

Vejez y envejecimiento en Uruguay

Fundamentos diagnósticos para la acción

Fernando Berriel, Robert Pérez Fernández, Soledad Rodríguez



AUTORIDADES

Ministro

Daniel Olesker

Subsecretario

Lauro Meléndez

Responsables del número

Director Nacional de Política Social

Andrés Scagliola

Responsable del Área de las Personas Adultas Mayores

Adriana Rovira

AUTORES

Fernando Berriel

Robert Pérez Fernández

Soledad Rodríguez

Montevideo, julio de 2011

© **Ministerio de Desarrollo Social**

Avda. 18 de Julio 1453

Teléfono: (598) 2400 03 02*

Fax: (598) 2400 03 02*

CP. 11200

informacion@mides.gub.uy

www.mides.gub.uy

Unidad de Información y Comunicación

Edición: Martín Acuña

Diseño y armado: Alfonso Ortiz

Índice general

Prólogo.....	4
Hacia un Plan de Envejecimiento y Vejez.....	5
Prefacio.....	6
Introducción.....	9
Capítulo 1	
Aspectos demográficos y sociodemográficos	13
Capítulo 2	
Adultos mayores y el desarrollo social y económico	21
Capítulo 3	
Salud y bienestar	47
Capítulo 4	
Entornos favorables para el envejecimiento	77
Capítulo 5	
Envejecimiento, vejez y cuidados.....	105
Capítulo 6	
Síntesis analítica y conclusiones	119
Referencias	129

Prólogo

Desde el Ministerio de Desarrollo Social existe una comprensión institucional y política de que los temas referidos a los derechos de todas las personas y también, por supuesto, de las personas adultas mayores, exige un enfoque de abordaje intersectorial fundamentado en la investigación pertinente.

Para este fin los esfuerzos de este tipo, como este trabajo, van en la dirección de superar las barreras sectoriales y fomentar la articulación institucional sistematizando información existente y construyendo nueva como aspecto central para permitir definir acciones adecuadas y próximas a la realidad.

El Mides avanza en espacios de trabajo coordinado a nivel institucional que contribuyen a una comprensión y problematización más integral y compleja respecto del envejecimiento. Las políticas de vejez que el país dispone para sus ciudadanos deben coordinarse buscando una programación conjunta por parte del Estado en un marco flexible y adaptable a los cambios en las prioridades nacionales que permita asegurar una mayor efectividad en la intervención. Por lo tanto es imprescindible

una agenda de investigación sustentada en las prioridades en materia de políticas públicas.

Teniendo en cuenta estos elementos es que la presente publicación, que contó en su etapa de elaboración con el apoyo y financiamiento del Fondo de Población de Naciones Unidas, obedece a tres objetivos: ordenar y sistematizar la dispersión de distintos contenidos referidos a la población adulta mayor, incorporar dimensiones que en muchos de los casos aparecen ausentes o marginales en relación a las personas mayores, y propiciar una mirada integral para la definición de una agenda pública informada y ajustada a las situaciones que presenta la vejez y el envejecimiento para Uruguay.

Daniel Olesker
Ministro de Desarrollo Social

Hacia un Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez

Este trabajo se inscribe en una serie de procesos institucionales y políticos que tienen al Ministerio de Desarrollo Social como protagonista.

Primero, el proceso de construcción del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores, sancionado a través de la ley 18.617, de 2009. Como corolario de un permanente fortalecimiento de las capacidades técnicas, territoriales y materiales de lo que hasta ahora ha sido el Área de las Personas Adultas Mayores -hoy dependiente de la Dirección Nacional de Política Social- es firme la voluntad política de ponerlo en marcha, autónomo, a partir del 1° de enero de 2012.

De esta manera, el MIDES irá completando un arco de institutos rectores de políticas públicas que apuntan a respetar, proteger y garantizar los derechos de grupos sociales en situación de vulnerabilidad.

Segundo, el proceso de diseño y construcción de un Sistema de Cuidados que tiene entre las personas adultas mayores dependientes una de sus poblaciones prioritarias, junto con los niños y niñas pequeños -con énfasis de 0 a 3 años- y las personas con discapacidad necesitadas de cuidados.

Tercero, este trabajo es un aporte más que sustantivo para avanzar hacia un Plan Nacional de

Envejecimiento y Vejez que, desde una perspectiva de ciclo de vida, se constituya en una propuesta de acción intersectorial, coherente y de calidad para garantizar el bienestar de la población vieja.

Todos estos procesos -que definen el cómo, el qué y el para qué de una política pública de vejez- se articulan en torno a lo que el Ministro de Desarrollo Social, Daniel Olesker, ha llamado "la reforma social", apuesta a transformar de manera integral y articulada la matriz de protección social en beneficio de todas y todos los uruguayos.

El fin último: un país más justo con sus viejas y viejos, que garantice sus derechos y su bienestar, y que dé por tierra con las representaciones sociales que las y los estereotipan.

Permítanme tres reconocimientos finales, necesarios: a los autores de este trabajo por su calidad, al equipo del Área de las Personas Adultas Mayores por su compromiso, y a las mujeres y hombres de las organizaciones sociales de personas adultas mayores por su empeño.

Andrés Scagliola

Director Nacional de Política Social

Prefacio

Las menores tasas de fecundidad y las vidas más largas crean un nuevo desafío en todo el mundo: el envejecimiento. En Octubre de 2011, la población del mundo alcanza los 7 mil millones de personas y precisamente el envejecimiento es uno de los siete ejes demográficos establecidos como prioritarios por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) sobre los que reflexionar ante este hito mundial. Los datos lo confirman que desde 1950 la cantidad de personas de 65 años y más casi se ha multiplicado por 5 (de 130 a 630 millones) y han pasado a representar de un 5% a un 10% de la población del planeta. Para el año 2050, se espera que nuestras personas mayores sean 1900 millones, un 20% de la población mundial.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), documento inspirador que orienta el trabajo del UNFPA aprobado en 1994 en el Cairo por 179 países, dedica una sección específica de medidas dirigidas a mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores. Se afirma que las consecuencias económicas y sociales del "envejecimiento de la población", representan a la vez una oportunidad y un problema para todas las sociedades.

Es una prioridad del trabajo del UNFPA promover la generación de información y la investigación sobre la situación de la población y de los diferentes colectivos que la componen, según edades, género y etnia con la firme intención de apoyar el diseño y la implementación de acciones, estrategias y políticas orientadas a garantizar sus derechos y a dar respuesta a la satisfacción de sus necesidades.

En este marco ha sido una satisfacción haber apoyado en estos años el intenso trabajo del Área de las Personas Adultas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social (INMAYORES-Mides) en diferentes iniciativas tendientes a avanzar en los temas de envejecimiento, vejez y realización de los derechos de las personas adultas mayores en Uruguay.

El producto que tienen en sus manos contiene una amplia y profunda sistematización de información relativa a los temas de envejecimiento y vejez para orientar la definición de los contenidos estratégicos y la dirección que debe tomar la intervención estatal en materia de política pública y vejez. El informe ofrece un diagnóstico de la situación a nivel nacional, a la luz de los acuerdos y declaraciones adoptadas mundialmente para avanzar en los derechos sociales y económicos de las personas adultas mayores. A la vez, da luz sobre diferentes roles que asumen las personas mayores en el seno de la sociedad uruguaya, por ejemplo a través de transferencias intergeneracionales a los miembros más jóvenes de sus familias o de ciertas prestaciones ofrecidas bajo la modalidad de trabajo no remunerado. Como bien señala el estudio, las personas mayores no son siempre quienes reciben los cuidados familiares, sino que en muchos hogares se convierten en indispensables proveedores de cuidados.

Uruguay es reconocido por poseer una importante acumulación en la protección de sus personas mayores y presentar los niveles más bajos de pobreza en la región para este tramo de edad. Las políticas de protección implementadas desde los organismos estatales han sido fundamentales para consolidar estos logros. La información registrada en este estudio da cuenta de los resultados de este camino recorrido: la cobertura y el incremento real de las jubilaciones y pensiones, las soluciones habitacionales para personas mayores y el sistema nacional de salud han permitido avances significativos en la protección de nuestras personas adultas mayores. Asimismo desde el BPS se ha desplegado una notoria capacidad para incrementar la formalización y cobertura de los actuales trabajadores que garantiza la cobertura futura de prestaciones a los futuros jubilados y pensionistas.

En este contexto general, que podría catalogarse de auspicioso, las situaciones en las que viven

las personas adultas mayores varían mucho entre sí, y de ello también da cuenta la información aquí presentada. Quedan por tanto manifiesto el desafío sobre el que habrá que actuar con la mayor celeridad. El desafío de extender y repensar la red de protección para la población adulta mayor que incorpore además un tema fundamental -como es tema de los cuidados- que hasta ahora solía quedar en general en la órbita del ámbito privado.

El cambio en la estructura de edades en nuestro país refuerza la necesidad de abordar el tema de los cuidados de las personas adultas mayores como tema central en la agenda pública. En el marco del debate nacional sobre el sistema de cuidados es muy importante contar con estudios que permitan avanzar en la toma de decisiones respecto a esta materia. Me gustaría agradecer el excelente trabajo del equipo de investigación compuesto por Fernando Berriel, Robert Pérez Fernández y Soledad Rodríguez, quiénes llevaron adelante esta ambi-

cosa investigación, recopilando datos y generando análisis que se convierten en insumos estratégicos para mejorar las políticas públicas orientadas a las personas adultas mayores. También quiero resaltar el trabajo del Área de las Personas Adultas Mayores del Mides, así como de todas las instituciones públicas, organizaciones de la sociedad civil y espacios de investigación académica que están contribuyendo a ver el envejecimiento y la vejez como un desafío, pero también como una oportunidad, para Uruguay. De ahí que les invite a tomar este documento como punto de partida para reflexionar sobre esta dimensión central en las políticas sociales de nuestro país.

Fernando Filgueira

Representante Auxiliar del Fondo
de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Introducción

El presente libro se plantea como objetivo, brindar un diagnóstico de la situación nacional de las personas adultas mayores a nivel nacional. Siempre que sea posible trata de introducir la perspectiva comparada, también a nivel de América Latina. Para ello reúne información que puede hallarse en forma dispersa en distintas fuentes y documentos, se integran algunos datos propios y se aporta un nuevo análisis que integre una mirada comprensiva.¹

Parte de una perspectiva procesual del envejecimiento, y de la concepción de las personas adultas mayores como miembros activos de la sociedad y sujetos de derechos co-responsables del cumplimiento de los mismos con el conjunto de la sociedad y los distintos actores que la componen en permanente dinámica. A su vez, el enfoque de género se encuentra a modo transversal a lo largo del documento.

Para esto fueron tomadas como ejes las áreas prioritarias establecidas en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, que tuvo lugar en la ciudad de Madrid, en abril de 2002. Estas áreas prioritarias son:

- Las personas de edad y el desarrollo.
- La promoción de la salud y el bienestar en la vejez.
- El logro de entornos emancipadores y propicios.

A su vez, debido a la importancia que actualmente tiene en la agenda pública la discusión sobre el diseño de un sistema nacional los cuidados, este tema es abordado como otro eje específico.

Para la elaboración del informe en base a las áreas prioritarias, se tomó como referencia central el “Manual de indicadores sobre calidad de vida en la vejez” elaborado por CEPAL-CELADE en el año 2006 y se recurrió a fuentes cuantitativas y cualitativas de diverso origen. A su vez, se buscó complementar los indicadores planteados por el men-

cionado manual en base al texto de la Asamblea de Madrid para alcanzar así la visión más comprehensiva posible de la situación del adulto mayor en el Uruguay. Es en el sentido de lo expuesto que el informe se estructuró en seis capítulos:

En el primer capítulo se presenta un informe resumido de la situación demográfica y sociodemográfica de Uruguay, introduciendo la perspectiva comparada con América Latina cuando la información disponible así lo permite. En este capítulo se describe en términos demográficos la situación de envejecimiento poblacional de nuestro país, así como la feminización del mismo. En lo que hace a variables sociodemográficas se caracteriza la situación del adulto mayor en términos de educación, ascendencia y estado civil.

En el segundo capítulo, se aborda el tema del desarrollo como fuera definido por la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de Madrid, en tanto desarrollo social y económico. En este sentido se explora la situación económica de las personas adultas mayores en lo vinculado al mercado laboral, así como a las prestaciones sociales de pasividad. A su vez se analizan las diferentes vulnerabilidades a las que pueden verse expuestos los adultos mayores no sólo en términos del nivel de ingresos, sino que se realiza un enfoque multidimensional que pretende evidenciar la complejidad de la situación y mostrar la escasez de información en algunas áreas. En el entendido del adulto mayor como miembro activo del desarrollo de nuestras sociedades, se realiza una valoración del aporte de las personas mayores en lo que se identifica como transferencias intergeneracionales. Finalmente se presenta un panorama de la formación de Recursos Humanos profesionales de nuestro país, en relación a su capacitación en el tema envejecimiento y vejez.

El tercer capítulo se dedica al tema de la salud y el bienestar de las personas mayores. El abordaje, realizado desde una perspectiva de procesos, se basa en un análisis multidimensional del concepto de salud. En ese sentido se entiende, al igual que

¹ Los documentos de referencia son recuperados parcialmente, por lo que puede ser una buena práctica para lectoras y lectores que acudan a los mismos si se desea profundizar en la perspectiva que cada uno de ellos ha querido dar a los diversos problemas.

ha planteado CEPAL-CELADE en el 2006, que el principal objetivo de una política de salud en el envejecimiento debería ser alcanzar edades avanzadas en buenas condiciones de salud física, psicológica y social, evitando o retardando la aparición de patologías y deterioros funcionales en cualquiera de estas tres áreas. De esta forma, la salud constituye un factor importante para lograr una buena calidad de vida y el pleno ejercicio de los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales en la vejez. En este capítulo se examina la situación de los adultos mayores de Uruguay en el tema, tratando de diferenciar los aspectos vinculados a la salud de los relacionados a las enfermedades, con una perspectiva de calidad de vida.

El cuarto capítulo, que trata sobre los entornos favorables para el envejecimiento, presenta diferentes aspectos donde los niveles de información disponibles fueron variados. En este sentido, se encontraron algunos temas, como los vinculados a las características de la vivienda o los arreglos familiares, sobre los cuales existe mucha información y desarrollo; mientras que otros temas tales como las redes sociales de apoyo, violencia y maltrato o los espacios físicos presentaron mayores niveles de dificultad en el relevamiento de la información, no sólo por la dispersión, sino por la escasez en general. A pesar de esto se presenta un análisis que contempla, también en forma multidimensional, los aspectos vinculados a los entornos físicos y sociales favorables, a la vez que destaca aquellas lagunas de información que deberían ser consideradas a futuro.

El quinto capítulo, centrado en el tema cuidados, se incluye en atención al momento de definiciones que en la actualidad atraviesa nuestro país respecto a la creación de un sistema nacional de cuidados. Como aporte a esa coyuntura y necesidad de decisiones informadas, es que se retoma algunos temas trabajados en el capítulo de salud y de entornos, a los efectos de definir a la población adulta mayor necesitada de cuidados, para finalizar con la consideración del tema de cuidados en la actualidad. Nótese que el enfoque del capítulo no concibe solamente a las personas adultas mayores como destinatarios sino como actores del proceso involucrado en el cuidado concebido como sistema.

Finalmente se presenta una síntesis analítica y conclusiones del informe. Las mismas se encuentran organizadas en función de los temas de cada

capítulo. En los aspectos relativos a los adultos mayores y el desarrollo social y económico, se destaca una buena cobertura en materia de seguridad social de nuestro país comparado con el contexto regional. También se analizan las transferencias intergeneracionales económicas directas o indirectas de los mayores hacia otras generaciones, que implican un importante monto económico que no siempre es tenido en cuenta. Finalmente, en relación a la formación de recursos humanos profesionales en el tema envejecimiento y vejez, se plantea un importante rezago en el tema.

Respecto al tema salud y bienestar, se encuentra que en términos generales, los adultos mayores uruguayos presentan varias fortalezas en su estado de salud. Del análisis de las tasas de mortalidad y morbilidad, comparada con los factores de riesgo de la actual población joven y adulta y con el estado de salud de los adultos mayores, se concluye que mejorar la calidad de vida y en la salud de la población dependerá cada vez más de cambios en los estilos de vida y desarrollo de políticas de promoción y prevención. El buen estado de salud de los mayores en términos de capacidades de independencia funcional debería ser contemplado en el diseño y acciones socio-sanitarias, y en el involucramiento de las personas mayores en las mismas. Asimismo, se sugiere contemplar acciones específicas para los grupos de adultos mayores en diferentes situaciones de riesgo, tales como los casos donde existen discapacidades, aislamiento, pobreza extrema, etc. Resulta prioritario construir un sistema confiable de registros de datos para poder cuantificar la presencia de algunas patologías. Asimismo es necesario construir indicadores de salud positiva. Finalmente, se aborda el tema de sexualidad y derechos sexuales y reproductivos, encontrándose una escasa conciencia de los mismos, así como diferencias por sexo y nivel socioeconómico en la vivencia de la propia sexualidad.

Respecto al tema de entornos para el envejecimiento se identifica una mayoritaria valoración negativa de la vejez como una dificultad para que las otras generaciones puedan proyectarse en ella y para vincularse fluidamente con las personas mayores. Esta imagen negativa involucra también a los mayores. Los hallazgos muestran que muchos adultos mayores se encuentran en su hogar con escasos contactos intergeneracionales. Una alta proporción

de las personas adultas mayores, la mayoría mujeres, viven solas y son una minoría las que muestran una participación social activa.

En cuanto a los aspectos relativos al cuidado, se define a la población de adultos mayores en cuatro componentes, considerando cronicidad o no, el nivel de dependencia e incluyendo abordando específicamente a los cuidadores adultos mayores.

Finaliza el capítulo de síntesis y conclusiones con una serie de consideraciones respecto al tema de la investigación en torno al envejecimiento y la vejez, señalando la situación de cierta atomización y parcialización de la misma, que los autores encontramos al revisar las fuentes bibliográficas. Se señala que ni el Estado uruguayo ni las agencias de financiación de la investigación han jugado hasta el momento un papel relevante en la constitución de

líneas de investigación consistentes en la temática del envejecimiento.

Es importante destacar que si bien este libro no tiene pretensiones de exhaustividad, sí se intentó que fuera representativo en cuanto a los estudios más relevantes que se vinculan al tema de vejez y envejecimiento. De la misma forma, debe destacarse que la dispersión de información en algunos casos, así como la ausencia, contradicciones y atomización en otros hizo difícil el tratamiento de la información relevada.

Sin embargo, se considera que el presente es un informe que sistematiza las principales producciones en materia de vejez y envejecimiento, a la vez que introduce algunos aspectos novedosos por la visión integral del adulto mayor que presenta, lo cual constituye su principal riqueza.

Aspectos demográficos y sociodemográficos

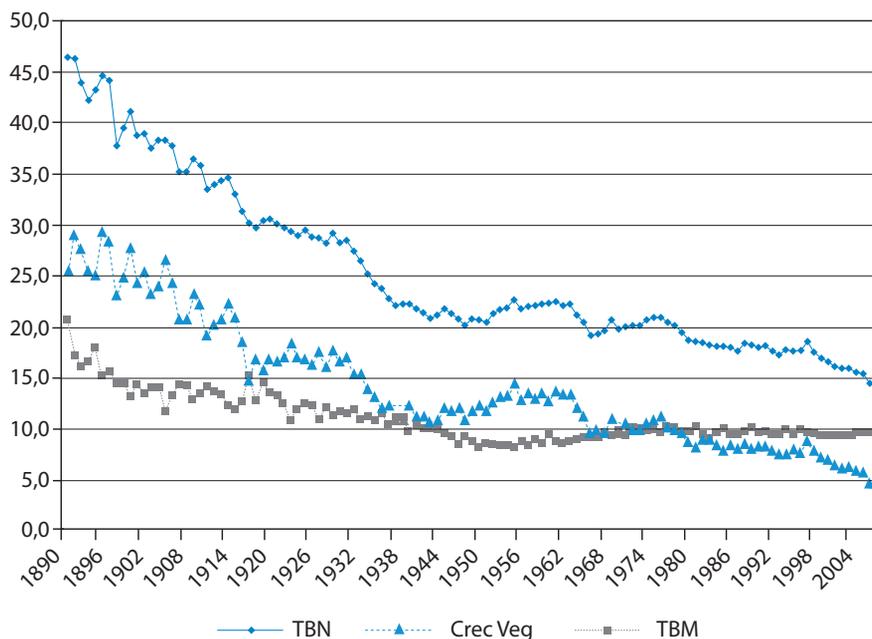
En este capítulo se presentan los principales aspectos demográficos y sociodemográficos de las personas mayores, tanto a nivel nacional como en forma comparativa con América Latina. Dado que existe una gran cantidad de material que caracteriza demográficamente a la población uruguaya, se seleccionaron como referencia aquellos que datan de fechas más recientes y que permiten el nivel comparativo con la región.

En primer lugar, cabe destacar que el proceso de transición demográfica de Uruguay se inició tempranamente a fines del SXIX y culminó a mediados del SXX. Esto hace que en la actualidad nuestro país esté ubicado en América Latina, como uno de los que presentan las tasas de crecimiento más bajas y una estructura envejecida de la población, después de Cuba.

En el gráfico 1.1 puede apreciarse claramente el proceso de transición demográfica, donde tanto la tasa bruta de natalidad (TBN) como la tasa bruta de mortalidad (TBM) presentan un descenso continuo desde 1890, donde además el descenso de la TBN es mucho más pronunciado.

Con las características presentadas, según la CEPAL, Uruguay integra actualmente, junto con Trinidad y Tobago, Guadalupe, Chile, Argentina y las Antillas Neerlandesas, el grupo de países que se caracterizan por un envejecimiento avanzado. En el cuadro que se presenta a continuación pueden observarse los diferentes países de América Latina y el Caribe y su ubicación respecto a la etapa de la transición demográfica en la cual se encuentran.

Gráfico 1.1. Tasas brutas de natalidad y de mortalidad y crecimiento natural (por mil habitantes) Uruguay



FUENTE: Pellegrino, 2008.

Cuadro 1.1. Países de América Latina y el Caribe según etapa de la transición demográfica

Etapas	Países	Índice de envejecimiento	Tasa global de fecundidad
Envejecimiento incipiente	Belice	16,7	2,8
	Bolivia (Est. Plur.de)	20,1	3,3
	Guatemala	15,1	3,9
	Guayana Francesa	19,5	3,1
	Haití	18,0	3,4
	Honduras	16,8	3,1
	Nicaragua	18,1	2,7
	Paraguay	22,8	3,0
Envejecimiento moderado	Colombia	29,8	2,2
	Ecuador	30,9	2,5
	El Salvador	32,2	2,3
	Guyana	32,4	2,3
	Jamaica	37,0	2,3
	Panamá	33,6	2,5
	Perú	29,1	2,5
	República Dominicana	27,6	2,6
	Suriname	32,7	2,4
	Venezuela (República Bolivariana de)	29,3	2,5
Envejecimiento moderadamente avanzado	Bahamas	41,9	2,0
	Brasil	39,8	1,8
	Costa Rica	37,3	2,0
	México	33,9	2,1
	Santa Lucía	38,6	2,0
Envejecimiento avanzado	Antillas Neerlandesas	75,6	1,9
	Argentina	58,1	2,3
	Chile	59,1	1,9
	Guadalupe	62,1	2,1
	Trinidad y Tobago	51,5	1,7
	Uruguay	81,7	2,1
Envejecimiento muy avanzado	Barbados	90,9	1,6
	Cuba	100,0	1,5
	Martinica	97,5	1,9
	Puerto Rico	97,8	1,8

FUENTE: ASDI-CEPAL. 2010

Comparando los porcentajes de la población mayor de 60 años de edad para un grupo de países de América Latina y el Caribe seleccionados, se observa que desde 1975 hasta el año 2000, Uruguay fue el país que presentó la mayor proporción de adultos mayores sobre el total de la población. Actualmente es superado por Cuba y se estima que para el año 2025 sea superado también por Barbados.

Cuadro 1.2. América Latina y el Caribe (países seleccionados): población de 60 años y más, 1975-2050 (en porcentajes)

Países	1975	2000	2025	2050
Argentina	11,4	13,50	17,1	24,8
Bolivia(Est. Plur. de)	5,5	6,5	9,5	17,5
Brasil	6,0	8,1	16,6	29,4
Chile	7,8	10,2	20,1	28,2
Cuba	9,8	14,3	26,1	37,1
Nicaragua	4,4	5,3	9,8	19,6
México	5,5	7,5	15,1	27,4
Paraguay	5,6	6,5	10,8	18,3
Uruguay	14,1	17,3	21,2	26,9
Barbados	13,8	12,6	26,7	36,4
Jamaica	8,4	9,9	14,5	22,5
América Latina y el Caribe	6,5	8,3	15,1	25,5

FUENTE: Ídem

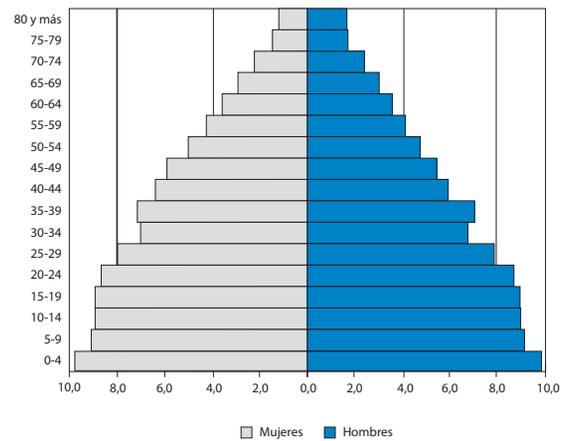
En relación a la evolución estimada de la población adulta mayor para Uruguay, cuando se analizan las pirámides de población para los años 1950, 2000 y 2050, se puede advertir claramente el cambio en su estructura a lo largo de los años. Este se evidencia por la disminución o afinamiento de la base y el ensanchamiento de la parte superior de la pirámide, donde se pasa en el año 1950 de una estructura casi triangular, al año 2050 donde se proyecta una forma casi rectangular. Cabe destacar que, como se señaló anteriormente, a mediados del SXX Uruguay ya había culminado su proceso de transición demográfica, por lo que si bien esto no se evidencia claramente en la pirámide poblacional considerada para 1950, sí se advierte más claramente si se consideran las pirámides de principios de siglo, las cuales presentaban una base mucho más

ancha y un afinamiento más pronunciado hacia el extremo superior.

Debe así tenerse en cuenta que cuanto más ancha es la base de la pirámide poblacional y más fino el vértice, más joven es la estructura de la población, mientras que cuando más se asemeja a un rectángulo, este tipo de pirámide caracteriza a las poblaciones envejecidas.

