecimientoactivo.com/espanol/libro_blanco_del_envejecimiento_activo
- Lalive D’epinay, (2005); en: Arlengui, M.A., (2009) En: <http://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Situacion-adultos-mayores-Argentina.pdf>
- Medina Tornero, M.E., Ruiz Luna, M.J. (2000), “Políticas Sociales para las Personas Mayores en el Próximo Siglo”, *Actas del Congreso*, Murcia, 10-12 de noviembre de 1999, Universidad de Murcia, España.

- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, (2009), *Rendimos Cuentas*, Buenos Aires.
- MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL DE LA NACIÓN, (2012), *Informe sobre Logros en Políticas para Adultos Mayores desde 2003 para ser presentado ante las Naciones Unidas*. <http://www.desarrollosocial.gov.ar/informeadultmayoresonu/1003>
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, (2006), *I Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*, Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, (2007), *Segunda Carta de Compromiso con el Ciudadano*, PROFE Salud, Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN, (2009), *Plan Federal de Salud 2010-2016*, Buenos Aires.
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN (2011), *II Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*, Buenos Aires.
- MINISTERIO DE TRABAJO, EMPLEO Y SEGURIDAD SOCIAL, (MTESS), (2011), *Boletín Estadístico de la Seguridad Social*, Buenos Aires, segundo trimestre.
- Morlachetti, A., Guzmán, J.M., Cuevas, M., (2007), "Estrategias para abogar a favor de las Personas Mayores", Serie *Población y Desarrollo*, N° 75, Santiago de Chile.
- NACIONES UNIDAS, (1982), Asamblea General. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento, Viena, Austria.
- NACIONES UNIDAS, (1991), Asamblea General. Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, Res. 46/91.
- NACIONES UNIDAS, (1992), Asamblea General. Año Internacional de las Personas de Edad. Res.47/5.
- NACIONES UNIDAS, (2002a), Informe sobre la II Asamblea Mundial sobre Envejecimiento de Madrid, Doc A/CONF.197/9, Nueva York, ONU.
- NACIONES UNIDAS, (2002b), Asamblea General, Seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General, Doc. A/57/93, 24 de junio.
- NACIONES UNIDAS, (2003a), Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, Nueva York.
- NACIONES UNIDAS, (2003b), Asamblea General, Seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General, Doc. A/58/160, 17 de julio.
- NACIONES UNIDAS, (2006), Asamblea General, Seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General, Doc. A/61/167, 19 de julio.

- NACIONES UNIDAS, (2007a), Asamblea General, Seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General, Doc. A/62/131.
- NACIONES UNIDAS, (2007b), *Estudio Económico y Social Mundial 2007. El Desarrollo en un Mundo que Envejece*, Nueva York, DESA.
- NACIONES UNIDAS, (2007c), *Modalidades de Examen y Evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Informe del Secretario General, ECOSOC, Doc. E/CN.5/2006/2, 11 de noviembre.
- NACIONES UNIDAS, (2007d), *Primer Examen y Evaluación del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Informe del Secretario General, ECOSOC, Doc. E/CN.5/2008/7, 23 de noviembre.
- NACIONES UNIDAS, (2008a), *Guía para la Aplicación Nacional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, Naciones Unidas, Nueva York.
- NACIONES UNIDAS, (2008b), Asamblea General, Seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General, Doc. A/63/95, 1 de julio.
- NACIONES UNIDAS, (2009), Asamblea General, Seguimiento de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General, Doc. A/64/127, 6 de julio.
- Novelli, M., (2006), *Los Derechos Constitucionales de los Ancianos en Argentina*, Buenos Aires: Dunken.
- OBSERVATORIO NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN PRODUCTIVA, (2004), *Argentina: Escenarios Demográficos hacia 2025*, Plan Estratégico de Mediano Plazo de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, Buenos Aires, SECYT.
- Oddone, M.J., Salvarezza, L., (2001), *Caracterización Psicosocial de la Vejez, Informe sobre la Tercera Edad en Argentina*, Secretaría de la Tercera Edad y Acción Social, Buenos Aires.
- Oszlack, O., y O'Donnell, G., (1990), "Estado y Políticas Estatales en América Latina: hacia una Estrategia de Investigación, Redes", *Revista de Estudios Sociales de la Ciencia*, UNQ, Buenos Aires.
- OISS. IMSERSO, (2007), *Situación, Necesidades y Demandas de las Personas Mayores en los Países del Cono Sur. Apuntes para un Diagnóstico*. En: www.oiss.org/IMG/pdf/Informe_2006_Def_Cono_Sur_Apuntes_para_un_diagnostico_final_2.pdf
- O.M.S., (2001), *Salud y envejecimiento* (Boletín), Madrid, IMSERSO
- O.M.S., (2002), "Envejecimiento Activo: un marco político", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*