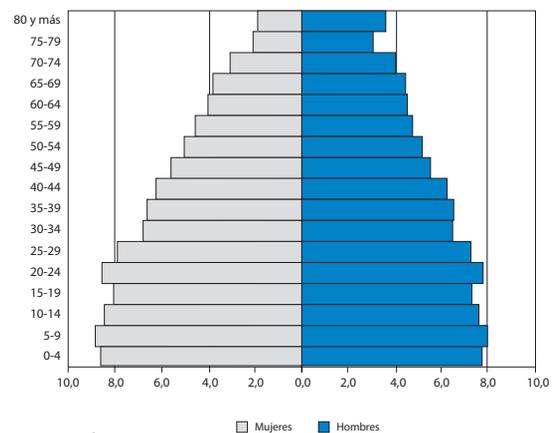
En el año 2000 no sólo se observa la reducción de la proporción de jóvenes, sino que además aumenta la proporción de la población en las edades más avanzadas, donde a su vez se observa un peso diferencial de las mujeres por sobre los hombres, aspecto que tiende a acentuarse con el paso de los años.

Figura 1.2. Uruguay 1950



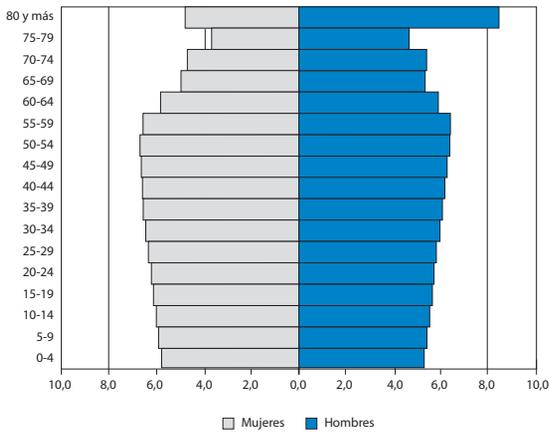
FUENTE: Elaboración propia en base a estimaciones y proyecciones de CELADE. URL: www.eclac.org/celade

Figura 1.3. Uruguay 2000



FUENTE: Ídem

Figura 1.4. Uruguay 2050

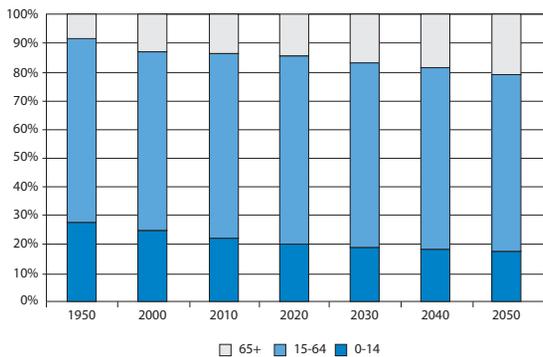


FUENTE: Ídem

Según los datos del último censo, la población mayor de 64 años en el Uruguay es el 13,4%. Si se considera a la población mayor de 60 años, el porcentaje asciende al 19%. (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010)

En el gráfico 1.5 puede apreciarse claramente como la población mayor de 64 años ha ido aumentando su proporción, mientras que desciende el grupo de la población más joven.

Figura 1.5. Distribución de la población por grupos etarios (1950-2050)

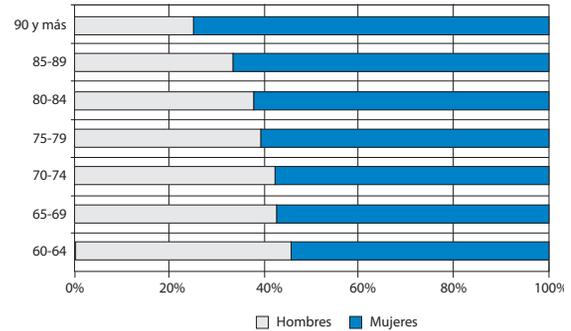


FUENTE: Scardino, 2007

Entre la población mayor de 60 años, se observa además un aspecto ya destacado, que es la estructura diferencial en base a los sexos. Como bien puede apreciarse en el cuadro siguiente, entre los 60 y 64 años la estructura por sexos ya presenta diferencias dado que los hombres alcanzan poco más del

40%, diferencia que se va acentuando a favor de las mujeres a medida que avanza la edad. Este proceso evidencia la feminización del envejecimiento, donde las mujeres tienen una mayor sobrevivencia respecto a los hombres.

Figura 1.6. Porcentaje de adultos mayores por sexo, según grupo quinquenal de edad

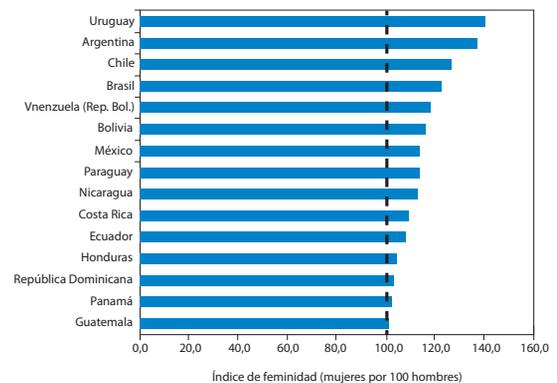


FUENTE: Paredes, Ciarniello y Brunet. 2010

Lo recién expresado se confirma en la relación de femineidad en la vejez, la cual está dada por la cantidad de mujeres adultas mayores cada 100 hombres adultos mayores.

En el gráfico siguiente se muestra la relación de femineidad para diferentes países de América Latina, donde se destaca el caso de Uruguay por presentar un total de 140 mujeres adultas mayores cada 100 hombres del mismo grupo de edad, seguido muy de cerca por Argentina (137) y en tercer lugar Chile (127).

Figura 1.7. Relación de femineidad en la vejez



FUENTE: Huenchuán, 2010

Si se observa la edad mediana, el índice de envejecimiento y la relación de dependencia en la vejez, se advierte nuevamente el posicionamiento de

Uruguay respecto de los demás países de América Latina.

Como puede notarse, Uruguay presenta una edad mediana de 32 años, tiene 3 años de diferencia con el país que lo sigue; Chile con 29; luego se encuentra Argentina con 27 y los demás países ya con una mayor diferencia.

En el mismo sentido, el índice de envejecimiento muestra la proporción de personas mayores de 60 años por cada 100 personas menores de 15 años. En este caso, Uruguay nuevamente se destaca por presentar el valor más alto, con 74 personas mayores de 60 años por cada 100 personas menores de 15 años. Este es el indicador donde presenta mayores diferencias con el resto de los países de América Latina, donde el segundo país con mayor índice de envejecimiento es Argentina con 47,5.

Con la consideración de la relación de dependencia en la vejez se confirma una vez más la misma tendencia, donde Uruguay alcanza un nivel de 30 personas mayores de 60 años por cada 100 personas entre 15 y 59 años, seguido por Argentina con 23 y Chile con 18.

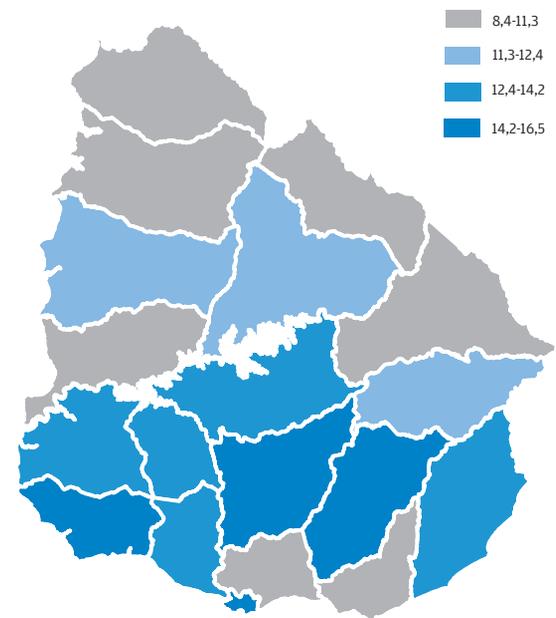
Cuadro 1.3. Edad mediana, índice de envejecimiento y relación de dependencia en la vejez en América Latina (Ronda, 2000)

País	Edad mediana	Índice de envejecimiento	Rel. de dependencia en la vejez
Argentina	27	47,5	23,0
Bolivia	20	18,1	12,8
Brasil	25	28,9	13,8
Chile	29	44,2	18,0
Ecuador	23	27,4	15,7
Guatemala	18	15,0	12,3
Honduras	18	13,8	11,1
México	22	21,5	12,5
Nicaragua	20	16,2	10,7
Panamá	24	26,9	14,5
Paraguay	20	19,2	12,7
Rep. Dominicana	23	23,7	13,8
Uruguay	32	74,0	30,0
Venezuela	23	21,3	11,7

FUENTE: Paredes, Ciarniello y Brunet. 2010

Si se tiene en cuenta la distribución de las personas mayores a nivel del territorio nacional, en primer lugar cabe destacar que el 92,5% de la población adulta mayor se ubica principalmente en zonas urbanas. Si además se tiene en cuenta la distribución a nivel de los departamentos, se desprende que la mayor densidad de personas mayores de 65 años se ubica al sur del Río Negro, con mayor porcentaje de población adulta mayor en los departamentos de Lavalleja, Colonia, Montevideo y Florida, en ese orden.

Figura 1.8. Porcentaje de adultos mayores de 65 y más por departamento



FUENTE: Paredes, 2008

Respecto al nivel de escolaridad de la población adulta mayor, en el cuadro siguiente se observan dos aspectos principales. En primer lugar, la posibilidad de realizar un análisis comparado de Uruguay en 1996 y 2008, donde se destaca una disminución de la población adulta mayor en el nivel educativo primario y un aumento de la población en los niveles educativos más altos. En segundo lugar, de la comparación con los demás países de América Latina, surge que Uruguay presenta los niveles educativos más altos después de Chile, con 29,8% en secundaria y 9,8% en educación terciaria. Se pueden apreciar a su vez las diferencias al interior de América

Latina, donde el país que presenta los niveles más bajos en secundaria y terciaria es Honduras con 5,6% y 2% respectivamente.

Cuadro 1.4. Adultos mayores según nivel educativo en América Latina

País	Primaria	Secundaria	Terciaria
Argentina	66,2	17,9	7,8
Bolivia	32,5	14,7	5,6
Brasil	53,6	6,5	4,1
Chile	46,9	29,8	9,8
Costa Rica	64,0	9,5	7,9
Ecuador	52,2	11,8	4,5
Guatemala	32,6	6,8	2,3
Honduras	38,2	5,6	2,0
México	49,7	6,3	6,9
Nicaragua	38,1	7,2	3,1
Panamá	49,7	20,0	6,3
Paraguay	68,5	10,7	4,7
Rep. Dominicana	53,1	8,7	4,9
Venezuela	52,1	8,8	6,4
Uruguay 1996	70,3	13,4	6,6
Uruguay 2008	60,2	21,9	9,1

FUENTE: Paredes, Ciarniello y Brunet. 2010

En el mismo sentido, si se observa el porcentaje de personas adultas mayores analfabetas Uruguay no sólo presenta los guarismos más bajos, sino que muestra una disminución entre 1996 y 2008, donde el analfabetismo en términos generales se reduce a menos de la mitad, relación que se reproduce si se considera al interior de los sexos. Debe destacarse además que para el caso uruguayo las mujeres muestran menores niveles de analfabetismo respecto a los hombres, 3,1% y 4% en 2008, respectivamente.

Se advierten nuevamente las brechas en América Latina, donde Argentina presenta niveles bajos de analfabetismo al igual que Uruguay y en el otro extremo se encuentran casos como el de Guatemala, donde el 58,2% del total de las personas adultas mayores son analfabetas, con mayor proporción de mujeres (64,4%) por sobre los hombres (51,8%).

Cuadro 1.5. Porcentaje de adultos mayores analfabetos según sexo en América Latina (Ronda 2000 y Uruguay 1996 y 2008)

País	Total	Hombres	Mujeres
Argentina	5,8	5,4	6,1
Bolivia	47,5	30,3	62,3
Brasil	34,2	31,2	36,6
Chile	13,4	13,1	13,7
Costa Rica	16,3	16,5	16,1
Ecuador	25,6	21,6	29,3
Guatemala	58,2	51,8	64,6
Honduras	51,6	48,2	54,7
México	30,4	24,1	36,0
Nicaragua	46,0	45,0	46,8
Panamá	22,8	22,6	23,0
Paraguay	20,7	16,4	24,4
Rep. Dominicana	32,6	29,8	35,4
Venezuela	25,8	21,4	29,5
Uruguay 1996	7,3	8,5	6,5
Uruguay 2008	3,5	4,0	3,1

FUENTE: Ídem

Otro dato que se considera relevante en la caracterización de la situación de las personas mayores es la ascendencia, donde se registra una gran mayoría de las personas con ascendencia blanca 91,8%, seguidos de quienes tienen ascendencia afro o negra con un 2,36%, mientras que la población con ascendencia indígena no alcanza el 1%. Cabe advertir la proporción de la población sobre la cual no se tiene información (5%). (Ver cuadro 1.6)

Cuadro 1.6. Principal ascendencia de los adultos mayores en Uruguay (ECHA, 2008)

Ascendencia	%
Sin dato	4,85
Afro o negra	2,36
Asiática o amarilla	0,08
Blanca	91,8
Indígena	0,91
TOTAL	100,00

FUENTE: Ídem

No puede dejar de mencionarse que el relevamiento de la ascendencia inicia en Uruguay en el año 2006, por lo que no se cuenta con mucha información al respecto, sumado al hecho de que la forma de medición de la ascendencia se encuentra en perfeccionamiento.

Respecto de las personas mayores de 60 años según su estado conyugal, los dos cuadros siguientes permiten observar el caso de Uruguay en comparación con los demás países de América Latina.

El primer aspecto a destacar es el mayor porcentaje de hombres casados por sobre el de mujeres. Los hombres casados representaban el 65,2% en 2009 y las mujeres sólo el 36,2%. Como puede advertirse claramente de la comparación con América Latina, la mayor proporción de hombres casados por sobre las mujeres se repite para todos los casos.

Cuadro 1.7. Porcentaje de personas de 60 y más años casadas por sexo en América Latina (Ronda 2000 y Uruguay 1996 y 2009)

País	Total	Hombres	Mujeres
Argentina	51,2	68,5	38,6
Bolivia	53,5	65,2	43,4
Brasil	51,8	68,1	38,6
Chile	51,9	66,7	40,1
Costa Rica	49,7	61,7	38,8
Ecuador	45,5	53,3	38,3
Guatemala	47,1	57,1	36,9
Honduras	37,6	46,8	28,7
México	54,0	68,7	41,0
Nicaragua	39,1	51,1	28,5
Panamá	37,3	44,7	30,1
Paraguay	51,9	65,4	39,9
Rep. Dominicana	36,0	44,8	27,5
Venezuela	37,0	49,2	26,8
Uruguay 1996	49,9	67,0	37,3
Uruguay 2008	48,2	65,2	36,2

FUENTE: Ídem

La relación de mayoría de hombres casados por sobre las mujeres se invierte en el caso de considerar la viudez, donde tanto para Uruguay como para el resto de los países de América Latina es mucho

mayor la proporción de mujeres viudas que la de hombres.

Debe destacarse cómo, para el caso de Uruguay, las mujeres viudas son casi 4 veces más que los hombres que presentan la misma situación conyugal, donde las primeras alcanzan el 42,1% y los hombres el 11,6%.

Cuadro 1.8. Porcentaje de personas de 60 años y más viudas por sexo en América Latina (Ronda 2000 y Uruguay 1996 y 2008)

País	Total	Hombres	Mujeres
Argentina	31,5	12,9	45,0
Bolivia	30,5	19,6	39,8
Brasil	28,1	12,4	40,8
Chile	26,4	12,5	37,4
Costa Rica	21,6	10,3	32,0
Ecuador	21,2	11,3	30,4
Guatemala	22,8	11,1	34,3
Honduras	21,5	10,7	31,8
México	29,0	14,2	42,1
Nicaragua	27,8	14,0	39,9
Panamá	21,2	10,3	31,8
Paraguay	22,3	11,7	31,7
Rep. Dominicana	24,1	10,3	37,4
Venezuela	24,2	10,5	35,8
Uruguay 1996	28,2	10,1	41,5
Uruguay 2009	29,5	11,6	42,1

FUENTE: Ídem

Como se advierte en base a la información presentada y que destacan Paredes, Ciarniello y Brunet (2010), Uruguay presenta una de las poblaciones más envejecidas de América Latina, con tendencias a su vez a un envejecimiento de la vejez por el aumento de la población en las edades más avanzadas, característica que se presenta en forma más acentuada aún en la población femenina.

A su vez, el perfil de la población adulta mayor muestra características marcadamente urbanas, donde además presentan niveles de alfabetización e instrucción relativamente altos en comparación con el resto del continente. En lo que hace a la situación conyugal las mujeres muestran ser las más afectadas por la viudez. Finalmente cabe destacar que la

población presenta un perfil de ascendencia homogéneo, donde la mayoría de las personas mayores se definen como de ascendencia blanca, aspecto que

hace difícil la caracterización de la situación de otros grupos étnicos y raciales.

Adultos mayores y el desarrollo social y económico

El presente capítulo tiene por objetivo realizar un acercamiento a la situación de las personas adultas mayores a partir de una de las direcciones prioritarias definidas en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Madrid en el año 2002, relativa a las personas adultas mayores y el desarrollo.

Como se destaca en el título, al hacer referencia al desarrollo se lo toma como desarrollo social y económico, tal como lo definió la Asamblea de Madrid. Para esto se busca comprender aquellas cuestiones identificadas con el desarrollo: participación activa en la sociedad; el empleo y el envejecimiento de la fuerza de trabajo; desarrollo rural, migración y urbanización; acceso al conocimiento, la educación y la capacitación; solidaridad intergeneracional; erradicación de la pobreza; seguridad de los ingresos, protección social, seguridad social y prevención de la pobreza; y situaciones de emergencia.

Algunas de las cuestiones mencionadas ya fueron descriptas en el capítulo de aspectos demográficos. Las demás serán desarrollados a continuación.

Fuentes de seguridad económica en la vejez

Mercado laboral

Una primera aproximación a las fuentes de seguridad económica en la vejez, debe considerar la situación laboral de las personas adultas mayores. Un primer indicador de esta puede encontrarse en la tasa de participación económica en la vejez, es decir la relación entre las personas que participan del mercado laboral, tanto las que están insertas en el mercado como aquellas que buscan trabajo, por sobre el total de las personas mayores de 60 años.

El cuadro que se presenta a continuación muestra la tasa de participación económica en la vejez para los años 1996 y 2008. Como bien puede observarse, para el total de la población mayor de 60 años la tasa aumentó en un 4,77% y si se lo con-

sidera por sexos el aumento fue mayor entre las mujeres (5,43%) que entre los hombres (4,31%). De todas formas, debe destacarse que es mucho mayor la proporción de hombres que participan económicamente que la de mujeres, donde en 2008 los primeros constituyeron poco más del doble (37,39%) que las segundas (18,63%).

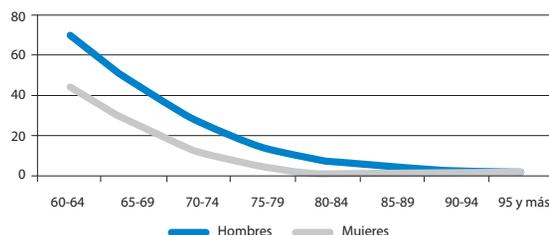
Cuadro 2.1. Tasa de participación económica en la vejez para la población de 60 años y más en Uruguay

Uruguay	1996	2008	Var %
Hombres	33,8	37,39	4,31
Mujeres	13,20	18,63	5,43
Ambos sexos	21,63	26,40	4,77

FUENTE: Paredes, Ciarniello y Brunet. 2010

Si también se considera la tasa de participación económica en la vejez por tramos etarios, se observa cómo, a medida que aumenta la edad, la brecha entre hombres y mujeres va disminuyendo en forma paulatina hasta llegar a cero. Esto evidencia una disminución más acentuada entre los hombres que entre las mujeres. Algo que no puede dejar de apreciarse es que a pesar de que a medida que aumenta la edad disminuye la tasa de participación económica, esta no se corresponde necesariamente con la jubilación.

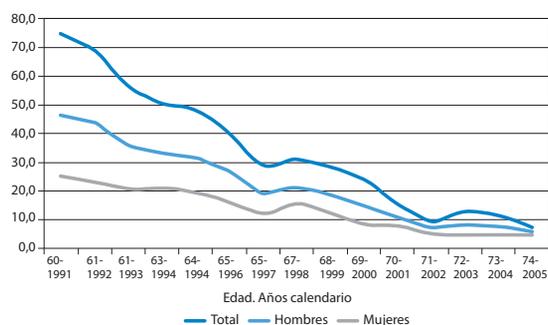
Figura 2.1. Tasa de participación económica en la vejez por sexo y tramos etarios para Uruguay, % (2008)



FUENTE: Ídem.

Resulta además interesante el estudio introducido por el Panorama de la Vejez en Uruguay (Rodríguez y Rossel, 2009), donde se siguió a la cohorte de la población nacida en 1931. Considerada esa cohorte en particular y siguiendo su trayectoria laboral, se desprende que a la edad de 60 años cerca del 50% aún se mantenían activos, porcentaje que desciende al 10% luego de 10 años.

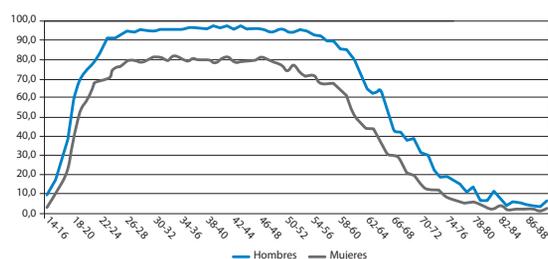
Figura 2.2. Variación de las tasas de actividad de personas nacidas en 1931 según sexo entre las edades de 60 a 75 años



FUENTE: Rodríguez y Rossel, 2009.

Si en lugar de considerar los totales de la cohorte se la diferencia por sexos, se desprende que la brecha entre hombres activos y mujeres activas es considerable, pues mientras que los hombres alcanzan alrededor del 75% a los 60 años, las mujeres no llegan al 30%. La explicación de esta diferencia se da por dos hipótesis: una es la posibilidad de que las mujeres de esa cohorte hayan tenido en promedio una menor inserción en el mercado laboral a lo largo de toda su vida y la otra es la posibilidad de un retiro del mercado laboral anticipado, es decir anterior a los 60 años (Rodríguez y Rossel, 2009).

Figura 2.3. Porcentaje de activos por edades simples, según sexo. Año 2008

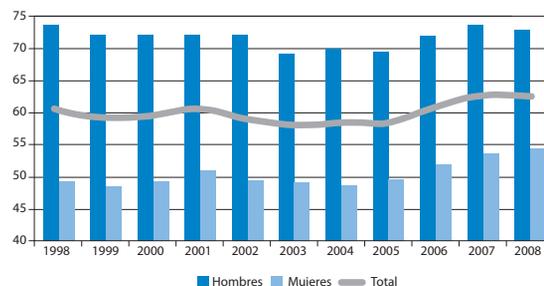


FUENTE: ídem.

En base a las hipótesis planteadas, si se considera a los activos por sexo y dentro del total de personas de su grupo de edad (figura 2.3), las mujeres muestran en todas las edades una menor participación en el mercado laboral, con niveles de actividad que solo superan el 80% y muy escasamente entre los 25 y los 48 años, mientras que en el caso de los hombres entre los 22 y 54 se encuentran por encima del 90%, llegando incluso cerca del 100%. El gráfico en cuestión no sólo muestra que las mujeres en promedio presentan un menor nivel de actividad que los hombres, sino que la salida del mercado laboral inicia antes, incluso antes de los 50 años, donde aún falta una década o más, según el caso, para la jubilación.

Si además se considera la tasa de actividad de la población en edad de trabajar, se constata una diferencia entre hombres y mujeres, pues mientras que los hombres mantienen una tasa de actividad que oscila en el entorno del 70%, las mujeres se encontraron hasta el año 2005 por debajo del 50%, para ir aumentando su tasa de actividad recién a partir del año 2006.

Figura 2.4. Tasa de actividad total y por sexo. País urbano, 1998-2008



FUENTE: Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2009

Las diferencias esbozadas muestran comportamientos diferentes entre hombres y mujeres no solo en lo que refiere a inserción en el mercado laboral, sino también respecto a las edades de salida, aspectos que pueden corresponderse con factores asociados al género, pero que no puede comprobarse en cuanto no se posee información que indique los motivos de salida del mercado laboral.

Teniendo en cuenta que los activos comprenden a aquellos que se encuentran ocupados y a los que buscan trabajo, cabe entonces considerar a los desocupados dentro de las personas mayores.

Como se aprecia en el cuadro 2.2, la tasa de des-

Cuadro 2.2. Tasa de desocupación en la vejez en Uruguay

Uruguay	1996	2008	Var %
Hombres	7,11	3,13	3,98
Mujeres	10,25	3,79	6,46
Ambos sexos	8,21	3,40	4,81

FUENTE: Paredes, Ciarniello y Brunet. 2010

ocupación descendió de 1996 a 2008 a menos de la mitad, se colocó en el 3,4%. Si se consideran las distribuciones al interior de los sexos, se observa como las mujeres (10,25%) partieron en 1996 de una tasa de desocupación alrededor de 3% superior a la de los hombres (7,11%), para ver reducida la brecha a menos de un punto porcentual, evidenciando que si bien en ambos sexos se experimentó una caída en la desocupación, esta fue más acentuada entre las mujeres.

Como señalan Paredes, Ciarniello y Brunet (2010), la caída en la desocupación no se explica por una disminución de personas mayores que buscan empleo, sino que dado que aumentó la tasa de participación en la actividad económica, la misma se explica por una mayor proporción de personas mayores que se encuentran ocupadas.

Si además se considera la proporción de personas mayores ocupadas por sobre el total de la población adulta mayor, se advierte que existe una si-

tuación diferencial a favor de los hombres (36,221%) por sobre las mujeres (17,927%). Esto no se debe a que las mujeres estén más afectadas por el desempleo, según se desprende del cuadro anterior, sino que se encuentran menos vinculadas al mercado de trabajo, lo cual puede pensarse esté relacionado con aspectos culturales de quienes son los adultos mayores del Uruguay actual.

A partir de la comprobación de la extensión de la vida laboralmente activa luego de la edad de jubilación, surge la cuestión de por qué las personas mayores continúan trabajando aún en edades avanzadas (cuadro 2.3) y si quienes continúan como activos son aquellos que no están cubiertos por el sistema de jubilaciones y pensiones.

Cuadro 2.3. Tasa de empleo en la vejez en Uruguay

Uruguay	2008
Hombres	36,221
Mujeres	17,927
Ambos sexos	25,509

FUENTE: Ídem

Lamentablemente no existen datos actualizados respecto a los motivos por los cuales las personas mayores continúan vinculadas al mercado de trabajo en edades avanzadas. El último estudio al respecto fue realizado por la CEPAL en el año 2000 (cuadro 2.4).

Cuadro 2.4. Población de 55 años y más que trabaja por motivo del trabajo según preferencia por seguir trabajando, en porcentaje

Preferencia por seguir trabajando	Total	Motivo por el cual trabaja			Para no permanecer inactivo
		Obtener un ingreso			
		Cubrir o reforzar el presupuesto del hogar	Pagar sus propios gastos y vivir de forma independiente	Ayudar a familiares que viven con el encuestado	
Total	100.0	80.2	7.4	2.1	10.3
Sí	100.0	77.8	7.3	1.2	13.7
No	100.0	85.5	7.6	4.2	2.7
Hombres	100.0	82.6	5.0	2.0	10.4
Sí	100.0	82.1	4.1	0.7	13.1
No	100.0	83.6	7.6	5.5	3.3
Mujeres	100.0	75.9	11.5	2.3	10.3
Sí	100.0	69.5	13.6	2.3	14.6
No	100.0	88.1	7.5	2.3	2.1

FUENTE: CEPAL. 2000

Como puede observarse en el cuadro 2.4, la amplia mayoría de las personas que declararon seguir trabajando lo hacen para cubrir o reforzar el presupuesto del hogar, motivo que responde exclusivamente a la necesidad de complementar ingresos que se obtienen u obtener el único ingreso que se percibe. El segundo motivo por el cual las personas mayores continúan trabajando, aunque con gran diferencia con el anterior, está constituido por el hecho de no permanecer inactivo, donde además surge una marcada diferencia entre quienes siguen trabajando porque quieren y quienes siguen trabajando a pesar de declarar que preferirían no seguir haciéndolo, relación que se encuentra tanto en los totales generales como en la consideración por sexos.

Cabe destacar además la diferencia que se registra entre hombres y mujeres a la hora de considerar a quienes siguen trabajando para pagar sus propios gastos y vivir en forma independiente, donde las mujeres (11,5%) son más que el doble de los hombres (5%), diferencia que se diluye en el caso de quienes trabajan a pesar de no querer seguir haciéndolo (hombres 7,6% y mujeres 7,5%) y aumenta en el caso de quienes trabajan y quieren continuar trabajando (hombres 4,1% y mujeres 13,6%).

Para complementar los motivos por los cuales las personas mayores continúan trabajando, vale considerar la condición de actividad en relación a la pobreza. El cuadro siguiente evidencia como entre los hombres pobres es mayor en casi un 8% la proporción de aquellos que se mantienen activos en el mercado laboral respecto a los no pobres, 30,9% y 22,9% respectivamente. Para el caso de las mujeres, si bien la diferencia es menor (4,3%) aún se encuentra presente: el 15,6% de las mujeres pobres adultas mayores permanecen activas, mientras que las no pobres alcanzan el 11,3%. (Cuadro 2.5)

Si además se consideran las diferencias vinculadas al territorio, se observa que en Montevideo y el interior no existe una gran diferencia entre el total de adultos mayores activos, registrando el interior un 0,9% más que Montevideo. Sin embargo, se advierte cómo entre la población pobre es menor la proporción de activos en el Interior (19,6%) en comparación con Montevideo (23,1%). De todas formas, siempre se mantiene la relación donde es mayor el porcentaje de los adultos mayores que se mantienen activos y son pobres, respecto a los no pobres. Debe notarse a su vez que los adultos mayores pobres de

Montevideo presentan un nivel de activos superior a los adultos mayores pobres del Interior.

Cuadro 2.5. Condición de actividad de adultos mayores según sexo y presencia de pobreza. Año 2008

Sexo	Tasa de actividad	No pobre	Pobre	Total
Hombres	Inactivo	77.1	69.1	76.9
	Activo	22.9	30.9	23.1
	Total	100.0	100.0	100.0
Mujeres	Inactivo	88.7	84.4	89.6
	Activo	11.3	15.6	11.4
	Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: Rodríguez y Rossel. 2009.

Cuadro 2.6. Condición de actividad de adultos mayores según región y presencia de pobreza. Año 2008

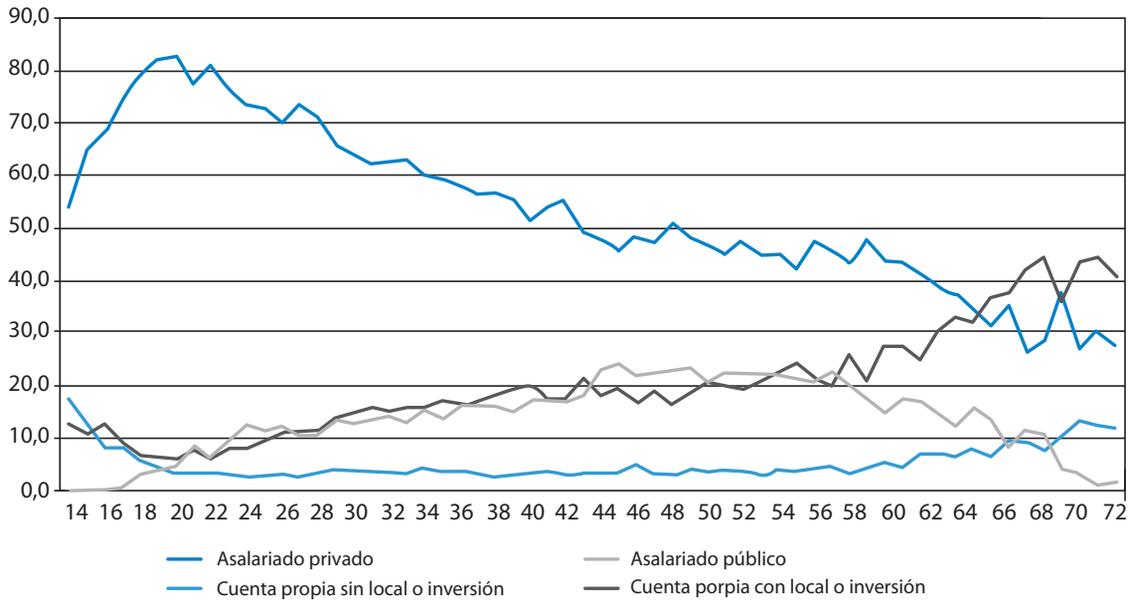
Región	Tasa de actividad	No pobre	Pobre	Total
Montevideo	Inactivo	84.7	76.9	84.5
	Activo	15.3	23.1	15.5
	Total	100.0	100.0	100.0
Interior	Inactivo	83.7	80.4	83.6
	Activo	16.3	19.6	16.4
	Total	100.0	100.0	100.0

FUENTE: ídem.

Frente a la situación descrita respecto a la permanencia de las personas mayores en el mercado laboral, cabe considerar en qué áreas del mismo se encuentran insertos y esto se indica a través de las categorías de ocupación.

Como bien puede apreciarse en la figura 2.5 siguiente, la mayoría de los activos son captados por el sector privado, siendo los asalariados privados quienes se despegan del resto desde el inicio de la vida laboral hasta el inicio de los años asociados a la jubilación. Es entonces a partir de los 65 años que se invierte la relación respecto a los demás tipos de ocupaciones, y si bien todas descienden, la que presenta la mayor proporción es la categoría de cuenta propia con local o inversión. La categoría en cuestión marca una mayor inserción en el tipo de

Figura 2.5. Categoría de la ocupación (sobre ocupados), por edades simples. Año 2008



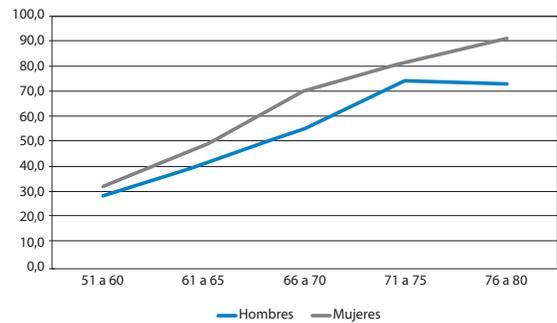
FUENTE: ídem.

empleos que dependen del propio adulto mayor y que comúnmente se asocian a pequeños emprendimientos donde la persona mayor realiza su actividad regulando sus horarios y el cual muchas veces se encuentra instalado en la propia vivienda, reduciendo así no sólo costos sino también aspectos asociados al traslado (Rodríguez y Rossel, 2009).

Otro aspecto a considerar entre la población ocupada son los aportes a la caja de jubilaciones. Como puede apreciarse en la figura 2.6, a medida que aumenta la edad aumenta la proporción de personas mayores ocupadas que no realizan aportes, llegando entre las mujeres incluso a sobrepasar el 90%. Para el caso de los hombres, si bien los valores se estancan antes del 80% constituyen un porcentaje igualmente alto.

Los motivos que responden a la evasión de aportes a la caja de jubilaciones pueden ser diversos. Debe tenerse en cuenta, como se desarrollará más adelante, que el sistema de seguridad social uruguayo no permite jubilarse de una actividad y continuar trabajando en la misma, el cual puede ser uno de los motivos por los cuales las personas eligen no realizar aportes para no declarar que siguen trabajando. Otro de los motivos puede responder al hecho de que, en los casos que se continúa trabajando

Figura 2.6. Porcentaje de adultos mayores ocupados que no aportan a caja de jubilaciones por tramos etarios. Año 2008



FUENTE: ídem.

como complemento al ingreso del hogar - los cuales como ya se desarrolló constituyen la mayoría de los casos - estiman el aporte como una pérdida de ingresos más que como previsión de una jubilación en el corto plazo o la generación de una pensión a los dependientes, en caso de haberlos.

A modo de resumen, en base a lo observado sobre la participación económica en la vejez, debe destacarse entonces que mientras que ésta aumentó en los últimos años y el aumento fue mayor para las mujeres que para los hombres, la brecha de gé-

nero sigue existiendo, sólo disminuyendo a medida que se consideran las edades más avanzadas. Otro aspecto que se destaca es que la disminución de la participación económica en la vejez no necesariamente se corresponde con la edad de jubilación, si bien se observa una disminución, tanto en el caso de hombres como de mujeres adultos mayores, muchos de ellos continúan vinculados al mercado laboral, sólo que desde la informalidad, la cual aumenta a medida que aumenta la edad.

Puede considerarse, que parte de la brecha en la participación económica en la vejez se explica por aspectos culturales que hacen a la división del trabajo entre sexos en la edad económicamente activa de los adultos mayores de la actualidad. Sin embargo, las diferencias también se encuentran en la inserción laboral de los grupos de población entre 15 y 59 años, donde se nota una menor participación económica de las mujeres, a lo cual se suma que la salida del mercado laboral se inicia en edades más tempranas que los hombres y anteriores a los 60 años.

Visto el aumento en la población económicamente activa en la vejez y la disminución del desempleo, esto evidencia que para ambos sexos aumentó el nivel de ocupados y en mayor medida para las mujeres que vieron disminuido el desempleo en mayor proporción que los hombres, a la vez que también aumentó su tasa de participación económica en la vejez. Existe entonces un aumento en la cantidad de gente mayor de 60 años empleada, a la vez que aumentó la proporción de gente adulta mayor que permanece activa.

En la búsqueda de un por qué a la continuidad en el mercado laboral, entre los motivos por los cuales la población adulta mayor permanece activa se destaca el interés por reforzar el presupuesto del hogar. Esto se advierte tanto en las personas mayores pobres como no pobres, con una mayor incidencia, aunque leve, entre los primeros por sobre los segundos y de los pobres de Montevideo por sobre los pobres del Interior. Si bien la condición de pobreza no aparece como un determinante fuerte para la permanencia en actividad, sí lo es la necesidad de complementar los ingresos, donde además de la informalidad, cobra mayor incidencia el tipo de inserción en emprendimientos por cuenta propia, con local o inversión o sin local o inversión.

Prestaciones sociales y cobertura

Respecto a las prestaciones sociales, lo que se hace esencial analizar en primer lugar es la cobertura, para entonces poder aproximarse a la realidad del alcance de las prestaciones al total de la población adulta mayor; y en segundo lugar, pero no menos importante, a los ingresos que suponen las prestaciones en cuestión, este último será retomado en el módulo de ingresos.

En lo que refiere estrictamente al análisis de cobertura, el Instituto de Previsión Social (BPS) ha publicado investigaciones que permiten conocer el alcance de la misma. Entre ellos se destaca el publicado por Lazo y Pereira en Comentarios de Seguridad Social, correspondiente al tercer trimestre de 2009 y que actualiza un informe publicado el año anterior.

Cuadro 2.7

	Jubilados y Pensionistas en la relación a población mayor de 64 años		
	BPS (1)	Otras Instituciones de Seguridad Social (2)	Total
1996	87.52%	7.50%	95.02%
1997	88.31%	7.96%	96.28%
1998	88.78%	7.56%	96.34%
1999	88.81%	7.47%	96.28%
2000	88.89%	7.67%	96.57%
2001	88.88%	7.45%	96.33%
2002	89.19%	7.34%	96.53%
2003	89.43%	7.52%	96.96%
2004	89.90%	7.49%	97.30%
2005	89.74%	7.37%	97.11%
2006	89.30%	7.73%	97.02%
2007	88.47%	7.92%	96.39%
2008	88.10%	7.84%	95.94%

FUENTE: Lazo y Pereira. 2009

El cuadro 2.7 permite observar la evolución de la cobertura de las prestaciones tanto contributivas como no contributivas, ya sea por parte de BPS como de las demás instituciones de seguridad social. Las prestaciones no contributivas si bien aparecen consideradas en el total de las prestaciones del BPS, serán consideradas por separado más adelante.

Es interesante observar que la cobertura por concepto de jubilación y pensión contributiva y no contributiva se ha mantenido desde hace más de 10 años siempre por encima del 95%, alcanzando su mayor nivel en 2004 (97,30%).

Parece interesante a su vez, tener en cuenta a cuántos hombres y mujeres se corresponden los valores citados de cobertura. Si bien no se cuenta con información al respecto, se presentan a continuación los pasivos cubiertos por el banco de previsión social, cabe aclarar que quedan fuera los afectados por las cajas paraestatales.

Cuadro 2.8. Pasivos del BPS de 60 y más años por sexos. Junio 2010

Total pasivos	60-64	65 y +	Total	%
Hombres	22.964	154.012	176.976	37,1
Mujeres	40.745	258.802	299.547	62,9
Total	63.709	412.814	476.523	100%
%(*)	10,92%	70,75%		

(*) Porcentaje sobre el total de pasividades

FUENTE: BPS. AGSS - Asesoría Económica y Actuarial.

El cuadro precedente muestra la distribución de pasivos a partir de los 60 años. Estos constituyen poco más del 81% del total de las prestaciones de pasividad que otorga el BPS. No puede dejar a su vez de advertirse como las prestaciones a partir de los 65 años constituyen el 70,75% del total.

Otro aspecto que se destaca es que se observa una mayor proporción entre los pasivos de mujeres (62,9%) por sobre los hombres (37,1%). Esta diferencia debe tomarse con cuidado en cuanto que no necesariamente se corresponde con una mayor cobertura de las mujeres por sobre los hombres. El análisis de este aspecto será retomado más adelante.

Prestaciones sociales contributivas

La consideración de las prestaciones de tipo contributivo supone a quienes reciben algún tipo de prestación originada en base a las aportaciones realizadas al sistema.

El acceso a la jubilación en la actualidad está regulado por las Leyes N°16.713 y N°18.395, los requisitos son los siguientes:

- Jubilación común: 60 años de edad y 30 años mínimos de servicios requeridos
- Jubilación por edad avanzada: 70 años de edad y 15 años de servicios
 - 69 años de edad y 17 años de servicios
 - 68 años de edad y 19 años de servicios
 - 67 años de edad y 21 años de servicios
 - 66 años de edad y 23 años de servicios
 - 65 años de edad y 25 años de servicios
- Jubilación por invalidez
 - trabajadores de hasta 25 años, mínimo de 6 meses de actividad;
 - trabajadores de más de 25 años, mínimo de 2 años.
 - no se exige mínimo de años de actividad si la incapacidad sobreviene por causa y ocasión del trabajo.
 - incapacidad sobrevinida luego del cese: mínimo de 10 años de actividad, tiene que ser su única pasividad y se debe probar residencia en el país desde la fecha de cese.
- Subsidio transitorio por incapacidad:
 - trabajadores de hasta 25 años, mínimo de 6 meses de actividad;
 - trabajadores de más de 25 años, mínimo de 2 años.

Cabe además destacar que en el caso de las mujeres se computa un año adicional ficto y con un límite de cinco, por cada hijo nacido vivo o adoptado menor de edad o discapacitado.

En el cuadro siguiente se observa como los niveles de cobertura alcanzan un máximo en el año 2004 (91,51%), reduciéndose luego paulatinamente hasta el año 2008 que llega al 89,44%. Como puede observarse, al retirar las prestaciones no contributivas se reduce la cobertura por parte del BPS pero no de las cajas paraestatales. Esto se explica por el tipo de prestaciones que realizan las mismas el cual se restringe únicamente a las de tipo contributivo. (Cuadro 2.9)

Si se considera a Uruguay en forma comparada con América Latina, se desprenden los altos niveles de cobertura en términos comparativos que originó el sistema, donde los ingresos por jubilaciones o pensiones de las personas mayores de 60 años son los más altos de los países que se presentan en el la figura 2.7 siguiente.

Cuadro 2.9.

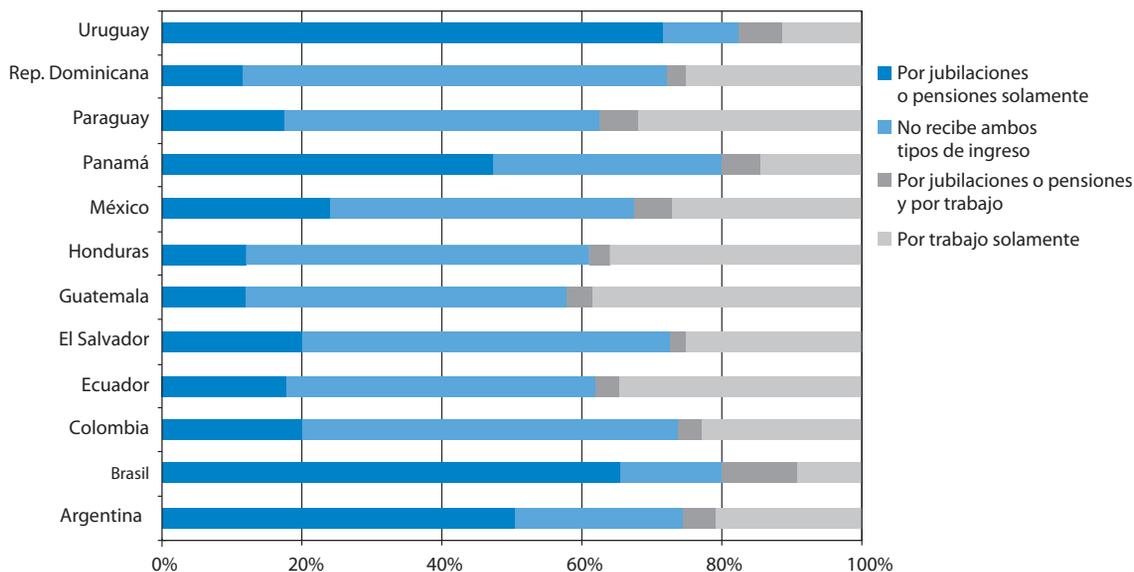
	Jubilados y Pensionistas en relación a población mayor de 64 años		
	BPS	Otras Instituciones de Seguridad Social (1)	Total
1996	80.86%	7.50%	88.36%
1997	81.65%	7.96%	89.61%
1998	82.37%	7.56%	89.93%
1999	82.64%	7.47%	90.11%
2000	82.88%	7.67%	90.55%
2001	83.01%	7.45%	90.46%
2002	83.44%	7.34%	90.78%
2003	83.69%	7.52%	91.22%
2004	84.01%	7.49%	91.51%
2005	83.88%	7.37%	91.25%
2006	83.31%	7.73%	91.04%
2007	82.27%	7.92%	90.19%
2008	81.60%	7.84%	89.44%

FUENTE: Lazo y Pereira. 2009

El cuadro 2.10 que se presenta a continuación muestra la cobertura brindada por el BPS y las Cajas Paraestatales, sólo para el caso de los jubilados, es decir que excluye a los pensionistas. En éste se observa nuevamente una leve caída en la cobertura de los jubilados a partir del año 2004, esto es, un descenso en el número de personas que perciben una jubilación. El aumento de las personas mayores de 64 años que no son beneficiarias de una jubilación se explica porque han permanecido vinculadas a una actividad formal. En resumen, esto implica que no hay una disminución de la cobertura en materia de prestaciones por concepto de jubilación, sino que las personas de ese grupo etario aparecen cubiertas por prestaciones de otro tipo, es decir las de actividad (Lazo y Pereira, 2009). (Cuadro 2.10)

El cuadro siguiente muestra a los jubilados del BPS a partir de los 60 años y su composición por sexos. Como puede observarse, quienes son jubilados de 60 y más años constituyen alrededor del 97% del total de los jubilados, encontrándose a su vez el grueso de la distribución a partir de los 65 años.

Figura 2.7. América Latina (países seleccionados): población de 60 años y más según fuente de ingreso, zonas urbanas. Circa 2005



FUENTE: ASDI-CEPAL. 2010

Cuadro 2.10.

	Jubilados en relación a población mayor de 64 años		
	BPS	Otras Instituciones de Seguridad Social (1)	Total
1996	66.13%	5.92%	72.05%
1997	67.17%	5.99%	73.15%
1998	68.02%	5.91%	73.93%
1999	68.35%	5.96%	74.32%
2000	68.62%	6.03%	74.65%
2001	68.73%	6.14%	74.87%
2002	68.92%	6.26%	75.18%
2003	69.13%	6.37%	75.50%
2004	69.33%	6.41%	75.75%
2005	69.15%	6.44%	75.59%
2006	68.59%	6.45%	75.04%
2007	67.64%	6.84%	74.47%
2008	66.96%	6.72%	73.68%

FUENTE: Lazo y Pereira. 2009

Cuadro 2.11. Jubilados del BPS de 60 y más años por sexo. Junio 2010

Jubilados	60-64	65 y +	Total	%
Hombres	20.514	141.570	162.084	45,2
Mujeres	23.295	173.246	196.541	54,8
Total	43.809	314.816	358.625	100%
% (*)	11,87%	85,30%		

(*) Porcentaje sobre el total de los jubilados

FUENTE: BPS. AGSS - Asesoría Económica y Actuarial.

Cabe además señalar la mayor proporción de mujeres (54,8%) que perciben prestaciones de este tipo por sobre los hombres (45,2%). Como señalan Pugliese y Santos (2008), la mayor proporción de mujeres en los totales de quienes reciben jubilaciones por parte del BPS puede hacer pensar que las mujeres están en mejor situación de cobertura respecto a los hombres. Sin embargo, al comparar los datos del total de la población de 60 y más con el total de este sector de la población que percibe una jubilación, esta proporción se invierte, lo cual se explica por la feminización del envejecimiento (Pugliese y Santos, 2008).

Cuadro 2.12. Proporción de jubilados del BPS de 60 y más años sobre el total de la población de 60 y más años, por sexo

Hombres de 60 y más años	239.174	
Hombres jubilados BPS de 60 y +	152.920	64%
Mujeres de 60 y más años	335.264	
Mujeres jubiladas BPS de 60 y +	182.912	55%

FUENTE: Pugliese y Santos, 2008

Continuando con el análisis de la evolución por tipos de prestaciones, en el cuadro 2.13 se presentan los niveles de cobertura de las pensiones. En primer lugar debe destacarse que de acuerdo a la forma de registro, si un jubilado percibe una pensión y además una jubilación se computa como jubilado, por lo que se estima que el nivel de pensionistas es mayor al registrado en el cuadro que se presenta (Pereira. 2010).

Cuadro 2.13

	Pensionistas en relación a población mayor de 64 años		
	BPS	Otras Instituciones de Seguridad Social (1)	Total
1996	14.73%	1.58%	16.32%
1997	14.48%	1.98%	16.46%
1998	14.32%	1.65%	16.00%
1999	14.29%	1.50%	15.79%
2000	14.26%	1.64%	15.90%
2001	14.28%	1.31%	15.59%
2002	14.52%	1.08%	15.60%
2003	14.56%	1.16%	15.72%
2004	14.68%	1.08%	15.76%
2005	14.73%	0.93%	15.66%
2006	14.72%	1.28%	16.00%
2007	14.63%	1.08%	15.72%
2008	14.64%	1.12%	15.76%

FUENTE: Pereira, C. 2010

Cabe recordar que las pensiones por sobrevivencia cubren a la pareja en caso de viudez, a hijos solteros menores de 21 años, hijos solteros incapacitados para trabajar mayores de 18 años, a los padres incapacitados para trabajar y a los divorciados. En el caso

de las mujeres viudas, la pensión se define de acuerdo a la edad que tienen al momento en que se produce el fallecimiento (2 años para menores de 30, 5 años para personas entre 30 y 39 años, vitalicia para mayores de 40 años). En el caso de hombres viudos, éste debe acreditar la dependencia económica.

Como puede observarse, el nivel de cobertura del total de las personas mayores de 64 años siempre se ha encontrado por encima del 15% en el período presentado y las diferencias registradas en ningún caso llegan al 1%. Por lo expresado puede sostenerse que el nivel de cobertura en pensiones por sobrevivencia se ha mantenido estable.

Adicionalmente, en el cuadro siguiente se aprecia que este caso sí se registra un nivel de cobertura superior a favor de las mujeres (95%) por sobre los hombres (5%), el cual no puede ser explicado en base a indicadores demográficos. En este caso, la cobertura marcadamente mayor de las mujeres obedece a que recién a partir de 1996 este beneficio se hizo extensivo a los hombres, quienes además deben probar la imposibilidad de sobrevivencia por sus propios medios económicos.

Si se considera a los pensionistas mayores de 60 años en lo que respecta a la distribución por sexos, se advierte claramente la mayor cobertura de mujeres (98,2%) por sobre los hombres (1,8%).

La proporción en referencia puede tener varias explicaciones que entre todas contribuyen a configurar las proporciones tal como se muestran. En primer lugar la legislación ya citada, donde hace relativamente pocos años que los hombres pueden ser beneficiarios de este tipo de prestación y los requisitos de acceso son mayores que en el caso de las mujeres. En segundo lugar, la feminización del envejecimiento, donde la proporción de mujeres por sobre los hombres asciende a medida que se consideran las edades superiores. Deben además tenerse en cuenta aspectos vinculados a la constitución/reconstitución de la pareja, que ya fueran destacados en el apartado de indicadores sociodemográficos, donde los hombres casados mayores de 60 años alcanzan el 65,2%, mientras que las mujeres constituyen el 36,2%. La relación se invierte si se considera a las personas viudas mayores de 60 años, donde los hombres constituyen el 11,6% y las mujeres el 42,1%. (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010)

Cuadro 2.14. Pensionistas del BPS de 60 y más años por sexo. Junio 2010

Pensionistas	60-64	65 y +	Total	%
Hombres	427	1.050	1.477	1,8
Mujeres	14.869	64.578	79.442	98,2
Total	15.296	65.623	80.919	100%
% (*)	11,38%	48,84%		

(*) Porcentaje sobre el total de los pensionistas

FUENTE: BPS. AGSS – Asesoría Económica y Actuarial.