- O.M.S., (2007), *Ciudades Globales Amigables con los Adultos Mayores: Una Guía*, Nueva York.
- O.P.S., (2005), *Revista Panamericana de la Salud* (número especial), Salud, bienestar y envejecimiento en América Latina y el Caribe, año 84, vol.17, N° 5/6, mayo/junio.
- Pizarro, R., (2001), La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina, CELADE/FNUAP, Serie *Estudios Estadísticos y Prospectivos*, Santiago de Chile.
- Quintero, G., González, U., (1997), *Calidad de Vida, Contexto Socio-económico y Salud en Personas de Edad Avanzada, Gerontología y Salud: Perspectivas Actuales*, Madrid: Ed. Buendía.
- Recchini de Lattes, Z., (2000), "Tendencias y perspectivas del envejecimiento de la población femenina y masculina en Argentina", en: *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las personas de edad*, Seminario Técnico, CELADE/CEPAL, Serie Seminarios y Conferencias, Santiago de Chile.
- Roque, M., (2008), *Una Mirada Social de la Fragilidad en la Vejez*. En: <http://www.globalaging.org/elderrights/world/2008/mirada.pdf>
- Salvarezza, L., (1987), "Sociedad y Vejez. Una aproximación psicoanalítica", en *PSYCHE III* N° 19.
- Salvarezza, L., (2002), *Psicogeriatría*, Buenos Aires: Paidós.
- SERVICIO NACIONAL DEL ADULTO MAYOR, (2009), "Las Personas Mayores en Chile: Situación, Avances y Desafíos del Envejecimiento y la Vejez", *Libro Blanco*, Marval, Santiago de Chile. En: www.senama.gov.cl.
- Solari, A. (1987), en: CELADE, (2000), "Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad", CEPAL, Serie *Seminarios y Conferencias*, Santiago de Chile
- Titelman y Uthoff (2005), En: CEPAL, 2006a
- Villa, M., Rivadeneira, L., (2000), "El proceso de Envejecimiento de la Población de América Latina y el Caribe: una Expresión de la Transición Demográfica", En: CELADE, *Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad*, CEPAL, Serie Seminarios y Conferencias, publicación de Naciones Unidas, Santiago de Chile.
- Villareal Martínez, M., (2005), La Legislación a favor de las Personas Mayores en América Latina y el Caribe, CELADE – UNFPA, Serie *Población y Desarrollo*, N° 64, Santiago de Chile.
- Villareal Martínez, M., (2006), "Mecanismos Participativos en el Diseño, Formulación e Implementación de Leyes, Políticas y Programas sobre Envejecimiento", CELADE/CEPAL, Serie *Población y Desarrollo*, N° 70, Santiago de Chile.

Viveros Madariaga, A., *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*, CEPAL, Santiago de Chile, 2001

Zelenev, Sergei, (2009) *The Madrid Plan: a comprehensive agenda for an ageing World*, N.Y, ONU. En: <http://social.un.org/index/LinkClick.aspx?fileticket=jpOj8HtfwHU%3D&tabid=502>

PRINCIPALES PÁGINAS WEB CONSULTADAS

www.anses.gov.ar
www.cippecc.org
www.desarrollosocial.gov.ar
www.eclac.org
www.gerontologia.org
www.imserso.es
<http://www.indec.gov.ar>
www.msal.gov.ar
www.onu.org.ar
www.pami.org.ar
www.redadultosmayores.com.ar
www.senama.gov.cl
www.trabajo.gov.ar
www.un.org/ageing/documents/papers/guide-es