Las pensiones percibidas por personas de 60 y más años constituyen el 60,22% del total de las pensiones del BPS. Esta proporción se explica por las características del tipo de prestación, la cual si bien puede tener una mayor proporción después de los 60 años no es un beneficio exclusivo del adulto mayor, sino que se aplica siempre en caso de fallecimiento de alguien que realizó aportaciones al sistema.

En el cuadro 2.15 se presentan las proporciones de hombres y mujeres con algún tipo de prestación contributiva. Como bien puede observarse, en el año 1996 los hombres presentaban una mayor cobertura respecto a las mujeres, con una diferencia superior al 10%. Para el caso del año 2008, la brecha en la cobertura entre hombres y mujeres se acorta, superando incluso las mujeres a los hombres por poco más del 2%.

Cuadro 2.15. Proporción de personas de 60 y más con jubilación o pensión para Uruguay 1996 y 2008 según sexo

Uruguay	1996	2008	Var %
Hombres	96,797	73,389	-19,41
Mujeres	82,151	75,477	-6,67
Ambos sexos	86,007	74,612	-11,40

FUENTE: Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010

Como puede notarse, la proporción de personas de 60 y más años que recibe algún tipo de jubilación o pensión desciende en forma considerable para ambos sexos, sin embargo, el descenso en el caso de los hombres es mayor, generando la ya mencionada diferencia a favor de las mujeres.

En este caso, las proporciones de cobertura para 1996 y 2008 no se corresponden con los cuadros presentados en base a datos del BPS. Sin embargo debe tenerse presente que este cuadro evalúa la co-

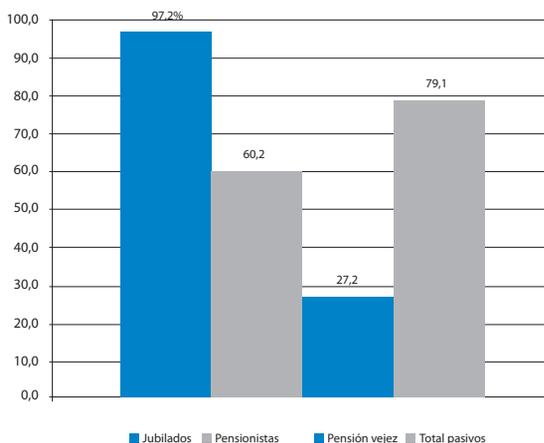
bertura en jubilaciones y pensiones de las personas de 60 y más años. En cambio los anteriores analizaban la cobertura de los mayores de 64 años.

Puede surgir el cuestionamiento de qué sucede con las personas que no tienen acceso a una jubilación o pensión. Los aspectos vinculados a pensiones no contributivas y personas sin cobertura de seguridad social serán retomados más adelante.

A continuación se presenta el peso de las personas de 60 y más años sobre el tipo de prestación que perciben. En el mismo puede apreciarse como el total de pasivos está conformado en su amplia mayoría por personas mayores de 60 años (79,1%). En este sentido, dentro de los jubilados los mayores de 60 años constituyen más del 97%, proporción que descende si se considera a los pensionistas (60,2%) y que obedece a los aspectos ya desarrollados.

Para el caso de las pensiones a la vejez, la proporción que se presenta (27,2%) es sobre el total de pensiones no contributivas que brinda el BPS, donde la mayor proporción está conformada por las pensiones de invalidez.

Figura 2.8. Proporción de personas de 60 y más años en cada grupo de prestaciones y en total de pasivos. Junio 2010



FUENTE: Elaboración propia en base a datos BPS - AGSS, 2010

Prestaciones sociales no contributivas

La característica principal de las pensiones a la vejez es que son de tipo no contributivo, es decir, es una prestación económica generada únicamente en función de la edad de las personas y de su situación socioeconómica. Su nacimiento se ubica a inicios

del SXX, creadas por medio de la Ley N°6.874 del 11 de febrero de 1919, están conformadas por las pensiones no contributivas a la vejez y las pensiones no contributivas por invalidez. Desde su génesis, cambió en más de una ocasión la edad exigible para el acceso a la misma. Inicialmente se establecieron los 60 años como requisito de acceso, su última modificación, con la Ley 16.713 de 1995, la edad exigible pasó a ser de 70 años, manteniéndose hasta la actualidad dicho requisito.

Debe destacarse la Ley 16.929 de 1998 como avance en lo que refiere a la cobertura de este tipo de prestación. Con la intención de contemplar la situación de los uruguayos que viven en la frontera, se flexibilizaron los requisitos de residencia para los uruguayos que vivan hasta a 5 km de distancia de la frontera y cumplan con lo establecido como para ser beneficiarios de pensiones por vejez o invalidez. En este sentido, es importante mencionar que recién en julio de 2009 se logró un convenio con Brasil por intercambio de información y para facilitar el acceso del grupo en referencia a la mencionada prestación. (Kluser, 2009)

Como complemento a la legislación referida, se encuentra el Programa de Asistencia a la Vejez, vigente desde enero de 2008 por medio de la Ley N°18.227, como componente del Plan de Equidad. Éste se basa en transferencias monetarias a personas entre 65 y 70 años, que no alcanzan la edad exigida para una pensión no contributiva a la vejez, pero que viven situaciones socioeconómicas vulnerables y no son beneficiarios de ningún tipo de prestación de seguridad social. Este programa surge entonces para cubrir aquellos casos de mayor vulnerabilidad que estaban quedando desprotegidos por la legislación existente.

Cuadro 2.16. Porcentaje de personas de 70 años y más que reciben pensión a la vejez por sexo, según años

Años	Total	Hombres	Mujeres
2006	3.9	3.0	4.5
2007	4.3	3.4	4.8
2008	4.4	3.5	5.1

FUENTE: Kluser, 2009

Del cuadro 2.16 se desprende la cobertura de pensiones a la vejez respecto al total de la población de 70 años y más. Como bien puede advertirse, el mismo no comprende las pensiones generadas a partir de la Ley N°18.227, ya citada. Se destaca como la cobertura presenta un aumento paulatino a lo largo del período analizado. Dicho aumento se aprecia también en la desagregación por sexos, aunque con mayor incidencia entre las mujeres, las que a su vez presentan un mayor nivel de alcance en la cobertura.

Es importante recordar lo que se mencionó en el caso de las jubilaciones, donde si bien las mujeres aparecían entre la proporción de jubilados con una aparente mayor cobertura, al considerarlas dentro del total de mujeres de 65 años y más la relación se invertía presentando los hombres mayores niveles de cobertura. En el caso de las pensiones a la vejez, al considerar a las mujeres beneficiarias de este tipo de prestación entre el total de las mujeres mayores de 70 años, tal como lo hace el cuadro anterior, se comprueba que efectivamente ellas presentan mayores niveles de cobertura por sobre el grupo de los hombres. Cabe entonces considerar la posibilidad de que las mujeres mayores de 70 años estén cumpliendo en mayor medida con los requisitos para acceder a este tipo de prestación: situación económica vulnerable que implica el no acceso a prestaciones de otro tipo.

El cuadro 2.17 muestra las pensiones a la vejez e invalidez en el grupo de personas de 65 y más años, por lo que se encuentra incluida la población alcanzada por el Programa de Asistencia a la Vejez. Como puede advertirse, la población de 65 y más años no constituye el 100% de los beneficiarios de pensiones a la vejez e invalidez, sino que sólo el 40,5%, el resto de las prestaciones corresponden a pensiones de invalidez en edades inferiores.

Cuadro 2.17. Pensiones no contributivas por sexo y totales. Junio 2010

Pensión vejez e invalidez	65 y +	%
Hombres	11.392	30,9
Mujeres	20.983	48,60
Total vejez	21.726	67,10
Total invalidez	10.649	32,90
Total	32.375	40,5
Total (todas las edades)	80.024	100,00

FUENTE: Elaboración propia en base a datos BPS - AGSS, 2010

Otro aspecto que surge del cuadro 2.17 es el mayor peso de las personas de 65 y más años entre las pensiones a la vejez que entre las pensiones de invalidez. Las primeras constituyen dos tercios del total de las pensiones no contributivas recibidas por la población de 65 y más años.

Puede además advertirse, como entre las mujeres que perciben pensiones a la vejez o invalidez las mayores de 65 años alcanzan casi el 50% de los casos (48,6%), mientras que entre los hombres aquellos que reciben este tipo de prestaciones después de los 65 años apenas superan el 30%, concentrándose el resto de las prestaciones por este concepto en las edades anteriores.

El cuadro siguiente permite apreciar como las pensiones a la vejez aumentan con la edad, presentando una mayor proporción luego de los 80 años.

El análisis de las variaciones entre años permite advertir que la cobertura aumentó significativamente en el grupo de 70 a 74 años tanto entre 2006 y 2007 (9%), como de 2007 a 2008 (18%), mientras que en los demás grupos etarios si bien también se registró un aumento, no fue tan significativo. Lo expuesto explica el descenso en la estructura porcentual respecto al peso de la población de 80 y más años, la cual si bien aumentó en valores absolutos ve disminuido su peso

Cuadro 2.18. Beneficiarios de pensión a la vejez por tramos de edad, según años. Total país a diciembre 2008

Años	Tramo de edad			
	70-74	75-79	80 y +	Total
Beneficiarios:				
2006	5.230	5.622	7.251	18.103
2007	5.700	5.775	7.303	18.778
2008	6.730	6.028	7.566	20.324
Estructura (%):				
2006	28,9	31,1	40,1	100,0
2007	30,4	30,8	38,9	100,0
2008	33,1	29,7	37,2	100,0
Variaciones (%):				
2007-2008	9,0	2,7	0,7	3,7
2008-2007	18,0	4,3	3,6	8,2

FUENTE: Kluver, 20

en el conjunto de los grupos de edades considerados, al igual que el grupo de 75-79. De todas formas se observa, y es importante destacar, un aumento en la cobertura total entre 2007-2008 (3,7%) mayor con respecto a la variación 2006-2007 (8,2%).

Si consideramos a quienes viven solos según el tipo de pensión que reciben, se desprende que constituyen la mayoría quienes reciben algún tipo de pensión a quienes no perciben ninguna (41,9%). Quienes perciben pensiones de sobrevivencia son la mayoría (52,7%), seguidos de quienes perciben pensiones a la vejez (3,9%) e invalidez (1,3%).

De la consideración al interior de los sexos, cabe advertir como es mucho menor la proporción de mujeres que no reciben ningún tipo de pensión (27,7%) respecto a la de hombres (83,3%). A su vez, entre quienes reciben pensiones las relaciones se mantienen, donde las pensiones de sobrevivencia constituyen la mayoría en ambos casos con un 67,9% para las mujeres y un 8,4% para el caso de los hombres, seguidos de quienes perciben pensiones a la vejez, donde la proporción de hombres es mayor a la de mujeres, 6% contra 3,1%, respectivamente. Finalmente respecto de las pensiones por invalidez los hombres presentan también un mayor nivel de cobertura 2%, contra 1,1%.

Cuadro 2.19. Proporción de personas de 65 y más años que viven solas por sexo, según tipo de pensión que reciben

	Hombres	Mujeres	Total
Ninguna	83.3	27.7	41.9
Pensión a la vejez	6	3.1	3.9
Pensión de sobrevivencia	8.4	67.9	52.7
Pensión de invalidez	2	1.1	1.3
Pensión del extranjero	0.4	0.2	0.3
Total	100	100	100

FUENTE: Elaboración propia en base a ECH 2009, INE. 2010b

Ingresos

El análisis de los ingresos será presentado en dos etapas. En una primera parte se analizan los ingresos que suponen las prestaciones sociales tanto

contributivas como no contributivas. En segundo lugar, se analizarán los niveles de ingresos en la vejez por todo concepto.

En lo que refiere al ingreso que suponen las prestaciones recibidas, la Asesoría General en Seguridad Social (AGSS) del BPS publica las cifras que permiten conocer la situación referente al mismo, aunque sólo para el caso de quienes perciben ingresos por medio del BPS.

En el cuadro que se presenta a continuación puede observarse el ingreso desagregado en función de la Base de Prestaciones Contributivas (BPC). El mismo muestra el total de pasivos que reciben prestaciones por todo concepto. Debe notarse que este comprende a pasivos de todas las edades, desde los 0 años en adelante, por lo que la información respecto de los ingresos de las pasividades no es una descripción exacta de los ingresos de las personas mayores. Cabe aclarar que al momento de elaborar este informe, desde el gobierno se anunció un aumento a partir del 1 de octubre de 2010 para los jubilados y pensionistas mayores de 65 años que perciben las jubilaciones mínimas, alcanzando 1,75 BPC, es decir \$3.606 a la fecha.

Cuadro 2.20. Total de pasivos (*) del Banco de Previsión Social por tramo de ingresos, según sexo. Datos a Junio 2010

	Hasta 1 BPC	1-3 BPC	3-6 BPC	6-10 BPC	+ de 10 BPC	Total
Total pasivos						
Hombres	4.079	106.516	48.470	30.351	21.055	210.471
Mujeres	41.474	168.083	93.125	43.351	26.957	372.990
Total	45.553	274.599	141.595	73.702	48.012	583.461
%	7,81%	47,06%	24,27%	12,63%	8,23%	

NOTA: 1 BPC=\$2.061

(*) Todas las edades

FUENTE: BPS - AGSS, 2010

Como puede observarse, la mayoría de las prestaciones (54,87%) se concentran en los dos primeros tramos de ingresos, aquellos que comprenden hasta 3 BPC y que por lo tanto suponen un ingreso de hasta \$6.183. De hecho si se consideran las jubilaciones y pensiones inferiores a 1 BPC puede observarse como las mujeres son las principales beneficiarias de las mismas (41.474, lo que equivale al 91%).

Debe aclararse que la AGSS calcula que un total

de 127.400 pasivos perciben más de una pasividad, por lo que no puede estimarse que la información presentada se corresponda con el único ingreso que reciben los pasivos por concepto de prestaciones, ya sean contributivas o no contributivas. A esto debe agregarse que el sistema de jubilaciones y pensiones uruguayo permite la jubilación por más de una caja o la jubilación de una caja y continuar aportando en otra diferente. Si bien esto permite una primera aproximación, más adelante se presenta un análisis con mayor detalle de los ingresos de las personas mayores.

El cuadro siguiente muestra la distribución de jubilados, según tramos de ingreso y sexo, para el total de jubilados del BPS. Como puede observarse, la mayor proporción de las jubilaciones se concentran entre 1 y 6 BPC, alcanzando entre las dos poco más del 70% del total de los jubilados.

Cuadro 2.21. Jubilados* del Banco de Previsión Social por tramos de ingreso, según sexo. Junio 2010

	Hasta 1 BPC	1-3 BPC	3-6 BPC	6-10 BPC	+ de 10 BPC	Total
Jubilados						
Hombres	4.079	106.516	48.470	30.351	21.055	210.471
Mujeres	41.474	168.083	93.125	43.351	26.957	372.990
Total	45.553	274.599	141.595	73.702	48.012	583.461
%	7,81%	47,06%	24,27%	12,63%	8,23%	

(*)Todas las edades. FUENTE: BPS - AGSS, 2010

A diferencia del caso de las jubilaciones, las prestaciones por concepto de pensión se concentran en su mayoría en los dos tramos de ingresos más bajos, desde menos de 1BPC hasta 3BPC, alcanzando entre ambos más del 72% del total de las prestaciones por este concepto.

Cuadro 2.22. Pensionistas del Banco de Previsión Social* por tramo de ingresos según sexo. Junio 2010

	Hasta 1 BPC	1-3 BPC	3-6 BPC	6-10 BPC	+ de 10 BPC	Total
Pensionistas						
Hombres	2.234	3.206	992	224	60	6.716
Mujeres	36.977	55.312	22.979	9.493	2.879	127.640
Total	39.211	58.518	23.971	9.717	2.939	134.356
%	29,18%	43,55%	17,84%	7,23%	2,19%	100%

(*) Todas las edades. No incluye pensiones a la vejez e invalidez
FUENTE: BPS - AGSS, 2010

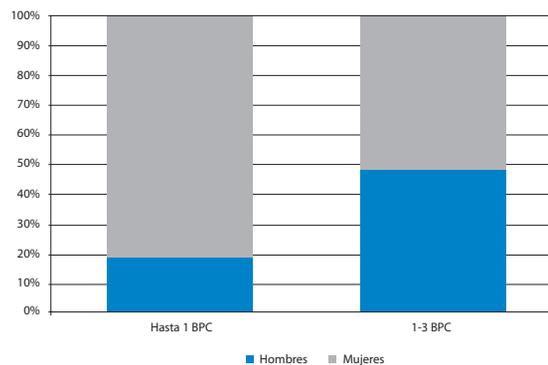
Teniendo en cuenta las pensiones a la vejez e invalidez, puede advertirse se concentran en su totalidad entre 0 y 3 BPC, donde se estaría advirtiendo que la máxima pensión a la vejez recibida por los beneficiarios de esta prestación asciende a la fecha de elaboración de este informe a un total de \$6.183. Otro dato que surge del cuadro siguiente es el hecho de que entre quienes reciben menos de 1BPC la gran mayoría son mujeres (82%), mientras que en el siguiente tramo de ingresos la proporción entre hombres y mujeres presenta un mayor equilibrio, 48% y 52% respectivamente. Para una apreciación gráfica de lo expresado ver la figura 2.10.

Cuadro 2.23. Beneficiarios de pensión a la vejez e invalidez (*) por tramos de ingreso, según sexo. Junio 2010

	Hasta 1 BPC	1-3 BPC	3-6 BPC	6-10 BPC	+ de 10 BPC	Total
Pensión vejez						
Hombres	952	35.883	0	0	0	36.835
Mujeres	4.228	38.961	0	0	0	43.189
Total	5.180	74.844	0	0	0	80.024
%	6,47%	93,53%	0%	0%	0%	100%

(*) Todas las edades. FUENTE: BPS - AGSS, 2010

Figura 2.10. Beneficiarios de pensiones a la vejez por sexo. Junio 2010



FUENTE: Elaboración propia en base al cuadro anterior

De la consideración del ingreso per cápita de los hogares en función del ingreso promedio de las personas mayores que reciben pensiones a la vejez, surge como observación interesante el hecho de que en todos los casos, tanto si se atiende a los totales como a la distribución por sexos, el ingreso por

concepto de las pensiones siempre supera el ingreso per cápita del hogar. El aspecto anotado evidencia como las personas mayores pensionistas a la vejez contribuyen al aumento del ingreso per cápita de los hogares, donde en algunos casos este ingreso puede determinar la caída o no por debajo de la línea de pobreza, dado que estarían contribuyendo a aumentar el poder adquisitivo de los hogares. Cabe aclarar que esto no necesariamente implica que el adulto mayor realice transferencias efectivas al interior del hogar.

Cuadro 2.24. Comparativo de ingreso per cápita del hogar e ingreso del pensionista por sexo, según años. Valores corrientes promedio mensual

Años	Total		Hombres		Mujeres	
	Hogar (1)	Persona (2)	Hogar (1)	Personas (2)	Hogar (1)	Persona (2)
2006	2.966	3.215	2.740	3.404	3.028	3.135
2007	3.031	3.424	2.881	3.387	3.107	3.441
2008	3.859	4.229	3.740	4.875	3.900	3.949

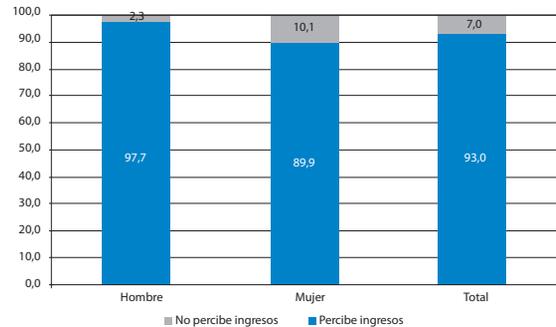
FUENTE: Kluver, 2009

Concluida la consideración de los ingresos que se estiman a partir de las prestaciones, resta entonces considerar los ingresos de las personas mayores a nivel general. Se hace entonces importante considerar a quienes perciben ingresos y quienes no perciben ingresos. En el gráfico 2.11 que se presenta a continuación surge que del total de las personas mayores de 65 años el 7% no percibe ingresos de ningún tipo. Si esta distribución se considera respecto a los sexos, se advierten grandes diferencias entre hombres y mujeres, donde los hombres que no perciben ningún tipo de ingreso corresponden al 2,3%, mientras que las mujeres llegan al 10,1%.

Si además se consideran los niveles de ingreso, se advierte que en promedio las mujeres ganan un 38,3% menos que los hombres. Donde de la observación por grupos quinquenales de edades, se constata como la brecha de ingresos disminuye a medida que aumenta la edad, partiendo de un 48,6% entre los 65 y los 70 años, hasta llegar al 29,3% en el grupo de 81 a 85 años.

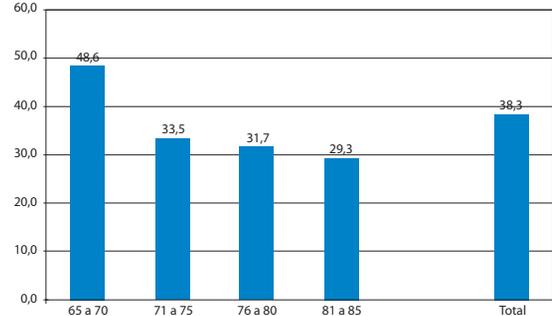
Analizando cómo se compone el ingreso para hombres y mujeres, se advierte que para el caso de los hombres la gran mayoría del ingreso se percibe

Figura 2.11. Ingresos de las personas de 65 y más años. Año 2008



FUENTE: Rodríguez y Rossel. 2009.

Figura 2.12. Brecha de ingresos entre hombres y mujeres, por tramos de edades. Año 2008

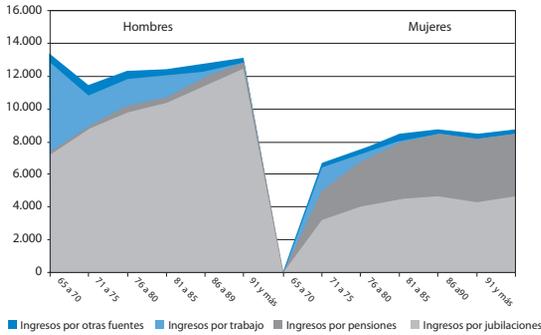


FUENTE: Ídem.

por concepto de jubilación, relación que aumenta a medida que aumenta la edad. Lo mismo sucede pero con una relación inversa respecto a los ingresos por trabajo, también suponen un componente importante del ingreso total de los hombres, pero a medida que aumenta la edad tienden a desaparecer. A su vez ganan un mayor peso, aunque muy bajo, los ingresos por concepto de pensiones, mientras que otros tipos de ingreso se mantienen relativamente constantes.

Para el caso de las mujeres, la distribución por fuentes del ingreso se distribuye en forma más equitativa entre jubilaciones y pensiones, si bien al inicio de las edades que presenta el gráfico hay una leve mayor incidencia de las jubilaciones, hacia el final del período considerado el monto que aportan jubilaciones y pensiones se equilibra. Al igual que en el caso de los hombres los ingresos por concepto de trabajo tienen una mayor presencia en las edades más tempranas hasta que se diluyen hacia el final del tramo etario considerado.

Figura 2.13. Composición del ingreso en la vejez, por tramos etarios, según sexo.



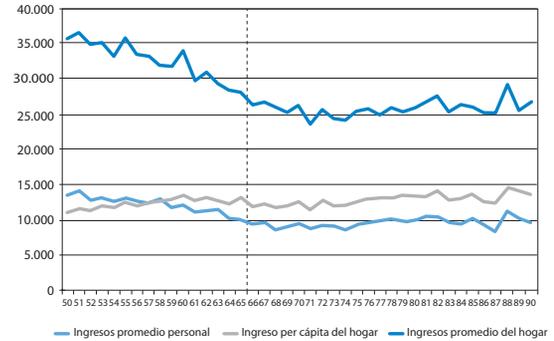
FUENTE: Ídem.

En la misma línea de lo que se venía exponiendo en función de las pensiones a la vejez y su relación con el ingreso per cápita de los hogares, en la figura siguiente se presenta el ingreso promedio de hogares, el ingreso promedio per cápita y el ingreso promedio personal por edades simples. En ella se puede observar como el ingreso promedio del hogar se comporta en función del ingreso promedio personal y como comienza a descender en los años previos a la jubilación. Se puede concluir en primer lugar que existe una disminución de los ingresos en la vejez. Además, se observa como, si bien el ingreso del hogar muestra un descenso y una posterior estabilidad, el ingreso per cápita del hogar muestra un leve aumento. Esto puede explicarse porque con el aumento de la edad se registra una disminución en la cantidad de personas que componen el hogar, principalmente con la emancipación de los hijos, por lo que por más de que el ingreso disminuya, hay menos personas entre quienes dividirlo (Rodríguez y Rossel, 2009).

En el sentido de lo planteado en el gráfico 2.14, vale la pena considerar el ingreso promedio total y per cápita de los hogares con adultos mayores y sin adultos mayores. El gráfico que surge de dicha comparación se presenta a continuación.

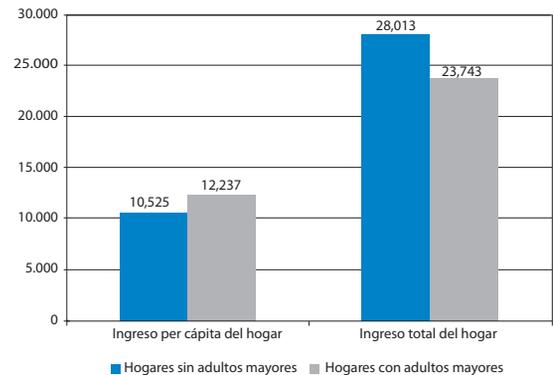
Teniendo en cuenta el ingreso promedio total del hogar (Figura 2.15), se advierte como los hogares con adultos mayores tienen en promedio un ingreso menor que los hogares sin adultos mayores. Sin embargo, de la consideración del ingreso per cápita del hogar surge que los hogares con personas mayores presentan un ingreso per cápita en promedio superior al de los hogares sin personas mayores. Esto se

Figura 2.14. Ingreso promedio del hogar, ingreso promedio per cápita e ingreso promedio personal por edades simples. Año 2008



FUENTE: Ídem.

Figura 2.15. Ingreso promedio total y per cápita de los hogares, según presencia o no de adultos mayores. Año 2008



FUENTE: Ídem.

explica por lo ya esbozado anteriormente, donde se estima que los hogares con personas mayores tienen un número menor de personas.

Además de la consideración del ingreso per cápita de los hogares y el ingreso promedio del hogar en pesos, se entiende que aporta al análisis la consideración del ingreso medida en líneas de la pobreza. A su vez, la información obtenida en este sentido es la única que permitió introducir la dimensión territorial considerando por separado a los adultos mayores de Montevideo y del Interior del país. Este aspecto es importante de ser mencionado ya que evidencia uno de los problemas encontrados durante la elaboración de este informe, que

será desarrollado en el apartado de conclusiones, y es el relativo a la diversidad de datos disponibles, muchos con tratamientos diferentes y considerados a diferentes niveles.

En el Cuadro 2.25 se presenta la consideración de los ingresos de las personas mayores por tramos definidos en función de la línea de la pobreza y discriminados territorialmente.

Puede observarse que del total de los jubilados de Montevideo el porcentaje de personas que perciben ingresos por debajo de la línea de la pobreza varía en forma considerable si se toma en cuenta o no las jubilaciones y pensiones. De esta forma, el porcentaje de quienes perciben ingresos por debajo de la línea de la pobreza desciende desde 30,41% si se consideran todos los adultos mayores de Montevideo a 21,26% cuando se consideran sólo los jubilados y pensionistas de Montevideo.

En el mismo sentido, si se consideran los dos primeros tramos de ingresos definidos (hasta 2 líneas de pobreza) el porcentaje acumulado entre los jubilados y pensionistas de Montevideo (53,98%) aún es

más bajo que el de todos de los adultos mayores de Montevideo (58,21%). Lo expuesto evidencia el peso e importancia de las prestaciones por concepto de jubilaciones y pensiones en el ingreso total de las personas mayores.

Para el caso del interior del país la relación ya expuesta se repite, entre las personas mayores que perciben ingresos de menos de 1 línea de pobreza el porcentaje varía casi en un 10% según si se consideran todos los adultos mayores del interior (21,36%) o sólo los jubilados y pensionistas del interior (11,91%). En la consideración de los porcentajes acumulados de los dos primeros tramos de ingresos (hasta 2 LP) las diferencias también se presentan, aunque son menores, alcanzando para los jubilados y pensionistas el 55,48%, mientras que en el caso del total de los adultos mayores del interior dicho porcentaje aumenta casi 2 puntos llegando al 57,42%.

Considerando las diferencias entre Montevideo y el Interior el país, se advierte que para el caso del primer tramo de ingresos (Menos de 1 LP) se registran diferencias significativas, en todos los casos en

Cuadro 2.25. Distribución porcentual de la población adulta mayor por distintos tramos de ingresos en términos de Líneas de Pobreza para Montevideo e Interior, según total de adultos mayores y solo jubilados y pensionistas. Año 2008

Todos los adultos mayores de Montevideo		
Ingresos	%	% Acum.
Menos de 1 LP	30,41	30,41
Entre 1 y hasta 2 LP	27,80	58,21
Entre 2 y hasta 3 LP	16,69	74,90
Entre 3 y hasta 5 LP	14,28	89,18
5 LP y más	10,82	100
Total	100	

Sólo jubilados y pensionistas de Montevideo		
Ingresos	%	% Acum.
Menos de 1 LP	21,26	21,26
Entre 1 y hasta 2 LP	32,72	53,98
Entre 2 y hasta 3 LP	19,39	73,37
Entre 3 y hasta 5 LP	16,06	89,43
5 LP y más	10,57	100
Total	100	

Todos los adultos mayores del Interior		
Ingresos	%	% Acum.
Menos de 1 LP	21,36	21,36
Entre 1 y hasta 2 LP	36,05	57,42
Entre 2 y hasta 3 LP	16,99	74,40
Entre 3 y hasta 5 LP	15,64	90,04
5 LP y más	9,96	100
Total	100	

Sólo jubilados y pensionistas del Interior		
Ingresos	%	% Acum.
Menos de 1 LP	11,91	11,91
Entre 1 y hasta 2 LP	43,57	55,48
Entre 2 y hasta 3 LP	19,28	74,77
Entre 3 y hasta 5 LP	15,95	90,72
5 LP y más	9,28	100
Total	100	

el entorno del 9%, ya sea que se comparen todos los adultos mayores de Montevideo con los del interior o sólo los jubilados y pensionistas de Montevideo con los del interior del país. Sin embargo, las diferencias destacadas se disuelven si se consideran los dos primeros tramos de ingresos, tanto para el caso de todos los adultos mayores como estrictamente para los jubilados y pensionistas, relación que continúa siendo similar en los tramos siguientes de ingreso.

A modo de resumen de lo analizado respecto a los niveles de cobertura social e ingresos en la vejez, cabe destacar en primer lugar los altos niveles de cobertura que presenta nuestro país, tanto por todo concepto de prestaciones contributivas y no contributivas, como si se restringe al análisis de pensiones o jubilaciones.

Dentro de los adultos mayores beneficiarios de jubilaciones, se destaca cómo las mujeres aparecen con mayor peso relativo a pesar de presentar menores niveles de cobertura por sexos, lo cual se explica por la feminización de la vejez. La cobertura diferencial de las mujeres por sobre los hombres sólo presenta niveles de cobertura a favor de estas para el caso de las pensiones, ya sea por sobrevivencia o pensiones a la vejez, siendo mucho mayor la proporción de mujeres que son beneficiarias de algún tipo de pensión por sobre los hombres. Las mujeres aparecen entonces como beneficiarias principales de las pensiones, lo que equilibra los niveles de cobertura por todo concepto.

Las mujeres aparecen mejorando los niveles de cobertura por jubilaciones y pensiones en términos generales, al acortar la brecha respecto a los hombres e incluso cambiar la relación entre 1996 y 2008, compensadas tanto por las pensiones de sobrevivencia, como por la mayor permanencia de ambos sexos en el mercado laboral. Las diferencias entre hombres y mujeres a su vez se explican por la historia laboral ya descrita, donde muestran en general una menor participación económica, no sólo en la vejez, sino a lo largo de toda la vida.

Otro aspecto que se destaca es como tanto las jubilaciones como las pensiones aumentan su peso en el ingreso total del individuo a medida que aumenta la edad. Esto debe considerarse sumado al hecho de que en la vejez hay una pérdida de ingresos en materia individual y una disminución de la brecha de ingresos entre hombres y mujeres a medida que aumenta la edad.

Tanto de la consideración de las prestaciones del BPS como del total de los ingresos percibidos por hombres y mujeres, se desprende que los hombres en general tienen un mayor nivel de ingresos que las mujeres. La mayor brecha en los ingresos se observa muy marcadamente en las jubilaciones, lo que incide en el análisis de las prestaciones sociales en general. Lo expuesto confirma que los hombres presentan niveles de cobertura por aportes al sistema no sólo mayores que las mujeres, sino que les reportan un nivel de ingresos en promedio mayor y un mayor peso de los ingresos por concepto de jubilaciones respecto de las demás fuentes de ingreso. Mientras tanto, la mayoría de las mujeres son beneficiarias de pensiones que no generaron en forma directa y que les suponen niveles de ingreso en general menores, donde el peso de los ingresos se distribuye en forma más equilibrada entre pensiones y jubilaciones.

En lo expuesto deben reconocerse los beneficios del sistema, donde si no fuera por la existencia de pensiones de sobrevivencia se estaría frente a una gran cantidad de mujeres carentes de prestaciones sociales. Por otro lado, los niveles de ingreso, que presentan las diferencias ya esbozadas pueden responder a aspectos culturales de mayores niveles de actividad a nivel del hogar (trabajo no remunerado) por parte de las mujeres lo cual redundaría en menores niveles de cobertura por jubilaciones en la vejez. Lo anteriormente mencionado se refuerza en la consideración de que las mujeres constituyen la mayor proporción de quienes no perciben ingresos. Además, esto se verifica al considerar la variación en los ingresos en términos de líneas de pobreza del total las personas adultas mayores en comparación con el grupo de jubilados y pensionistas, donde quienes perciben ingresos por debajo de la línea de pobreza disminuyen considerablemente cuando se tiene en cuenta el grupo específico de los beneficiarios de las prestaciones en cuestión.

Como se desarrollará más adelante al momento de considerar a las personas mayores respecto a su entorno, alrededor del 50% de los hogares con personas mayores son unipersonales o bipersonales unigeneracionales, por lo que se confirma la menor cantidad de personas entre las cuales se divide el ingreso del hogar en el caso de hogares con adultos mayores. Esto a su vez contribuye a explicar un aspecto que será retomado en el apartado siguiente y es el relativo a las personas mayores y la situación de

pobreza de los hogares. Debe tenerse en cuenta que las personas mayores ya sea que permanezcan activos o no, constituyen una fuente de ingresos para el hogar, donde dicho nivel de ingresos puede suponer la diferencia entre caer por encima o por debajo de la línea de pobreza. De la misma forma, en los hogares donde se registran niños, estos sí constituyen dependientes que no son generadores de un ingreso, disminuyen por ende los aportantes en el hogar y aumentan los dependientes, aumentando a su vez la probabilidad de caer por debajo de la línea de la pobreza.

Como ya se destacó, las personas mayores perciben ingresos, por concepto de jubilaciones o pensiones, que redundan en el ingreso total del hogar. Sin embargo, debe tenerse en cuenta que además de la contribución mencionada, dado que las prestaciones sociales suponen una fuente de ingresos de carácter formal, aparecen como recurso económico de las familias por tener acceso a crédito en el mercado privado y a préstamos sociales en el BPS. Este es un factor que no puede dejar de tenerse en cuenta porque supone además del ingreso por concepto de prestaciones sociales, un ingreso potencial al que pueden recurrir las familias que tengan limitado o imposibilitado el acceso al crédito por otra vía.

Debe además tenerse en cuenta que las personas adultas mayores representan recursos a nivel familiar no sólo en términos económicos, sino que además son fuente de otras transferencias intergeneracionales que resultan más difíciles de cuantificar y estimar. Tal es el caso del aporte que realizan a nivel privado intrafamiliar en lo que refiere al cuidado de niños, niñas y personas dependientes o a nivel de la esfera pública en lo que es el trabajo dentro de la comunidad. El primer aspecto, relativo al cuidado, será retomado más adelante dentro en un capítulo específico, mientras que el segundo, relativo a las transferencias a la comunidad, serán retomadas al considerar a las personas mayores respecto a los entornos.

Vulnerabilidades

Como una primera aproximación a las vulnerabilidades a las que se ven expuestas las personas mayores se encuentra la clasificación entre pobres y no pobres.

Si se toma en cuenta a los hogares pobres donde

residen personas mayores, el porcentaje de hogares con personas adultas mayores por debajo de la línea de la pobreza se encuentra en 7,41%.¹ Sobre este indicador debe destacarse que no proporciona información al respecto de las diferencias entre los hogares pobres o la distancia de éstos respecto a la línea de pobreza, es decir qué tan pobres son los hogares pobres. (Paredes, Ciarniello y Brunet. 2010)

En este sentido, un indicador complementario que proporciona información valiosa es la brecha de la pobreza en la vejez, esta muestra a qué distancia se encuentra el ingreso de los hogares pobres de la línea de pobreza, es decir la profundidad de la pobreza. Para el caso de Montevideo éste indicador es de 0,2818% y para el Interior de 0,2321%. Dado que el indicador es el cociente entre un numerador que se halla restando al valor de la línea de pobreza, la media del ingreso de los hogares pobres con personas mayores, y el denominador es la línea de pobreza; el numerador permite conocer en cuánto debería complementarse el ingreso de los adultos mayores que se encuentran por debajo de la línea de pobreza para que los hogares en que se encuentran insertos la superen, estos valores ascienden a \$U1.333 para Montevideo y \$U729 para el Interior. (Paredes, Ciarniello y Brunet. 2010)

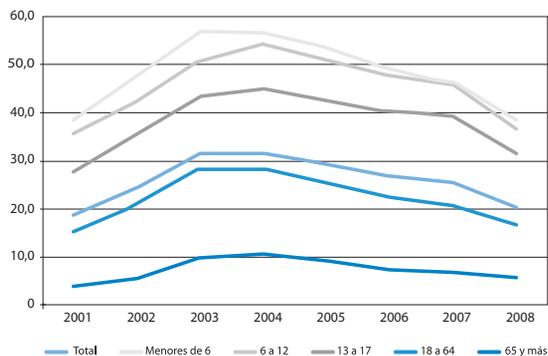
Si se considera la pobreza por tramos etarios, se desprenden dos conclusiones principales. En primer lugar, que en todos los tramos de edad las personas experimentaron un aumento de la pobreza a partir de la crisis económica del 2002. Mientras que entre 2001 y 2004 entre los niños de 0 a 14 años la pobreza aumentó de 38,5% a 56,4%, entre las personas mayores (65 y más años) la pobreza aumentó del 5% al 11%. (Rodríguez y Rossel. 2009)

Lo que puede advertirse es que si bien la pobreza presenta mayores valores en el grupo de los más pequeños, entre la población adulta mayor ésta superó el doble del valor inicial en 2001, aumentando el 120% mientras que entre los menores de 14 años el aumento constituye el 46,5%.

Si además de considerar la pobreza se considera a la indigencia, puede advertirse como la relación se repite, donde a mayor edad, menores son los niveles de indigencia registrados. Lo que debe observarse en este caso es que si bien en todos los grupos de edades se registra un descenso de 2007 a 2008, en algunos grupos es más acentuado y en otros más leve, el caso de las personas mayores de 65 años es

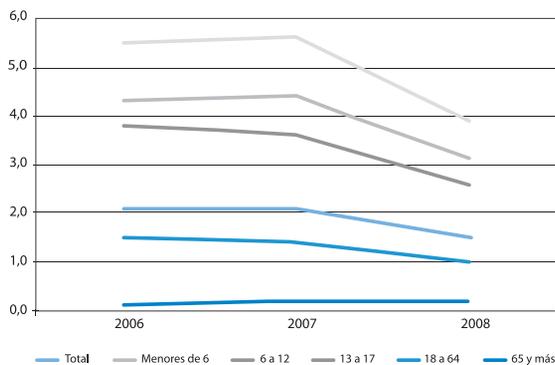
el único que se mantiene estable, a pesar de que los valores se ubican siempre por debajo del 1%.

Figura 2.16. Evolución de la pobreza urbana según tramos etarios. Años 2001-2008



FUENTE: Rodríguez y Rossel. 2009.

Figura 2.17. Evolución de la indigencia según tramos etarios. Años 2006-2008

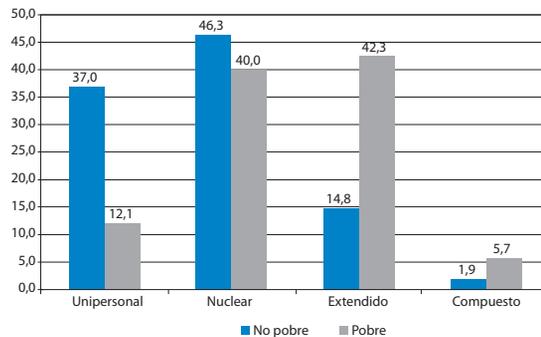


FUENTE: Ídem.

Analizando los hogares pobres y no pobres con jefatura de adulto mayor de acuerdo a su constitución, se advierte que la mayor proporción de hogares pobres con jefatura de adulto mayor se encuentra entre los extendidos (42,3%), con una gran diferencia con los hogares no pobres del mismo tipo (14,8%). En el otro extremo se encuentran los hogares unipersonales, donde el 37% son no pobres y de todos los hogares pobres los unipersonales ascienden al 12,1%.

Se confirma lo ya expresado anteriormente, donde en aquellos hogares con adultos mayores, al estar la mayoría cubiertos por algún tipo de prestación contributiva o no contributiva, por ser estos

Figura 2.18. Distribución de hogares con jefatura de adulto mayor por tipo, según pobreza. Año 2008



FUENTE: Ídem.

aportantes de ingresos al hogar, disminuyen la probabilidad del hogar de caer por debajo de la línea de pobreza cuando menor es la cantidad de miembros del hogar. Caso contrario, en los hogares extendidos, la probabilidad de caer por debajo de la línea de la pobreza aumenta por más de que el jefe de hogar sea adulto mayor.

Cabe entonces cuestionarse si los niveles actuales de pobreza en las personas mayores, bajos en comparación con los demás grupos de edad, son producto de sus ingresos o si son producto de la constitución de los hogares en los que tienen más probabilidad de vivir las personas mayores. No puede dejar de tenerse en cuenta, como ya se mencionó, que las edades mayores se asocian a un menor número de dependientes por el ciclo vital de las familias donde es esperable que los hijos se hayan emancipado en la vejez de los padres, mientras que entre los adultos jóvenes es esperable que tengan dependientes a su cargo.

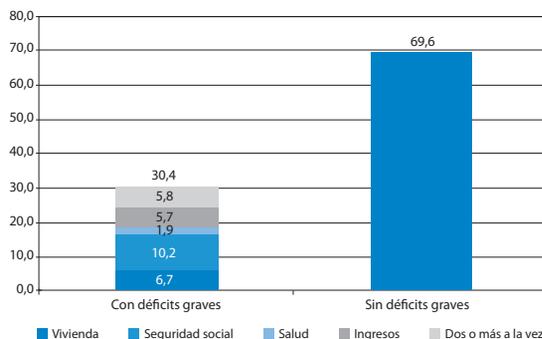
Surge a su vez la cuestión de cómo se ubicarían los hogares en la categorización pobres-no pobres si se excluyera el ingreso de las personas mayores. Los arreglos familiares serán retomados más adelante en el apartado de adultos mayores y entornos físicos.

La observación de la situación de las personas mayores a través de los niveles de pobreza no permite tener una visión comprehensiva de las situaciones de vulnerabilidad a las que puede verse expuesto este grupo de la población. Es en esta línea que en el trabajo de Rodríguez y Rossel (2009) se realiza un diagnóstico de la situación de las personas ma-

yores que va más allá de la pobreza e integra otras dimensiones del bienestar social, las cuales no necesariamente están asociadas con el nivel de ingresos. Las dimensiones tomadas fueron: salud, vivienda, seguridad social e ingresos. En lo que respecta a la salud, se toman aquellas personas mayores con derechos parciales o sin derechos de salud; en la dimensión de la vivienda, se toma como descripción a aquellas personas mayores ocupantes de viviendas con o sin permiso; la dimensión de seguridad social comprende a quienes no tienen acceso ni a jubilaciones ni pensiones; y finalmente la dimensión de los ingresos considera a quienes pertenecen al primer quintil de ingresos del total de la población.

La información que se desprende de la consideración de las dimensiones que se citaron en el párrafo anterior puede visualizarse en el siguiente gráfico.

Figura 2.19. Población de 65 y más años según déficits de acceso al bienestar. Año 2006



FUENTE: Ídem.

Como puede observarse, lo que se destaca en primer lugar es que el total de las personas mayores que presentan déficits en al menos una de las dimensiones en cuestión alcanza al 30,4%. De éstos, quienes presentan déficits combinados, es decir en dos o más dimensiones alcanzan el 5,8%, siendo entonces la mayoría quienes presentan déficits en una sola dimensión, por lo que puede concluirse que en la mayoría de los casos las carencias en una dimensión son compensadas con ausencia de déficits graves en las demás.

En segundo lugar, se destaca la alta incidencia de quienes tienen déficits en seguridad social, ascienden según el estudio citado a 10,2%. Esta dimensión, como ya se explicó, comprende a quienes no

reciben jubilaciones ni pensiones y se estima -aunque el estudio no lo aclara- que sí incluye a quienes reciben pensiones a la vejez, pues, como se destacó anteriormente, la cobertura de prestaciones contributivas y no contributivas siempre se encontró en el entorno del 95%.

Quienes poseen déficits de seguridad social son seguidos por quienes tienen déficits en la vivienda (6,7%), los ingresos (5,7%) y en salud (1,9%) siendo éste último el que presenta el menor guarismo.

Debe destacarse que si bien las dimensiones citadas aportan información importante que permite acercarse a la situación de las personas mayores desde un enfoque multidimensional, también se hace importante la consideración de otras dimensiones que conforman carencias importantes a la hora de descripción de la realidad de las personas mayores. Si bien las dimensiones que pueden llegar a agregarse no conforman lo que se entiende por bienestar social, igualmente se hacen centrales a la hora del análisis. Entre ellas puede considerarse el impacto que causa la jubilación, principalmente por ser vida como una situación impuesta más que elegida por el individuo; la imposibilidad de acceso a cursos de educación permanente, ya sea por falta de oferta, de información o de recursos económicos; el uso de las personas mayores como recurso de las familias, muchas veces en detrimento de actividades de realización personal; la exclusión en la toma de decisiones tanto a nivel de la familia, la comunidad o el Estado, respecto a temas que los atañen; la conformación y presencia o ausencia de redes sociales familiares y extrafamiliares de apoyo; las situaciones de abuso y maltrato que pueden ser experimentadas en la vejez; así como la discriminación a la cual muchas veces se ven expuestos a causa de los estereotipos negativos hacia las personas mayores instalados en nuestras sociedades.

Las dimensiones mencionadas no pretenden ser exhaustivas, pero sí buscan dejar constancia de la complejidad de la realidad de las personas mayores y de algunos aspectos que sería relevante considerar. Las mismas se basan en la Declaración de Principios de las Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad de 1991. Algunas de éstas dimensiones han sido consideradas en los apartados anteriores de este documento y otras de ellas serán consideradas en los apartados siguientes, sin embargo debe destacarse, una vez más, que la información al respecto

es desigual en cuanto a características de carencia/atomización y coincidencia/contradicción.

Previsión de la vejez en generaciones futuras

Un análisis de la cobertura del sistema de jubilaciones y pensiones originadas en las aportaciones, donde se destacó el amplio nivel de cobertura, no puede dejar de reconocer que la misma responde a las características de un mercado de empleo de año, diferente al que se va dibujando en la actualidad.

Una aproximación a la previsión de la vejez en edades futuras está dada por los niveles de informalidad laboral, esto es, las personas ocupadas que no realizan aportes al sistema previsional y que por lo tanto no generan activos para una jubilación posterior. Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la informalidad se ubica en el año 2008 en niveles superiores al 33%, valor que si bien es inferior al registrado en 2006 (35%) puede ser considerado igualmente alto.

Cuadro 2.26. Proporción de ocupados precarios por año según antigüedad en el empleo

Antigüedad en el empleo (meses)	Año	
	2006	2008
TOTAL	35,0	33,4
1 - 3	62,0	58,9
4 - 6	49,2	42,6
7 - 12	42,4	38,2
13 - 24	41,3	37,0
25 o más	27,1	26,3

FUENTE: INE. 2010a

Además de los niveles de informalidad laboral, puede considerarse la previsión de medios económicos en general, en el entendido de que la jubilación, si bien como se demostró es el principal, no es la única fuente de ingresos posible en la vejez.

Al respecto de la previsión de medios económicos, el último dato disponible es el que se encuentra en CEPAL, 2000. Se puede observar que entre la población de 55 a 64 años, esto es en edades previas a la jubilación, el 23,2% del total declara no tener

previstos medios económicos para su vejez. Si se descompone por sexos, se advierte como las mujeres (30,8%) superan a los hombres (14,2%) en más del doble entre quienes no tienen previstos medios económicos para la vejez.

Cuadro 2.27. Población encuestada de 55 a 64 años de edad por previsión de medios económicos para su vejez

Medios económicos para la vejez	Población de 55 a 64 años					
	Total		Hombres		Mujeres	
Total	100,0	100,0	100,0	45,3	100,0	54,7
Tiene	76,8	100,0	85,8	51,3	69,2	48,7
No tiene	23,2	100,0	14,2	28,1	30,8	71,9

FUENTE: CEPAL. 2000

Si se considera a quienes no tienen previstos medios económicos en la vejez entre quienes trabajan, se advierte que la mayoría son empleados u obreros, tanto para el caso de los hombres (71,7%) como el de las mujeres (66,9%), seguidos por los trabajadores por cuenta propia, 25,1% mujeres y 24,3% hombres, ambas categorías constituyen más del 90% de los casos.

Cuadro 2.28. Población encuestada entre 55 y 64 años de edad que trabajan y declaran no tener previsión de medio económico para su vejez

Categoría de la ocupación	Población que trabaja y declara no tener previsión de medio económico para su vejez	
	Hombres	Mujeres
Total	100,0	100,0
Empleado y obrero	71,7	66,9
Patrón	4,0	3,0
Trabajador por cuenta propia	24,3	25,1
Otro		5,0

FUENTE: CEPAL, 2000, elaborado en base a datos de ENEVISA

Surge entonces la cuestión de cuál será la situación en materia de cobertura social de las personas mayores en 2030 o 2050, cuáles serán las necesidades de cobertura o las nuevas vulnerabilidades que surjan como producto de la falta de cobertura de prestaciones de actividad.

Se evidencia entonces la necesidad de realizar provisiones en ese sentido y la consideración no sólo de la situación de las personas mayores en la actualidad, sino los desafíos que enfrentarán las generaciones futuras. Vale recordar, como se destacó en el apartado de indicadores sociodemográficos, que la población adulta mayor tiende a aumentar y que el grupo que más se incrementará será el de los más viejos, con las necesidades que esto conlleva en materia de cobertura económica y de cobertura en términos sanitarios.

Trabajo no remunerado y transferencias intergeneracionales

Mantenimiento del hogar

Luego de considerada la jubilación, tanto por ser generadora de ingresos en la vejez como por suponer el cambio de status dentro de la sociedad, y el trabajo en la vejez, como fuente alternativa de ingresos que no necesariamente se corresponde con la jubilación, cabe considerar qué es lo que sucede con el trabajo no remunerado. Hay varios aspectos a considerar sobre el trabajo no remunerado, en primer lugar, que éste no supone la posibilidad de una jubilación, por lo que no es generador de ingresos por más que llegue a suponer una dedicación

horaria similar a la de un trabajador remunerado. En segundo lugar, el hecho de que no hay una edad identificada por la sociedad donde la carga de este disminuya o a partir de la cual quien se dedicara a esas tareas las abandone por completo. La disminución o abandono del trabajo dentro del hogar pasa a estar pautada por aspectos vinculados a las posibilidades físicas y económicas de quien desempeña la tarea. En tercer lugar, y respecto de quienes desempeñan este tipo de tareas, cabe destacar que las tareas asociadas al mantenimiento del hogar tienen tradicionalmente una impronta femenina, donde es la mujer quien asume las mismas, a pesar de que además realice trabajo remunerado, realizando lo que se conoce como “doble jornada laboral”.

Respecto de las actividades dentro del hogar, un estudio que analiza el tipo y tiempo que las personas mayores dedican a las mismas fue realizado por la CEPAL en el año 2000, donde se analizan los resultados de la encuesta ENEVISA. En el mismo, se estudia la dinámica dentro del hogar en actividades dedicadas a quehaceres domésticos (cocinar, limpiar, lavar la ropa), funcionamiento habitual (hacer las compras, llevar a los nietos a la escuela) y actividades de ocio dentro del hogar (manualidades, entretenimientos, jardinería).

El cuadro 2.29 agrupa la dedicación a las actividades del hogar en función de lo declarado por

Cuadro 2.29. Dinámica en el hogar de la población encuestada según sexo y grupos de edades (%)

Sexo y grupos de edades	Total	Dinámica en el hogar		
		Alta	Media	Baja o nula
Total	100,0	17,2	61,2	21,6
55 a 64 años	100,0	17,3	58,5	24,2
65 a 79 años	100,0	19,3	62,3	18,4
80 años y más	100,0	8,1	66	25,9
Hombres	100,0	8,2	53,5	38,3
55 a 64 años	100,0	5,8	48,6	45,6
65 a 79 años	100,0	10,5	57,1	32,4
80 años y más	100,0	7,8	57,9	34,3
Mujeres	100,0	23,6	66,6	9,8
55 a 64 años	100,0	27,1	66,8	6,1
65 a 79 años	100,0	25,3	65,8	8,9
80 años y más	100,0	8,3	69,8	21,9

FUENTE: CEPAL, 2000, elaborado en base a datos de ENEVISA

los encuestados en alta (cuatro o más actividades), media (dos o tres actividades), baja o nula (una o ninguna actividad), cuando se trata de personas de 80 años y más que realizan una actividad se asigna un nivel de actividad media.

Como puede observarse, entre de las personas consideradas, la mayoría presenta una dinámica dentro del hogar media, tanto para el total como para la consideración de hombres y mujeres por separado. Si se consideran por grupos de edades, la dinámica media tiende a aumentar a medida que aumenta la edad, salvo para el caso de las mujeres donde hay una disminución leve en el grupo de 65 a 79 años.

En el caso de los hombres, dado que hay un aumento de actividad tanto media como alta en el paso del grupo de 55 a 64 al grupo etario de 65 a 74, se considera que existe la posibilidad de que aumente la participación en las actividades del hogar o respecto a los nietos luego de la jubilación. Para el caso de la dinámica alta, estos experimentan un posterior y marcado descenso luego de los 80 años.

Para el caso de las mujeres, la dinámica del hogar desciende lentamente del primer al segundo grupo de edad tanto para el caso de las dinámicas altas como medias, para luego tener un descenso a menos de un tercio en el grupo de los 80 y más años. De la misma forma, quienes realizan una o ninguna actividad se incrementan a más del doble en ese grupo de edad.

Como puede apreciarse entonces, el descenso más marcado se encuentra en todos los casos a partir de los 80 años y principalmente a través del aumento del grupo de mujeres que tiene una dinámica del hogar baja o nula. Como será visto en el apartado respecto a las personas mayores y la salud, esta disminución en las actividades del hogar puede verse influida por el aumento de la incidencia de alguna limitación en la capacidad funcional en las edades más avanzadas.

Si se considera la información arrojada por la investigación “Envejecimiento, cuerpo y subjetividad”, realizada a personas de 65 y más años de Montevideo (Berriel y Pérez, 2002), se observa cómo la principal actividad diaria que declaran realizar la constituyen las labores domésticas (55%), seguida por el trabajo remunerado (9%) y el cuidado de nietos (6%). Si bien las dos últimas presentan una proporción marcadamente menor, cabe destacar como

se equipara una actividad diaria del tipo del trabajo remunerado al cuidado de nietos que constituye una transferencia a la familia de los hijos.

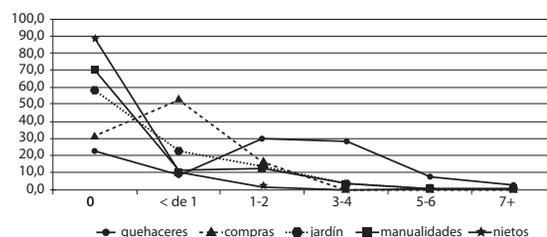
Cuadro 2.30. Población por actividades que realiza

Principal actividad diaria	
Labores domésticas	55%
Trabajo remunerado	9%
Cuidar nietos	6%

FUENTE: Berriel y Pérez, 2002

Si se consideran las horas declaradas por las personas de entre 55 y 64 años a las tareas del hogar, las actividades como las compras y los quehaceres domésticos son las que se diferencian del resto. Estas constituyen las tareas clásicas a desempeñar en una casa. Al contrario de lo que puede imaginarse, es muy baja la proporción de personas en este grupo etario que se dedican a sus nietos, donde el 10% declara dedicar menos de una hora al día. Si bien este dato puede considerarse contradictorio con el anterior, cabe destacar que el grupo etario considerado es diferente, además de que el primero refiere sólo a la capital departamental. Por otro lado, no se dispone de estudios que analicen en detalle las transferencias intergeneracionales que las personas mayores realizan a hijos y nietos por lo que los presentados en esta sección constituyen aproximaciones a la realidad.

Figura 2.20. Horas que dedica la población de 55 a 64 años a la realización de tareas del hogar (%)

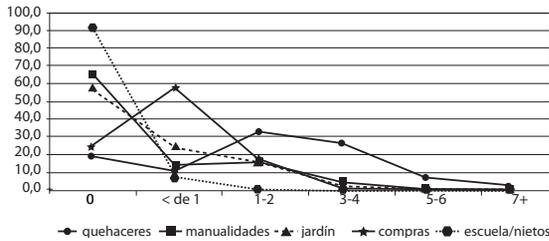


FUENTE: CEPAL, 2000, elaborado en base a datos de ENEVISA

Si se considera la población de 65 a 79 años, se constata que las compras siguen manteniendo un lugar importante en la dedicación, al igual que los quehaceres domésticos, aunque desciende muy levemente la proporción de quienes dedican entre 3

y 4 horas. Nuevamente, la dedicación declarada a los nietos no muestra variaciones respecto a grupo etario anterior.

Figura 2.21. Horas que dedica la población de 65 a 79 años a la realización de tareas del hogar (%)



FUENTE: Ídem.

Los datos presentados muestran como los adultos mayores continúan realizando tareas en el hogar, a la vez que evidencia una marcada disminución a partir de los 80 años. La realización de tareas en el hogar aparece más vinculada a las mujeres que a los hombres, incluso antes de la edad asociada con la jubilación. Esto reafirma por un lado lo ya mencionado más arriba, donde se advertía la mayor vinculación de la historia personal de las mujeres adultas mayores actuales con actividades puertas hacia adentro del hogar. Por otro lado, se evidencia el aporte que los mayores de 65 años, y principalmente las mujeres, continúan realizando a nivel doméstico, los que, como se verá en el capítulo de salud, presentan altos niveles de autovalidez.

El adulto mayor como cuidador

Se entiende que un apartado que considere el trabajo no remunerado de los adultos mayores no puede dejar de tener en cuenta a los adultos mayores que realizan tareas de cuidado, ya se trate de cuidado de niños y niñas como de discapacitados u otros adultos mayores. Dada la relevancia que tiene actualmente el tema de cuidados en la agenda de políticas se entendió pertinente tratar el cuidado en una sección específica, el capítulo 5. En dicho capítulo también será abordada la perspectiva desde quienes brindan los servicios de cuidado a adultos mayores.

Las universidades y la formación de recursos humanos

En Uruguay, las primeras experiencias de capacitación de recursos humanos en el tema, se vinculan al campo de la salud y datan de la primera mitad del siglo XX. En esa época desde la esfera hospitalaria, se comienzan a realizar diferentes intervenciones con atención específica para viejos desde una perspectiva médico geriátrica – gerontológica.

Sin embargo, la primer formación sistemática de profesionales específicos en el tema realizada desde la Universidad de la República (UdelaR) comienza recién en el año 1978, cuando se crea el actual Departamento de Geriátrica de la Facultad de Medicina, en el Hospital de Clínicas. El mismo funciona como un postgrado de especialización para médicos exclusivamente.

La segunda experiencia de formación de recursos humanos desde una universidad, se da en el año 1987, con la creación del programa de Gerontología Social en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Católica del Uruguay (UCUDAL). El área de formación de este programa no fue la de recursos profesionales de estudios terciarios, sino que funcionó en un área que se podría definir como de Educación Permanente no Terciaria, a partir de la formación de Auxiliares Gerontológicos. Esta actividad actualmente no se está desarrollando.

Respecto a la formación de profesionales universitarios vinculados al tema, en la década del 90, la UdelaR le da un importante impulso al tema: en 1990 se crea el Programa de Población de la Facultad de Ciencias Sociales; en 1992 el subprograma de Atención Integral al Adulto Mayor en el Programa APEX – Cerro; en 1993 el Departamento de Salud del Adulto y Anciano en la órbita de la actual Facultad de Enfermería; en 1994 el Servicio de Psicología de la Vejez en la Facultad de Psicología (Pérez, 2004).

En la primer década del presente siglo se comienzan a dar las primeras experiencias sistemáticas de coordinación e integración de varios de estos equipos docentes a la interna de la UdelaR, las cuáles comienzan a reunirse a principios del año 2001 en un espacio que se denominó “Unidades Académicas Universitarias en Gerontología”. Este grupo ofició como un espacio de coordinación docente que dio lugar a la posterior creación, en el

año 2002, de la Red Temática sobre Envejecimiento y Vejez. En ese momento esta red estaba constituida por equipos docentes de las Facultades de Enfermería, Medicina, Derecho, Odontología y Psicología; el Programa APEX- Cerro; las Escuelas de Nutrición y Tecnología Médica y el ISEF. (Pérez, 2004). Actualmente mantiene su funcionamiento.

Otro intento de coordinación de actividades interdisciplinarias en la Udelar se da en el año 2008, con la creación del Observatorio de Envejecimiento y Vejez, conformado por el Programa de Población de la Unidad Multidisciplinaria (Facultad de Ciencias Sociales) y el Servicio de Psicología de la Vejez (Facultad de Psicología), que consolida una serie de experiencias y estudios que estos equipos venían realizando en conjunto. Casi en simultáneo, en el año 2009, ante un llamado específico que realiza la Udelar para consolidar equipos de trabajo interdisciplinario, se crea el Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento (NIEVE), en el Espacio Interdisciplinario de la Udelar, compuesto inicialmente por los equipos del Observatorio, que se ha ampliando a otras disciplinas (Ciencias de la Comunicación y Ciencias Políticas) en el presente año.

Hasta aquí una breve reseña sobre la formación de recursos humanos que las Universidades han realizado hasta el momento en el tema envejecimiento y vejez. Como puede apreciarse, en los últimos 20 años se ha avanzado en la incorporación del tema en los diferentes Servicios Universitarios. Los equipos docentes señalados, fundamentalmente realizan docencia con estudiantes de grado y en experiencias de extensión, teniendo una inserción territorial importante en Montevideo y en varios lugares del interior, con varias experiencias de extensión a nivel nacional.

No obstante, debe señalarse que la temática sigue teniendo un lugar marginal en las currículas formativas de las diferentes carreras. Los cursos y las actividades de extensión que realizan estos equipos, en los casos que son específicos sobre vejez y

envejecimiento, mayoritariamente son de tipo optativo para los estudiantes y de no demasiada carga horaria en relación a la respectiva currícula. Dicho de otro modo, la enorme mayoría de los egresados de los Servicios universitarios mencionados (enfermeras, médicos, abogados, odontólogos, psicólogos, etc), egresan con pocos o nulos conocimientos específicos del tema envejecimiento y vejez.

En un estudio que se realizó sobre la formación profesional en Gerontología en la UR, luego de analizar las currículas de grado de las Facultades de Derecho, Arquitectura, Enfermería, Medicina y Psicología, de las Escuelas de Nutrición y de Tecnología Médica, así como la del Instituto Superior de Educación Física, se concluye que la formación específica en el tema es escasa y fragmentada (Leopold, 1999). Once años después de ese estudio se puede seguir manteniendo la misma afirmación. Si bien algo se ha avanzado en la búsqueda interdisciplinaria, la UR y sus Servicios no tienen una política de apoyo institucional e inclusión de estos temas en las currículas, quedando esto a expensas de algunos equipos docentes

Finalmente, en los últimos años, han comenzado a surgir algunas propuestas de formación para graduados a partir de cursos de educación permanente, y de la creación de algunas Diplomaturas. En la UR se aprobaron tres Diplomaturas: en el 2000 la Especialización en Gerodontología (Facultad de Odontología) y en el 2010 la Diplomatura en Gerontopsicomotricidad (Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Facultad de Medicina) y en el 2011 la Diplomatura en Psicogerontología (Facultad de Psicología). Esto implica la formación de recursos especializados en envejecimiento y vejez desde algunas disciplinas. En un país que en los próximos años va a tener una gran presencia de personas mayores, queda pendiente aún el desarrollo de una política de formación integral y amplia en el tema, así como la inclusión del mismo en las currículas educativas terciarias.

Salud y bienestar

Varios estudios han señalado que a medida que avanza la edad, y principalmente en los grupos más viejos, existe una mayor vulnerabilidad física y psicosocial, aumentando los factores de riesgo para mantener un pleno estado de salud. Esta situación, en el contexto latinoamericano de envejecimiento, plantea varias interrogantes y desafíos sobre cómo lograr que la mayor cantidad de años vividos signifiquen alcanzar un envejecimiento activo y saludable de la población.

Teniendo presente las características y escenarios demográficos actuales y futuros de Uruguay, las acciones en salud que se dirijan al campo del envejecimiento y la vejez, van a tener un fuerte impacto en la población y en la sociedad toda. El presente capítulo se describe la situación de salud de los mayores uruguayos y diferentes aspectos de la misma vinculados al bienestar.

Naciones Unidas ha definido la Salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” Si bien esta declaración goza de una aceptación consensuada en el ámbito académico, científico y político, a la hora de definir indicadores de salud, incluida la salud mental, los organismos internacionales (OPS, OMS, BID, CEPAL, etc.) y la mayor parte de la investigación científica, ha optado por evaluar la prevalencia de enfermedades. De esta forma, en los hechos se termina utilizando una concepción de salud como ausencia de enfermedad, partiendo de la base que sólo existe salud en ausencia de enfermedad. Esto remite a un concepto de salud muy restrictivo y dicotómico, que entre otras cosas, ubica a la salud y a la enfermedad como entes estáticos, absolutos y ahistóricos, no permitiendo visualizar sus aspectos dinámicos, históricos y culturales.

Teniendo en cuenta lo antes dicho, el enfoque del presente capítulo se realizará desde una concepción de salud positiva, y no sólo de ausencia/presencia de enfermedad. Lamentablemente la mayoría de los indicadores que se construyen en el tema

se refieren a patologías principalmente (como los de CEPAL-CELADE, 2006). A los efectos comparativos se ha intentado mantener esos indicadores, pero ampliándolos - cuando fue posible - a otras dimensiones que permitan dar cuenta de aspectos de salud positiva. Para ello se recurrió a fuentes de datos cuantitativos y cualitativos, según la disponibilidad de los mismos. Asimismo, siempre que fue posible en función de los datos, se intenta presentar un panorama comparado de similares indicadores en el mundo y en la región. El enfoque de género y territorio será transversal al capítulo.

Una última consideración sobre este capítulo. Se deberá tener presente que la mayoría de datos disponibles en este tema se basan en auto-reportes por encuestas y no en información clínica, por lo que son aproximativos y deberían ser actualizados y reconsiderados con otros tipos de estudios.

Mortalidad

La distribución de la mortalidad por edad en el mundo está muy relacionada con el nivel de ingresos de los diferentes países. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en el año 2004, el fallecimiento de personas de 60 y más años significaban el 84% del total de las muertes de los países con altos ingresos, y el 33% en los países de ingresos bajos (Consortio EUROsociAL Salud, 2008). Esto implica que en los países con altos índices de pobreza, la población se muere antes de llegar a la vejez, en general debido a la alta incidencia de las enfermedades infecciosas en la mortalidad infantil, de jóvenes y adultos. En cambio, en los países con una población envejecida existe un desplazamiento de la mortalidad a los grupos de mayor edad, así como un cambio en las causas de muerte, pasando a predominar las enfermedades no transmisibles como principal causa.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha planteado que en los países en desarrollo, la carga de morbilidad causada por las enfermedades crónicas está aumentando rápidamente y tendrá conse-

cuencias sociales, económicas y sanitarias significativas. Actualmente las principales enfermedades crónicas en el mundo son las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares, los tumores, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. En todas estas patologías se han identificado determinados factores de riesgo que, de modificarse a tiempo, pueden cambiar la prevalencia e incidencia de estas patologías, pues actualmente existe suficiente evidencia empírica y conocimiento científico sobre las mismas. De ahí la importancia de las acciones de prevención primaria desarrollada desde programas integrales (OMS, 2005)

En Uruguay, acorde a su perfil poblacional, existe una mayor incidencia de las enfermedades crónicas en la mortalidad. Según la información oficial disponible, en el año 2008 las seis principales causas de muerte de los uruguayos fueron: Enfermedades del sistema circulatorio (30,55%), Tumores (24,83%), Enfermedades del sistema respiratorio (9,21%), Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte (8,24%), Causas externas de morbilidad y de mortalidad (6,62%) y Enfermedades del sistema nervioso (4,12%). (Cuadro 3.1)

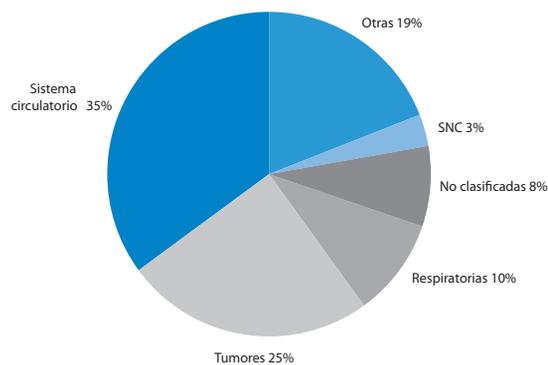
Cuadro 3.1. Las seis principales causas muertes en Uruguay, año 2008, por sexo

Causas de muerte	Sexo			
	Masc.	Fem.	Total	%
1 - Enfermedades del sistema circulatorio	4517	5063	9582	30,55%
2 - Tumores (Neoplasias)	4263	3522	7786	24,83%
3 - Enfermedades del sistema respiratorio	1599	1289	2890	9,21%
4 - Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte	1297	1286	2584	8,24%
5 - Causas externas de morbilidad y de mortalidad	1519	557	2077	6,62%
6 - Enfermedades del sistema nervioso central	517	776	1293	4,12%

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del MSP - DGS (2010)

En el caso de las causas de muerte de las personas 60 y más años de Uruguay, se mantienen en el mismo orden las cuatro primeras causas, aunque con una mayor prevalencia de las mismas en este grupo etario: Enfermedades del sistema circulatorio (41,92%), Tumores (29,94%), Enfermedades del sistema respiratorio (12,56%), Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte (10,18%). El quinto lugar presenta un cambio respecto a la población total, pasando a ser ocupado por las muertes debidas a enfermedades del sistema nervioso central (5,39%). Corresponde señalar que estas causas explican el 81% de las muertes de los mayores del año 2008 (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010).

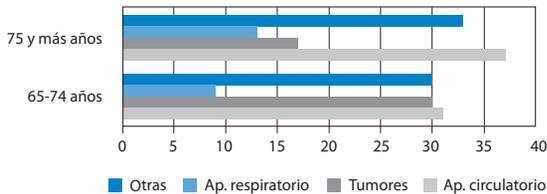
Figura 3.1. Las cinco principales causas de muerte de los adultos de 60 y más, año 2008



FUENTE: Elaboración propia en base a datos del MSP extraídos de Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010

Si se analizan las causas de muerte de la población de 65 años y más para el año 2007, también se mantienen las cuatro primeras causas en el orden señalado, pasando a ocupar el quinto lugar las enfermedades del aparato digestivo, que relegan a la sexta posición a las enfermedades del SNC. (Rodríguez y Rossel, 2009). Sin embargo, si se estudia esta información por tramos de edad, se obtiene que los tumores tienen mayor incidencia en las poblaciones de adultos mayores más jóvenes: entre los 65 y los 74 años los tumores explican el 31% de las causas de muerte, las enfermedades del aparato circulatorio el 30% y las del sistema respiratorio el 9%. Entre las personas de 75 y más años, las enfermedades del aparato circulatorio causan el 37% de las muertes, los tumores el 17% y las enfermedades del sistema respiratorio el 13% (Rodríguez y Rossel, 2009).

Figura 3.2. Las principales causas de muerte de los adultos de 65 y más, por tramos de edad, año 2007



Fuente: Elaboración propia en base a datos del MSP del 2007, extraídos de Rodríguez y Rossel, 2009.

Desglosado por sexo, las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, los síntomas anormales y las enfermedades del sistema nervioso tienen mayor incidencia en las mujeres. En cambio, en los hombres es mayor la muerte por tumores y enfermedades del sistema respiratorio.

Cuadro 3.2. Las 5 principales causas de muerte en adultos de 60 y más años por sexo, año 2008

Causas de muerte	Hombres %	Mujeres %	Total %
1- Enfermedades del sistema circulatorio	38,52	45,22	41,92
2 - Tumores (neoplasias)	33,96	26,06	29,94
3 - Enfermedades del sistema respiratorio	13,97	11,19	12,56
4 - Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos no clasificados en otra parte	9,44	10,91	10,18
5 - Enfermedades del sistema nervioso central	4,12	6,63	5,39

FUENTE: Elaboración propia en base a datos del MSP extraídos de Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010

Respecto a la tasa de mortalidad de las personas de 60 y más años, la misma se va incrementando con la edad, siendo para este grupo de 43,25 por 1.000 en el año 2008 (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010).

Cuadro 3.3. Tasa de mortalidad en mayores de 60 por grupos de edad, año 2008

Edad	Tasa
60 - 64	14,06
65-69	20,07
70-74	31,43
75-79	47,98
80-84	78,48
85-89	123,62
90-94	210,34
95 y más	269,04
Total	43,25

FUENTE: Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010

Esperanza de vida saludable

En la región de América y el Caribe se registra un aumento constante en la esperanza de vida al nacer, que en promedio ha pasado de 61,2 años en 1975 a 72,2 años en el 2005. Se espera que la esperanza de vida a los 60 años también se incremente, pasando de 18,8 años en el 2005 a 21,6 años en 2025 y a 23,5 años en 2045 y 2050.(Consortio EUROsociAL Salud, 2008).

Algunos trabajos han señalado que el aumento del envejecimiento en la región ha sido facilitado por la disminución de enfermedades infecciosas y los adelantos de la medicina en los tratamientos y no a sustanciales mejoras en la calidad de vida de la población en diferentes edades, como ha ocurrido en los países desarrollados económicamente. Esto ha llevado a que la población vieja de América Latina y el Caribe, en promedio presente una peor situación de salud que la de los países desarrollados económicamente (Huenchuan, 2010). De no cambiarse esta situación, la misma podría tener importantes consecuencias en el estado de salud de la población mayor de la región.

Como forma de evaluar esta relación entre años de vida que se esperan puedan vivirse con buena o mala salud, se calcula la diferencia entre la esperanza de vida al nacer con la expectativa de vida sana al nacer (EVAS). En el caso de Uruguay, esperanza de vida al nacer ha aumentado constantemente desde hace muchos años, siendo actualmente de 76. Diferenciada por sexo, se ubica en 73 años para los hombres y en 80 para las mujeres.

Sin embargo según datos de la OMS (2010) se estima que la actual expectativa de vida sana al nacer de la población uruguaya es de 67 años, siendo de 64 para los hombres y 70 para las mujeres. Esto implicaría una expectativa de vida carente de buena

salud de 8 años para los hombres y 9 de para las mujeres, en los que es esperable una mayor presencia de limitaciones funcionales y enfermedades crónicas. (Cuadro 3.4)

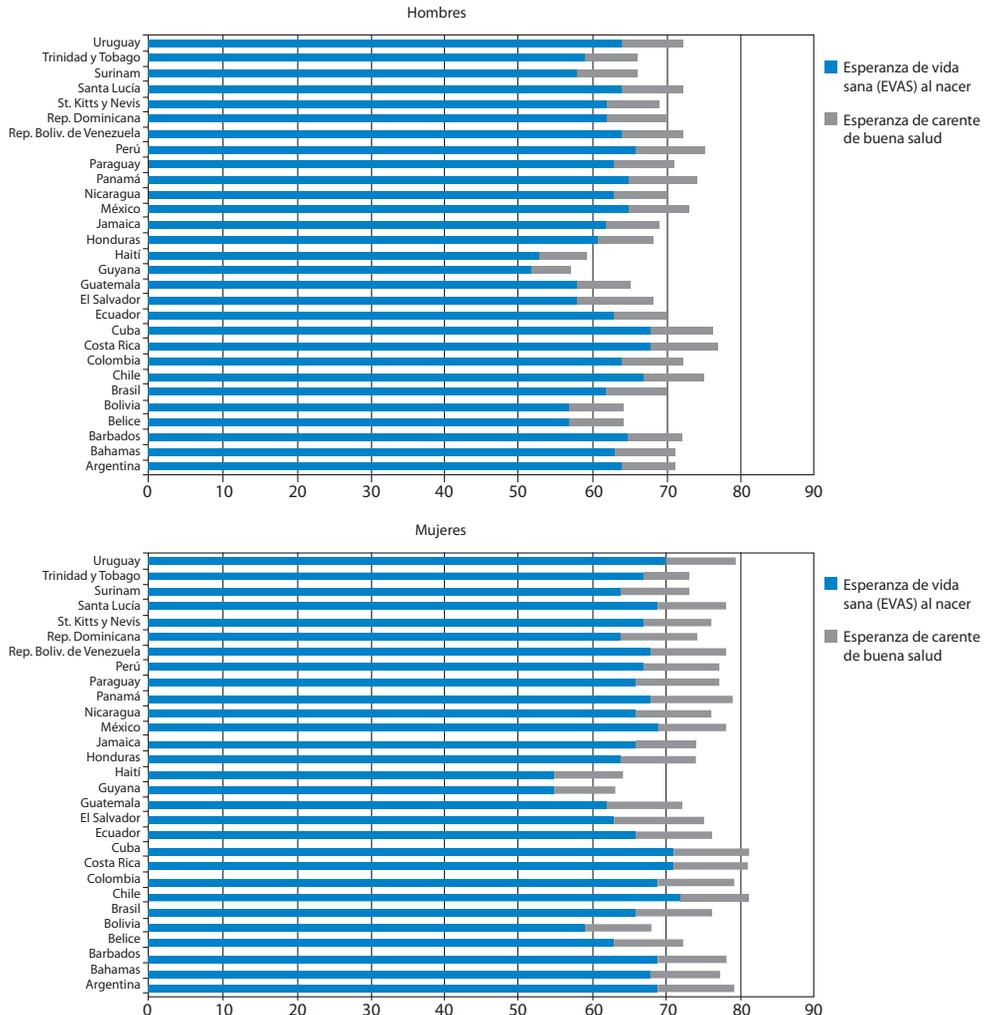
Como se verá más adelante, en el caso de Uru-

Cuadro 3.4. Mortalidad y carga de morbilidad para Uruguay, período 1990 - 2008

Esperanza de vida al nacer									Esperanza de vida sana al nacer		
Hombres			Mujeres			Ambos sexos			Hombres	Mujeres	Ambos sexos
1990	2000	2008	1990	2000	2008	1990	2000	2008	2007		
69	71	72	76	79	79	72	75	75	64	70	67

FUENTE: Elaboración propia en base a datos OMS, 2010

Figura 3.3. Esperanza de vida sana al nacer y expectativa de vida carente de buena salud en América Latina y el Caribe, por sexo.



FUENTE: Huenchuan, 2010, sobre datos de la OMS, año 2009.

guay la situación de salud de los mayores parecería dar cuenta de ser mejor de lo esperable según este indicador general de la OMS, por lo que seguramente se debería ajustar el mismo. De todas formas, estos datos plantean un escenario posible en relación al estado de salud de la población mayor y los importantes niveles de enfermedad y discapacidad esperables de no tomar acciones para revertir ese proceso. Desde la perspectiva económica, varios estudios han planteado que entre el 20% y el 33% de los gastos en salud se destinan a diagnósticos o tratamientos que no mejoran la salud. También se conoce que el mayor gasto de salud no está relacionado a los años que separan a la persona del nacimiento, sino del tiempo que la separan de la muerte, fundamentalmente cuando existen patologías. (Bagnuolo, Haretche y Serra, 2008). Como plantea la OMS (2005) la mejora en la calidad de vida y en la salud de la población dependerá cada vez más de cambios en los hábitos y conductas de las personas, en las acciones de promoción y prevención, y no tanto de la mejora e innovación de la tecnología médica.

A los efectos de tener elementos para el análisis de acciones preventivas en salud, es necesario conocer las características de las principales enfermedades a combatir, los factores de riesgo para disminuirlos, así como los aspectos saludables y protectores de la población para desarrollarlos. Los siguientes apartados analizarán este tema.

Principales enfermedades a considerar en el envejecimiento y vejez en Uruguay

Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la población joven y adulta

En el año 2006 en nuestro país se llevó a cabo la Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (MSP-DGS, 2009 y 2010b), que tuvo por objetivo conocer estos factores en la población adulta, de ambos sexos, dentro del grupo de edad de 25 a 64 años. Si bien lamentablemente no se incluyó a la población mayor, este estudio igual revela datos interesantes a los efectos del presente trabajo, pues da cuenta de

los principales factores de riesgo de la población que serán los próximos adultos mayores en pocos años.

En el año 2006, de la población estudiada, se concluye que el 33% eran fumadores (37,2% hombres y 28,6% mujeres) y el 53% había consumido alcohol en los últimos 30 días (MSP-DGS, 2009). Un importante factor de riesgo acorde al perfil de las causas de mortalidad en el país, es la presión arterial elevada, categoría en la que se encontró al 35,8% de esta población, siendo algo mayor en los hombres que en las mujeres (MSP-DGS, 2010b). Otro importante factor de riesgo es el sobrepeso y la obesidad, categoría en la que se encuentra el 56,8% (MSP-DGS, 2010b).

En este estudio se consideran cinco factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles: ser fumador diario; bajo consumo de frutas y vegetales; sedentarismo; sobrepeso y obesidad; presión arterial elevada.

Cuadro 3.5. Tasas de Factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en la población de 25 a 64 años, por sexo

Factor de riesgo	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Fumador diario	32,7	37,2	28,6
Bajo consumo de frutas y vegetales	85	85	84,9
Sedentarismo	35,1	29	40,7
Sobrepeso y obesidad*	56,8	-----	-----
Presión arterial elevada	35,8	34,1	37,6

FUENTE: MSP-DGS, 2010b

*El desglose por sexo de los datos disponibles para este factor no son congruentes en fuente citada (tablas 21 y 33 de MSP-DGS 2010b) por lo que se omiten.

Este estudio permite concluir que en la población de 25 a 64 años existe una elevada tasa de factores de riesgo: 56,8 presenta 3 o más factores de riesgo, contra 2,7 sin ningún factor de riesgo (ver cuadro 3.6).

Cuadro 3.6. Tasas de Factores de riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles combinados, en la población de 25 a 64 años, por sexo

Factores de riesgo combinados	Ambos Sexos	Hombres	Mujeres
Ningún factor	2,7	1,5	3,8
3 factores o más	56,8	57,5	56,1

FUENTE: MSP-DGS, 2010b

Enfermedades crónicas en la población de 60 años y más

En el año 2004, según estadísticas de la OMS, las siete principales causas de morbilidad de los adultos mayores en el mundo eran las cardiopatías isquémicas, las enfermedades cerebrovasculares, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad de Alzheimer y otras demencias, las infecciones de las vías respiratorias inferiores, trastornos en la visión y Diabetes (Consortio EUROsociAL Salud, 2008)

En Latinoamérica y el Caribe, según los resultados de la Encuesta multicéntrica sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) realizada en entre 1999 y 2001 en siete ciudades de la región (Albala, Lebrão, León, Ham-Chande, et al., 2005), la hipertensión es la patología con mayor prevalencia, seguida por la artritis, las enfermedades del corazón, la diabetes y las enfermedades del pulmón. En estas cifras, al igual que con los datos a nivel mundial, debe tenerse presente que son promedios generales y que los datos pueden variar en las diferentes ciudades o países. (Cuadro 3.7)

Cuadro 3.7. Porcentaje de personas mayores de 60 años por tipo enfermedad crónica relevada en seis ciudades de América Latina, año 2001

Ciudades	Diabetes	Hipertensión	Enfermedades del corazón	Enfermedades del pulmón	Artritis
Bridgetown (Barbados)	22	48	12	4	47
Buenos Aires (Argentina)	12	49	20	8	53
México, D, F (México)	22	43	10	10	23
Montevideo (Uruguay)	14	45	24	9	48
Santiago (Chile)	13	52	34	13	32
Sao Paulo (Brasil)	17	53	22	13	33

FUENTE: Consortio EUROsociAL Salud, 2008, sobre datos de OPS de Encuesta SABE

En relación a la morbilidad de los adultos mayores de Uruguay, la información disponible proviene de los auto-reportes recogidos por la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006 (ENHA), así como por la información relevada en la Encuesta SABE.

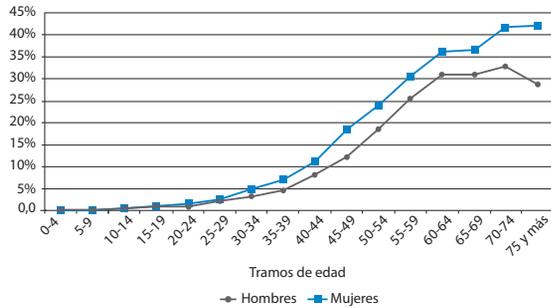
En base al análisis de los datos de la ENHA 2006, Nuñez (2009) concluye que el 47,8% de los adultos mayores uruguayos manifiesta padecer alguna enfermedad crónica.

La ENHA 2006 permite conocer datos sobre el comportamiento de tres enfermedades crónicas muy vinculadas a los factores de riesgo relevados anteriormente (MSP-DGS, 2009) y a las principales causas de mortalidad de la población uruguaya: asma, hipertensión y diabetes.

Tanto la hipertensión como la diabetes demuestran tener una mayor prevalencia a medida que aumenta la edad, según los resultados de los auto-reportes. Los resultados de la ENHA 2006 señalan que casi el 20% de la población en general padece por lo menos una de estas patologías. (Trylesinski, 2007). Ese porcentaje promedio se duplica para la población de 60 años y más, de la cual el 43,4% manifiesta tener al menos una de estas enfermedades, siendo los valores más altos para las mujeres (46,3%) que para los hombres (39,2%) según el estudio de Paredes, Ciarniello y Brunet del año 2010.

Desglosados estos porcentajes por patología en la población de 60 y más, se obtiene que el 36% tiene hipertensión (30% hombres y 42% mujeres), 5% declara tener asma, casi 9% diabetes no insulino dependiente y 1,6% diabetes insulino dependiente (Nuñez, 2009).

Figura 3.4. Prevalencia de hipertensión en Uruguay, por tramo de edad y sexo, según auto-reportes

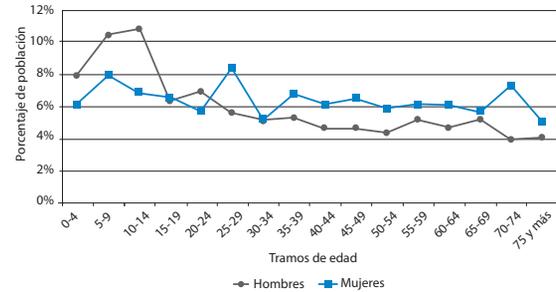


FUENTE: Trylesinski, 2007, en base a datos de ENHA 2006

Respecto a la hipertensión en los mayores de 60 su incidencia es mayor en las mujeres. Los datos señalados para esta patología son congruentes con los de la Encuesta SABE, a pesar que esta presenta un porcentaje algo más alto para la población de Montevideo (45%).

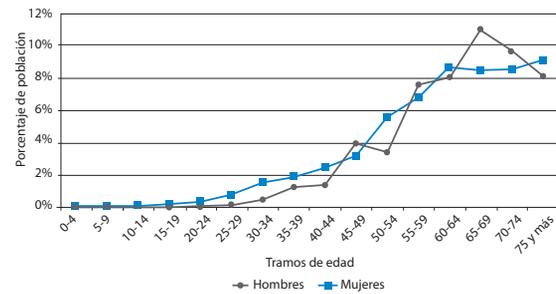
Sin embargo, corresponde señalar que los datos sobre hipertensión obtenidos a través de auto-reportes en la ENHA 2006 (Trylesinski, 2007) arrojan una tasa de prevalencia más baja respecto a los resultados de la medición de la presión arterial realizada en el marco de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2006 (MSP-DGS, 2010b), que ya fueron presentados antes en este trabajo. Lamentablemente estas dos fuentes de datos solo se pueden comparar para la población de 25 a 64 años. La explicación de esta diferencia puede deberse a que las personas en los auto-reportes responden sobre su percepción y no desde la evaluación con paraclínica. A su vez, la tasa de los auto-reportes de los mayores de 64 puede ser más ajustada a la situación clínica, pues esta

Figura 3.5. Prevalencia de Asma en Uruguay, por tramos de edad y sexo, según auto-reportes



FUENTE: Trylesinski, 2007, en base a datos de ENHA 2006

Figura 3.6. Prevalencia de Diabetes no insulino-dependiente en Uruguay, por tramos de edad y sexo, según auto-reportes



FUENTE: Trylesinski, 2007, en base a datos de ENHA 2006

población presenta conductas de mayor control de su salud que las otras edades (Berriel y Pérez, 2002). Si esto fuese así, no habría importantes diferencias en la prevalencia de hipertensión entre los adultos y los adultos mayores. Este tema necesitaría estudios específicos (ver figuras 3.5 y 3.6 y cuadro 3.8).

Cuadro 3.8. Prevalencia de hipertensión, asma y diabetes por sexo, según auto-reportes

	Población Total (%)			Población de 60 y más		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Hipertensión*	10	14	12,3	30	36-42	36
Asma*	6,4	6,4	6,4	4-5	5-7	4-7
Diabetes no ID**	4,7	5,3	5	10,7	10,3	10,5

FUENTES: * Trylesinski, 2007 en base a datos de ENHA 2006. Es de señalar que para la población de 25 a 64 años, estos datos son muy inferiores a los obtenidos por MSP-DGS, 2010b, que dan cuenta de una mayor prevalencia de esta patología.

**Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2009, en base a datos de ENHA 2006 por parte del MSP-DGS

Según los resultados de la Encuesta SABE, otra patología que presentó altos valores en los mayores de 59 años de Montevideo fue la artritis, alcanzando al 48 % y siendo el mayor porcentaje entre las diferentes ciudades estudiadas. Desglosada por tramo de edad y sexo, se observa una mayor prevalencia en las mujeres. Los porcentajes más altos se dan entre los más viejos de ambos sexos.

Cuadro 3.9. Prevalencia de artritis en Uruguay, por tramo de edad y sexo

Tramo de edad	Hombres	Mujeres	Total
60 - 74	26,18	60,11	48%
75 y más	38,15	59,43	

FUENTE: Consorcio EUROsocial Salud, 2008, sobre datos de OPS de Encuesta SABE, 2001

De lo expuesto en este apartado podemos destacar el hecho de que algunas de las enfermedades que según estos datos tendrían más prevalencia, especialmente la hipertensión y la artritis, podrían tener una incidencia negativa en la actividad extra hogar de las personas mayores y, por lo tanto, en la participación y vinculación social.

Respecto a la prevalencia de otras patologías que tiene una importante presencia en la carga de morbilidad de los adultos mayores en el mundo, como las demencias y otras enfermedades mentales, las mismas serán abordadas más adelante en un apartado específico sobre salud y enfermedad mental. Lo mismo con enfermedades que implican importantes limitaciones físicas, las cuales se abordan en siguiente apartado.

Enfermedades que implican limitaciones físicas, por tramos de edad

La ENHA 2006 ha permitido conocer datos sobre la prevalencia de algunas patologías que implican limitaciones físicas permanentes, tales como las de visión, audición y movilidad. Estas tres limitaciones tienen una mayor incidencia en las edades avanzadas y son una importante causa de discapacidad y dependencia. Al respecto, el 47% de las limitaciones permanentes de la visión (independientemente del uso de lentes) se da en la población de 65 y más años. En este grupo etario se encuentra el 63% de todas las limitaciones de la audición (independiente

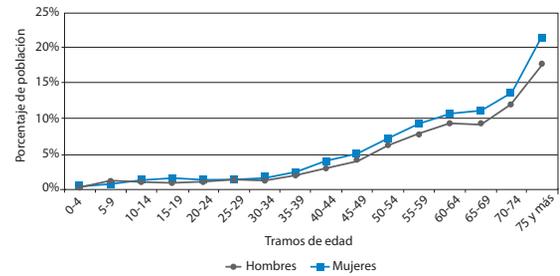
del uso de audífonos), y el 69% de las limitaciones en la movilidad (Scardino, 2007)

Cuadro 3.10. Porcentajes del total de personas con limitación en visión, audición y movilidad, por grupos de edad

Edad	Visión	Audición	Movilidad
0 - 64 años	53,2	37,0	30,9
65 y más años	46,8	63,0	69,1

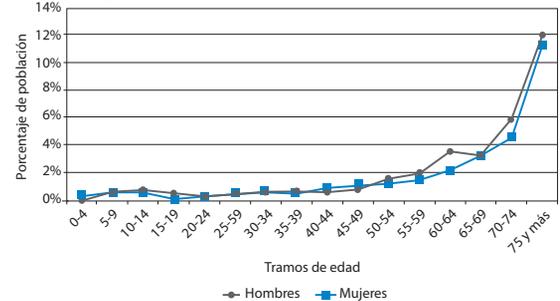
FUENTE: Scardino, 2007

Figura 3.7. Limitaciones de la visión por tramo de edad y sexo



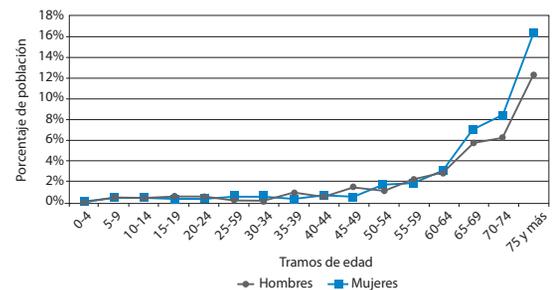
FUENTE: Trylesinski, 2007, en base a datos de ENHA 2006

Figura 3.8. Limitaciones de la audición por tramo de edad y sexo



FUENTE: Trylesinski, 2007, en base a datos de ENHA 2006

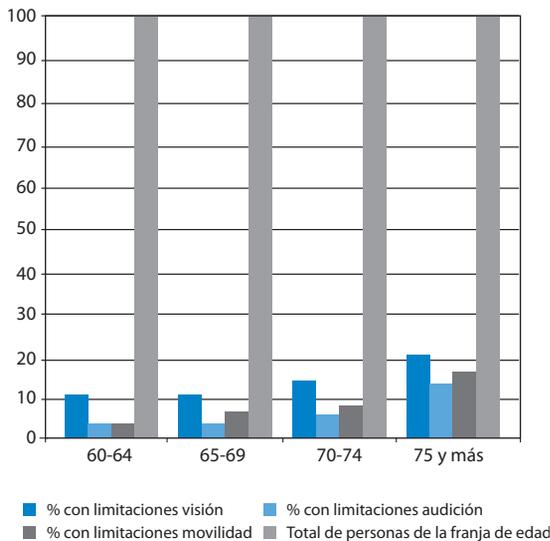
Figura 3.9. Limitaciones en la movilidad por tramo de edad y sexo



FUENTE: Trylesinski, 2007, en base a datos de ENHA 2006

Los datos presentados dan cuenta de una situación favorable de la población de mayores de Uruguay respecto a la incidencia de enfermedades que implican limitaciones físicas. Si bien las tres patologías estudiadas tienen una mayor incidencia en la vejez, las mismas afectan a un porcentaje bajo de este grupo. Dicho de otra forma, la mayoría de los adultos mayores de Uruguay no presenta limitaciones permanentes en estas tres áreas (ver cuadro 3.11).

Figura 3.10. Porcentaje aproximado de personas mayores de 59 años con limitación permanente de visión, audición y movilidad, por grupos de edad, en relación al total de cada tramo



FUENTE: Elaboración propia en base a datos de ENHA 2006, extraídos de Trylesinski, 2007

Cuadro 3.11. Porcentaje aproximado de personas mayores de 59 años con y sin limitación en visión, audición y movilidad, por grupos de edad

Edad	Visión		Audición		Movilidad	
	Con Limitaciones	Sin Limitaciones	Con Limitaciones	Sin Limitaciones	Con Limitaciones	Sin Limitaciones
60-64	10	90	3	97	3	97
65-69	10	90	3	97	6	94
70-74	13	87	5	95	7	93
75 y más	19	81	12	88	15	85

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de ENHA 2006, extraídos de Trylesinski, 2007.

Enfermedades transmisibles: el VIH /SIDA en poblaciones mayores

Como fue planteado anteriormente, las enfermedades transmisibles en el Uruguay no se encuentran entre las principales causas de mortalidad y morbilidad de su población. Sin embargo ese dato no debería ocultar la existencia de este tipo de entidades, pues muchas de ellas continúan siendo causa de discapacidad y mortalidad.

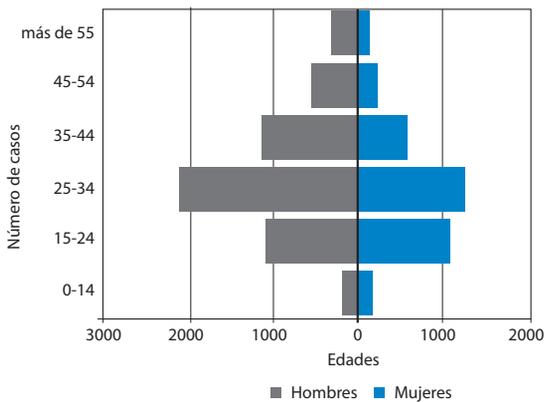
Dentro de las diferentes enfermedades transmisibles, tal vez la que haya generado mayor preocupación en los últimos tiempos, es la referida al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y al síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). A nivel mundial, en el año 2004 el VIH/SIDA constituía la tercera causa de morbilidad en países de bajos ingresos (Consortio EUROsociAL Salud, 2008).

En nuestro país, el primer caso de SIDA fue reportado en el año 1983. En estos 28 años, el VIH/SIDA se ha transformado en una epidemia “claramente establecida, con un carácter endémico y de tipo concentrada”, según se plantea en el informe epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud Pública sobre VIH/SIDA (MSP – DGS, 2010c, p. 3). En el año 2010 existían en nuestro país 9310 casos de VIH reportados. En el cuadro 3.12 se presenta la distribución de estos casos por edad.

Cuadro 3.12. Casos VIH en Uruguay distribuidos por edad. Año 2010

Edad	Nº Casos
0 - 14	299
15 - 24	2160
25- 34	3353
35 - 44	1646
45 - 54	723
55 y más	406
Sin datos	723
TOTAL	9310

FUENTE: MSP - DGS, 2010c

Figura 3.11. Población de casos de VIH reportados en el período 1983 - 2010

FUENTE: MSP - DGS, 2010c

Los datos desglosados por edad dan cuenta claramente de que el VIH actualmente tiene una mayor prevalencia e incidencia en las poblaciones jóvenes y adultas jóvenes. Debido a los modos de transmisión de esta enfermedad, muy vinculado a hábitos y conductas de riesgo, posiblemente este perfil de edad se mantenga. Sin embargo, también es probable que cada vez más haya un número creciente de personas mayores portadoras del VIH o con SIDA.

Efectivamente, el avance científico en el conocimiento de esta enfermedad ha permitido mejorar la terapéutica de la misma, lográndose retrasar cada vez más los efectos mortales del VIH/SIDA. Es de esperar que en los próximos años, el desarrollo de nuevos medicamentos y procedimientos aumente esta espe-

ranza de vida. Esto posiblemente lleve a que el promedio de la edad de las personas con VIH aumente, pasando a afectar a cada vez más personas mayores.

Será entonces cada vez más necesario comenzar a incorporar datos desglosados de las población mayor de 55 años con VIH/SIDA, y conocer su perfil. Esto es particularmente importante para las poblaciones identificadas como de riesgo, tales como las/os trabajadoras/es sexuales, fundamentalmente cuando esto se cruza con una mayor edad y situación de pobreza.

Estilo de vida y factores de riesgo

Actividades físicas

La práctica de actividades físicas es considerada un importante factor protector ante las enfermedades prevalentes en Uruguay. Los datos disponibles en este tema son de tres estudios realizados entre 1999 y 2001.

El primero de estos estudios es la Encuesta SABE, que señala que en Montevideo el 44% de los mayores de 60 realiza algún tipo de ejercicio ligero (Zunzunegui, Pinzón, Engler, Pantelides et. Al, 2002).

El segundo estudio es la encuesta realizada en el año 1999 por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. En esta investigación, ante la pregunta de si realiza actualmente alguna actividad física, el 74% de las personas de 65 años y más responde negativamente. Un dato relevante es que de estos adultos mayores, un 44% nunca realizó deportes, lo cual aumenta este factor de riesgo (Berriel y Pérez, 2002).

Cuadro 3.13. Actividades físicas de la población de 65 años y más de Montevideo. Antes y actual, año 1999

Realizó algún tipo de gimnasia o deporte		Realiza actualmente alguna actividad física	
Sí	No	Sí	No
44%	56%	26%	74%

FUENTE: Berriel y Pérez, 2002

A pesar de estudiar una población con un mayor rango de edad, la Encuesta sobre estilos de vida y salud de la población adulta (ENEVISA) presenta resultados congruentes con los anteriores estudios, concluyendo que el 58% de las personas de 55 años

y más plantearon no desarrollar ninguna actividad física, y solo un 7% manifestó realizar una actividad física mínima. Distribuida la población por sexo, las mujeres realizan menos actividades físicas que los hombres (CEPAL, 2000) ver cuadro 3.14.

Las diferencias entre los resultados de los tres estudios en el tema, posiblemente respondan a la modalidad de la pregunta y a los diferentes rangos de edad estudiados. No obstante, a pesar de las diferencias, son coincidentes en señalar que la mayoría de los adultos mayores no realizaba actividades físicas en ese momento, lo cual se constituye en un factor de riesgo.

Esta situación de falta de actividades físicas no

parece ser patrimonio exclusivo de la vejez, sino que atraviesa las diferentes edades, al menos desde la juventud, si tenemos en cuenta las elevadas tasas actuales de sedentarismo, obesidad e hipertensión de la población de 25 a 64 años (MSP-DGS, 2009 y 2010b).

Consumo de alcohol

Según los resultados de la encuesta ENEVISA, el 85.2% de la población tiene un consumo habitual de alcohol casi nulo. En este tema, las mujeres presentan un menor consumo. Sin embargo, el consumo de alcohol es mayor en el estrato ocupacional bajo (CEPAL, 2000) ver cuadro 3.15.

Cuadro 3.14. Actividad física de la población de 55 años y más, por sexo y grupos de edades, año 1999.

Sexo y grupos de edades	Total	Nula	Mínima	Moderada	Intensa
Total	100,0	57,6	6,7	18,0	17,7
55 a 64 años	100,0	57,3	6,2	16,8	19,7
65 a 79 años	100,0	55,0	7,3	20,5	17,2
80 años y más	100,0	68,0	6,4	12,2	13,4
Hombres	100,0	52,8	5,6	18,7	22,9
55 a 64 años	100,0	55,6	6,8	15,9	21,7
65 a 79 años	100,0	50,1	4,9	21,7	23,3
80 años y más	100,0	52,8	4,0	16,8	26,4
Mujeres	100,0	60,9	7,5	17,6	14,0
55 a 64 años	100,0	58,7	5,7	17,6	18,0
65 a 79 años	100,0	58,3	8,9	19,7	13,1
80 años y más	100,0	75,5	7,5	9,9	7,1

FUENTE: CEPAL, 2000, elaborado en base a datos de ENEVISA

Cuadro 3.15. Consumo de alcohol en la población de 55 años y más, por sexo y grupos de edades, 1999.

Sexo y grupos de edades	Total	Consumo de alcohol		
		Ocasional o nulo	Moderado	Severo
Total	100,0	85,2	12,2	2,6
55 a 64 años	100,0	84,6	11,8	3,6
65 años y más	100,0	85,7	12,4	1,9
Hombres	100,0	74,1	20,3	5,6
55 a 64 años	100,0	72,4	20,3	7,3
65 años y más	100,0	75,5	20,3	4,2
Mujeres	100,0	94,4	5,5	0,2
55 a 64 años	100,0	96,4	3,6	0,0
65 años y más	100,0	93,2	6,6	0,3

FUENTE: CEPAL 2000, elaborado en base a datos de ENEVISA

Tabaquismo

Según datos de la ENHA 2006, un 12% de los mayores de 60 años es fumador. Al desglosar por sexo esta cifra, dentro del grupo de hombres, el 19,5% es fumador y mientras que dentro del grupo de mujeres, las fumadoras implican el 7,2% (Paredes, Ciarriello y Brunet. 2010).

Debido a que en los últimos años desde el gobierno se ha emprendido una importante campaña de salud pública para desestimular el consumo de tabaco, es de esperar que las cifras presentadas disminuyan en el corto y mediano plazo.

Obesidad

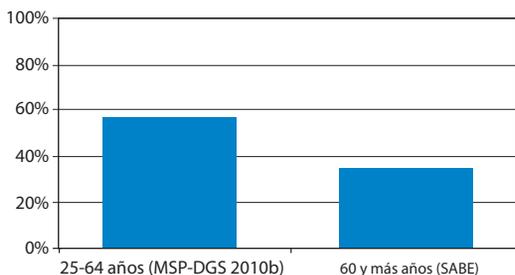
Los datos disponibles en este tema para los adultos mayores provienen de la Encuesta SABE, que estudió el Índice de Masa Corporal. Los resultados indican que los mayores de Montevideo presentan el mayor porcentaje de personas obesas, con un 35%. Este porcentaje es mayor en las mujeres, que alcanza al 44%, siendo de 19% en los hombres.

Cuadro 3.16. Índice de masa corporal en personas de 60 años y más de Montevideo, por sexo

	Índice de masa corporal			
	Baja	Normal	Alta	Obesa
Hombres	32	40	10	19
Mujeres	15	29	12	44
Total	21	33	11	35

FUENTE: Elaboración propia en base a datos de OPS de Encuesta SABE, 2001, extraídos de Consorcio EUROsocial Salud, 2008

Figura 3.12. Obesidad y sobrepeso comparado por franjas de edad en dos estudios



FUENTE: Elaboración propia en base a datos de MSP-DGS, 2010b y Encuesta SABE, extraídos de Consorcio EUROsocial Salud, 2008

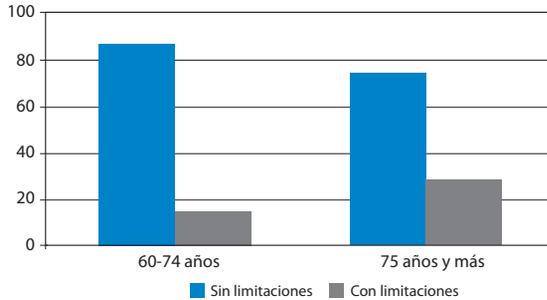
En este aspecto la población de 60 años y más parece estar en mejores condiciones que la población de la franja de 25 a 64 años, en la cual el 56,8% presentó sobrepeso u obesidad (MSP-DGS, 2010b). Este dato señala que, de no existir medidas que modifiquen hábitos en este tema, es de esperar que el porcentaje de adultos mayores con obesidad se incremente en los próximos años, lo cual pasa a ser un importante factor de riesgo.

Capacidad Funcional

Una forma de evaluar la independencia/dependencia funcional es analizando la capacidad de desempeño de las personas en las llamadas actividades básicas de la vida diaria (ABVD: bañarse, vestirse, usar el inodoro, movilizarse, alimentarse, etc.). En el año 2005, Menéndez, Guevara, Arcia, León et. al, basados en los datos recogidos para las diferentes ciudades en la Encuesta SABE, estudiaron la asociación entre dificultades en las ABVD y en las actividades instrumentales (AIVD), con enfermedades crónicas. Encontraron una fuerte correlación entre los déficits de las ABVD y AIVD con depresión, mayor edad, mala salud subjetiva, enfermedades cerebrovasculares, artrosis y deterioro cognoscitivo. Estas patologías estarían en la base de la mayoría de los déficits de las actividades instrumentales, sumados a una mayor fragilidad física que en general se da en las poblaciones mayores.

Respecto a las ABVD, en la Encuesta SABE se encontró un incremento de las limitaciones en las ABVD con la mayor edad, en todas las ciudades que participaron del estudio. En ese contexto, los mayores de Montevideo en general presentaron menos limitaciones que el resto. Desglosando estos resultados por tramo de edad, se obtiene que el 86% de los adultos mayores montevideanos de 60 a 74 años no presenta limitaciones. Lo mismo sucede con el 73% de los mayores de 74 años. Analizando las limitaciones por sexo, se obtiene que el 89% de los hombres no presenta limitaciones en las ABVD. En las mujeres este porcentaje es algo menor, descendiendo a 79%. (Consorcio EUROsocial Salud, 2008) ver figura 3.13.

Figura 3.13. Actividades Básicas de la Vida Diaria en adultos mayores de Montevideo, por tramo de edad



FUENTE: Elaboración propia sobre datos SABE 2001, extraídos de Consorcio EUROsocial Salud, 2008.

Los resultados de la Encuesta SABE en este aspecto, son congruentes con los encontrados por CEPAL 2000, a partir de los datos de la Encuesta ENEVISA, que fue aplicada en los núcleos urbanos de todo el país. En base a esta congruencia, no se encuentran diferencias significativas en la capacidad funcional de las personas que viven en Montevideo y en el interior.

Respecto a la capacidad funcional por sexo, también en la ENEVISA aparecen más respuestas

positivas en los hombres que en las mujeres, principalmente en la franja de más de 80 años.

En base a la congruencia de resultados entre la Encuesta SABE y ENEVISA se puede sostener que los adultos mayores de Uruguay presentan una alta capacidad de independencia funcional, lo cual implica una posición favorable con respecto a los adultos mayores de la región.

Discapacidad y dependencia

En Uruguay en el año 2004 se realizó la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad que presenta datos relevantes en el tema. En esta encuesta se define la discapacidad como “toda limitación y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social” (INE, 2004: 4)

Según los resultados de esta encuesta, la discapacidad tiene una prevalencia de 7.6% de la población que en cifras absolutas equivale a 210.400 personas. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la prevalencia por zonas geográficas

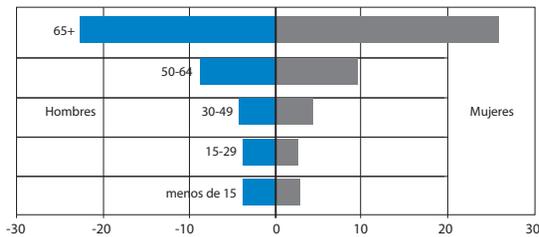
Cuadro 3.17. Capacidad Funcional de la población por grupos y tramo de edades

Sexo y grupos de edades	Capacidad funcional			
	Total	Completamente independiente	Parcialmente independiente	Dependiente
Total	100,0	88,4	6,7	4,9
55 a 64 años	100,0	96,6	2,5	0,9
65 a 79 años	100,0	90,0	6,2	3,8
80 años y más	100,0	55,3	22,3	22,4
Hombres	100,0	92,0	3,4	4,6
55 a 64 años	100,0	97,1	1,4	1,5
65 a 79 años	100,0	92,0	3,6	4,4
80 y más	100,0	70,0	11,1	18,9
Mujeres	100,0	85,7	9,1	5,2
55 a 64 años	100,0	96,2	3,4	0,4
65 a 79 años	100,0	88,7	8,0	3,3
80 años y más	100,0	48,1	27,8	24,1

FUENTE: CEPAL, 2000, en base a datos de encuesta ENEVISA

(7.7% para Montevideo y 7.5% para el Interior Urbano). Sí hay diferencias por sexo, siendo la prevalencia mayor en las mujeres: 8.2% frente a 7% en los hombres. Esta diferencia parece relacionarse a una mayor incidencia de la discapacidad con la edad, fundamentalmente a partir de los 65 años, donde se ubica la mitad de la población que declara tener al menos una discapacidad.

Figura 3.14. Prevalencia de discapacidad por sexo y edad, Uruguay 2004

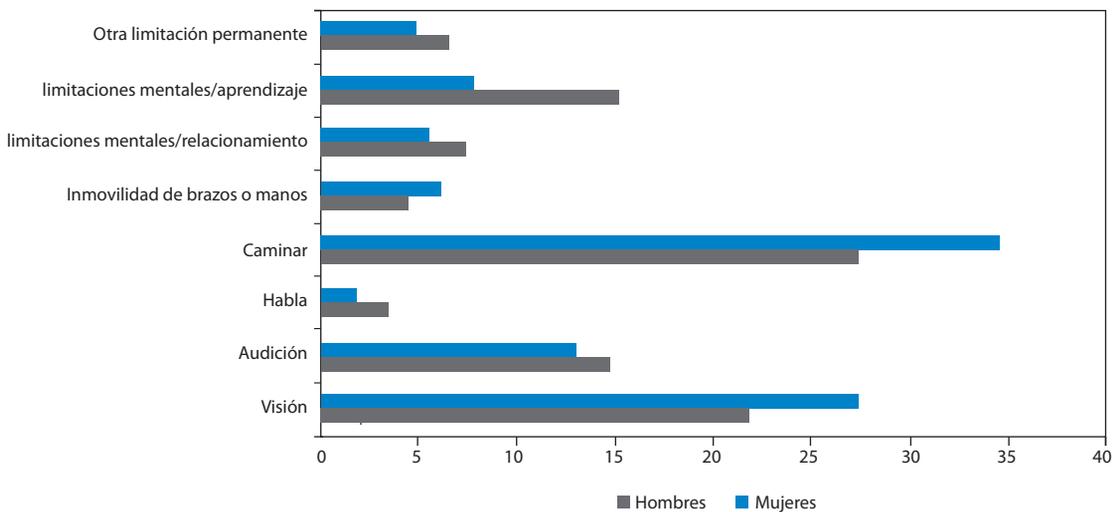


FUENTE: INE, 2004

Las principales discapacidades señaladas por la población total son las dificultades para caminar (31.3%), de visión (25%) y audición (13.6%). Tanto las discapacidades motoras como las visuales tienen mayor prevalencia en las mujeres (figura 3.15).

Analizada la prevalencia de discapacidad en el grupo de 65 años y más, el 24,5% declara presentar al menos una discapacidad, siendo en las mujeres de 25,9% y de 22,5% en los hombres.

Figura 3.15. Población por principal discapacidad y sexo



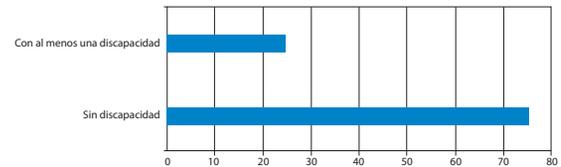
FUENTE: INE, 2004

Cuadro 3.18. Prevalencia de discapacidad por grupos de edad y sexo

Grupo de edad	Total	Varones	Mujeres
Menos de 15	3,1	3,6	2,6
15 a 29	3,0	3,6	2,4
30 a 49	4,1	4,1	4,1
50 a 64	9,1	8,8	9,2
65 o más	24,5	22,5	25,9
Total población	7,6	7,0	8,2

FUENTE: OISS (2006) en base a datos de la Encuesta Nacional de Personas con discapacidad

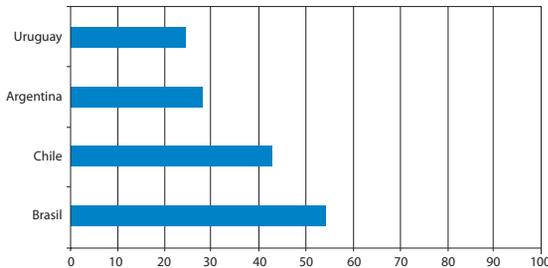
Figura 3.16. Prevalencia de discapacidad en el grupo de 65 años y más de Uruguay



FUENTE: Elaboración propia en base a datos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, extraídos de OISS, 2006

Según estos datos, tres de cada cuatro personas de 65 años y más declara no tener discapacidad, lo cual da cuenta de una situación favorable de los mayores de 64 años de Uruguay en relación al contexto regional, donde la prevalencia de discapacidad en esta población mayor es de 28% en Argentina, 43% en Chile y 54% en Brasil (OISS, 2006).

Figura 3.17. Prevalencia de discapacidad en la población de 65 años y más en la región



FUENTE: Elaboración propia en base a datos de OISS, 2006 (No se incluye en esta comparación a Paraguay, pues los datos disponibles son solo respecto a discapacidades severas)

Un dato que corresponde señalar es el hecho que en la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad de Uruguay, más del 17% del total de respuestas respecto al origen de la discapacidad, atribuyen el mismo al envejecimiento. Este porcentaje es mayor entre las mujeres (20,7% del total de mujeres) que en los hombres (13,2%). Numerosos estudios han aportado evidencia empírica respecto a que el envejecimiento no conlleva en sí mismo discapacidad, pues cuando la misma aparece en general se debe a una enfermedad u otras causas. El atribuir a la edad la causa de la discapacidad da cuenta de una imagen negativa y prejuiciosa de la vejez, que tiende a asimilar a la misma con enfermedad.

En relación a la discapacidad en la vejez, al igual que sucede con la dependencia funcional, la misma tiene una mayor prevalencia con el aumento de la edad. No obstante, debe tenerse presente que, si bien existe una mayor incidencia de varias patologías en la vejez, tres de cada cuatro mayores de 65 años plantea no tener ninguna discapacidad, lo cual, a su vez, es congruente con los resultados positivos en capacidad funcional obtenidos en la encuesta SABE y ENEVISA, tal como fue presentado en el apartado anterior. Como se verá más adelante, esto es coherente con el buen estado de salud subjetiva que presenta la mayoría de los mayores.

Salud y enfermedad mental

Trastornos mentales prevalentes en los adultos mayores

En el año 2008, la Unión Europea presentó un documento de consenso sobre diferentes temas de Salud Mental de los adultos mayores (Jané-Llopis & Gabilondo, 2008). En el mismo se identifican algunos trastornos mentales que, si bien no son exclusivos de la vejez, son causa importante de discapacidad y dependencia en esa etapa: demencias, suicidios, depresión y ansiedad, trastornos derivados del alcohol, y abuso y maltrato. Si bien algunas de estas afecciones (tales como la problemática del suicidio, la del abuso y maltrato o los efectos no médicos derivados del consumo problemático del alcohol) presentan en su constitución un mayor peso de los componentes culturales, sociales e históricos que cuestiona el énfasis puesto en el campo de la patología mental para ubicarlas en un plano psicosocial de análisis, no cabe duda que todas ellas tienen efectos nocivos sobre la salud mental de las personas, siendo un importante obstáculo para lograr un envejecimiento satisfactorio. También es necesario señalar que en todas estas afecciones, el conocimiento científico actual permite diseñar estrategias de prevención y/o tratamiento, que implicarían una disminución importante de la carga asociadas a las mismas.

A los efectos del presente trabajo, se incluirán estos trastornos en el análisis de la población mayor de Uruguay, incluyendo y ampliando los indicadores definidos CEPAL-CELADE (2006). En el caso de los trastornos cognitivos, además del clásico indicador sobre demencias, se incluirá una categoría referida a la auto-percepción de la memoria y los trastornos cognitivos funcionales, por ser un tema que diversos trabajos científicos han señalado como de gran incidencia en la vejez, y cuyo valor como estadio inicial de mayores deterioros, actualmente se está investigando (Pérez, 2009). La excepción será el tema abuso y maltrato que hemos optado por incluirlo más adelante, en el capítulo siguiente sobre entornos.

Trastornos Cognitivos funcionales: Queja subjetiva de Memoria y Trastorno de Memoria Funcional

Múltiples estudios han señalado que en las consultas por salud de las personas mayores, las Quejas Subjetivas de Memoria (QSM) se dan cada vez con mayor frecuencia en el mundo. A modo de ejemplo, en España, uno de cada cuatro pacientes mayores de 65 años consulta por un trastorno cognitivo. De esas consultas, el 40% de los pacientes presentan QSM (Pérez, 2009). Las mismas refieren a una auto-percepción negativa del funcionamiento de la memoria, que en general no se corrobora con los resultados de las pruebas de evaluación de esta función, constituyéndose en un Trastorno de Memoria Funcional. Esto es, un mal funcionamiento de la memoria en la vida cotidiana (olvidos episódicos, fallas atencionales, etc), pero que no afectan el potencial de la memoria evaluado con pruebas y test.

En los últimos años ha habido un creciente interés por conocer el papel de las QSM como predictor de deterioro cognitivo. Sin embargo, los resultados de las investigaciones no son concluyentes y existe un debate al respecto. Algunos estudios indican que la población con QSM tendría mayor riesgo de demencia. Otros plantean la necesidad de relacionarlas con otros factores para ser consideradas predictor de deterioro cognitivo. En otros casos se plantea que las mismas están relacionadas con factores psicológicos (ansiedad y depresión) y psicosociales (soledad) y no con deterioro cognitivo.

A pesar de esta discusión, desde la perspectiva de Salud Mental se puede afirmar que la propia entidad de QSM, constituye en sí mismo un trastorno de memoria, vinculado a un sufrimiento psíquico de la persona, que puede llegar a constituirse en un factor de riesgo de deterioro objetivo. Lamentablemente esta entidad pocas veces es diagnosticada y abordada, tendiendo en general a minimizarse sus efectos o a catalogarlos desde el prejuicio que asocia vejez a enfermedad.

A los efectos de este trabajo no ha sido posible ubicar fuentes de datos en Uruguay, que permitan evaluar el impacto de esta entidad en la población mayor. La única base de datos disponible es la de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República que señala que en el período 2002 al 2008, consultaron allí 190 personas, con un rango de edad de

57 a 88 años, de las cuáles 180 fueron mujeres (95%) y 10 hombres (5%). Esto da cuenta de un perfil de género en el tema, lo cual es congruente con la literatura científica internacional. De la totalidad de esta población que consultó, 121 (64%) fueron diagnosticadas como QSM sin indicadores de deterioro cognitivo; 57 (30%) tuvieron diagnóstico de Declive Cognitivo Asociado al Envejecimiento, y 12 (6%) fueron diagnosticadas como Deterioro Cognitivo Leve. (Pérez, 2009).

A pesar de que los anteriores datos no permiten arribar a conclusiones respecto a este tema en la población de mayor edad de Uruguay, su inclusión en el presente trabajo se realiza con la intención de visibilizar el mismo y comenzar a incluirlo en las fuentes de información, para producir conocimientos.

Demencias y otros trastornos cognitivos¹

Las Demencias y los trastornos cognitivos severos son de las principales patologías mentales que presentan una clara relación de aumento de su prevalencia con la edad. Estudios internacionales estiman que a partir de los 65 años, la demencia se duplica cada 5 años: 2% a los 65; 4% a los 70; 8% a los 75 años; 16% a los 80, 32% a los 85 y 41 % a partir de los 90 años (Alzheimer's Disease International, 2009 y 2010).

Según estos datos, es de esperar que la mayoría de los adultos mayores no tengan una demencia. A pesar de ello, teniendo en cuenta las proyecciones poblacionales, se espera que en los próximos años se incremente en números absolutos la cantidad de personas afectadas a nivel mundial, pasando de 35,6 millones actuales, a 65,7 millones en 2030 y 115,4 millones en 2050. También se estima que el creci-

Cuadro 3.19. Prevalencia de demencia estimada en el mundo. Porcentaje por edad

Edad	Porcentaje
65	2
70	4
75	8
80	16
85	32
90 y más	41

FUENTE: Pérez, 2010, en base a datos de Alzheimer's Disease International, 2009 y 2010

1. Este apartado está basado en Pérez, 2010, de donde se extraen algunos párrafos textuales

miento de las demencias será muy superior en los países de renta baja y media (Alzheimer's Disease International, 2009).

A los efectos de evaluar este tema en nuestro país, una primera dificultad que surge es la falta de datos confiables que permitan cuantificar claramente el fenómeno. Los únicos disponibles provienen de tres estudios diferentes y focalizados, que concluyen en cifras de prevalencia muy dispares entre sí, y que, a su vez, son poco congruentes con las cifras internacionales.

El primero de ellos es el estudio epidemiológico que la Universidad de la República realizara en el barrio de Montevideo "Villa del Cerro" (Ketzoian y col., 1997, citado por Lorenzo y Fontán, 2003). Se trata de un estudio que ha tenido una importante repercusión en el ámbito internacional, siendo citado en varias investigaciones sobre la prevalencia de demencias en Latinoamérica y en varias bases de datos y buscadores de revistas científicas.

Cuadro 3.20. Prevalencia de la demencia en Uruguay por 1.000 habitantes, por franja de edad. Estudio Villa del Cerro

Edad	Mujeres	Hombres	Total
60-69	5,21 0	3,50 0	4,48
70-79	20,03	8,53	15,60
> 80	113,80	58,82	96,67
Total	6,19	1,81	4,10

FUENTE: Pérez, 2010, en base a datos de Ketzoian y colaboradores, 1997 extraídos de Lorenzo y Fontán 2003: 6

Este equipo de investigadores realizó otro estudio en el país con los mismos instrumentos de diagnóstico, en la ciudad de Migueles (Instituto de Neurología, 1992). Las tasas de prevalencia que surgen del mismo difieren parcialmente de los del estudio de la Villa del Cerro.

Cuadro 3.21. Prevalencia de la demencia en Uruguay por 1.000 habitantes, por franja de edad. Estudio de la ciudad de Migueles

Tramo de edad	Prevalencia
60-69	4,7
70-79	43,7
> 80	123,6

FUENTE: Pérez, 2010, en base a datos de Instituto de Neurología, 1992: 203

El tercer estudio disponible, es la encuesta SABE (OPS, 2001), que arroja un porcentaje de deterioro cognitivo de 2% para la población de 60 y más años de Montevideo. Si bien este estudio no se investigó la prevalencia de demencias específicamente, sino la de deterioro cognitivo en general, al utilizar un nivel de corte en el instrumento MMSE menor a 13 (Zunzunegui, Pinzón, Béland, et. al, 2002), en los hechos estaría evaluando deterioros cognitivos severos, equiparables a Demencias.

Cuadro 3.22. Porcentaje de personas mayores de 60 años con deterioro cognitivo según ciudades estudiadas

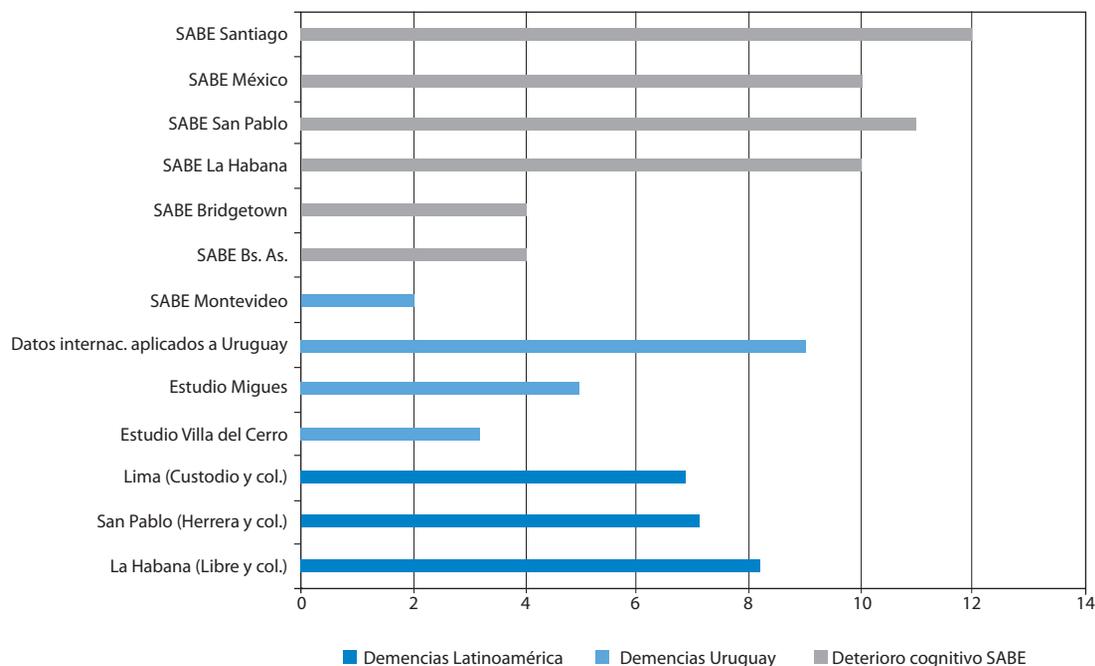
Ciudades	Total (%)
Bridgetown	4
Buenos Aires	4
México, D.F.	10
Montevideo	2
Santiago	12
Sao Paulo	11
La Habana	10

FUENTE: OPS, 2001 y CEPAL - CELADE, 2006

Según estos datos, la Encuesta SABE presenta una tasa prevalencia para Montevideo, muy por debajo de los estudios de Villa del Cerro y Migueles, e incluso a la interna del propio estudio SABE -en relación a las otras ciudades- o en relación a las cifras internacionales de consenso. La hipótesis de los autores del estudio SABE de ese momento (OPS, 2001: 7; CEPAL-CELADE, 2006: 85) fue que podía haber mucha población institucionalizada en Montevideo, cosa que quedó refutada en los años posteriores cuando estuvieron disponibles los datos del Censo 2004, que relevan un 2% de personas mayores institucionalizadas (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010). Parecería que en este tema, los resultados de la Encuesta SABE para Montevideo presentan un sesgo positivo que no se ajusta a la realidad de esta población. Esto debería ser analizado en posteriores estudios.

Como queda planteado, los datos disponibles actualmente, no permiten realizar una estimación clara de la cantidad de personas con deterioro cognitivo ni con un síndrome demencial en Uruguay, pues las cifras no son consistentes. Si se proyectaran

Figura 3.18. Estudios sobre prevalencia de demencias y deterioro cognitivo, comparados en varias ciudades



FUENTE: Pérez, 2010.

los datos de cada estudio para la población total, tendríamos rango de deterioro cognitivo y demencias que iría de 10300 personas (estudio SABE) a 47200 (datos internacionales), pasando por una cifra de entre 16000 y 25000 personas de los estudios de Villa del Cerro y Migues respectivamente.

Suicidios y factores de riesgo

Tanto en las Américas como en la Comunidad Europea, el suicidio constituye un importante problema de salud pública. En América del Sur, la tasa fue de 6,3 cada 100.000 personas. Sin embargo estas tasas presentan importante diferencias entre los distintos países y por sexo y edad. En general el suicidio fue cuatro veces más frecuente en hombres que en mujeres y la franja etaria que presentó tasas mayores fue la de 70 y más años (OPS, 2010). Estas características son coherentes con las estudiadas para la Comunidad Europea, donde se aprecia una mayor incidencia del suicidio a medida que avanza la edad, llegando a las tasas más altas en los mayores 85 años (Jané-Llopis & Gabilondo, 2008).

Para América Latina y el Caribe la población de adultos mayores con mayor riesgo de suicidio es la más pobre, con bajo nivel de escolaridad y con trastornos mentales, principalmente depresión y ansiedad. Se considera a la depresión como uno de los factores de riesgo más importantes. Algunos estudios han encontrado ideas de suicidio en más del 40% de adultos mayores con depresión. Debe tenerse presente que la relación entre intentos de suicidios y suicidios consumados es superior en la población de adultos mayores, estimándose una relación de cuatro a uno. También se verifica un aumento de las tasas de suicidios en las poblaciones de más edad (Vega, González, Llibre y Ojeda, 2009).

Recientemente la Organización Panamericana de la Salud (2010) ha presentado los datos de ocho países de la región seleccionados para analizar estos temas en función de su relevancia geográfica y poblacional, así como por fiabilidad de sus datos. Estos son: Brasil, Canadá, Chile, Cuba, México, Nicaragua, Estados Unidos y Uruguay. En esta comparación, Uruguay con una tasa total de 13,6 cada 100.000, ocupa el segundo lugar en muerte por sui-

cidios, solo superado por Nicaragua 14,1. Desglosado por sexo, la tasa de suicidios de hombres más alta se da en Uruguay (23,1). En mujeres, la tasa más alta corresponde a Nicaragua (8,0), seguido de Cuba (7,8) y Uruguay (5,4).

Estudiada la tasa de suicidio por grupo de edad, Uruguay presenta la más alta en el grupo de 60 – 69 años (27,1) y la segunda en el grupo de 70 y más (36,1), detrás de Cuba que presenta una tasa de 49,1 cada 100000 personas de esta franja etaria. (Cuadro 3.24)

En Uruguay, el MSP recientemente hizo públicas las cifras oficiales de muertes por suicidio en los últimos años. Según las mismas, las tasas de suicidio han aumentado a 17 para el año 2008 y 2009. En ese último año, hubo 537 personas que se suicidaron. En el período 2004 – 2009 hubo una clara diferencia por sexo y por territorio en la prevalencia de suicidio: el 78% fueron efectuados por hombres, y el 67 % fue en el interior del país. Por grupo de edad, las tasas más altas se siguen ubicando en la población de 60 y más (MSP – PNSM, 2010). Ver figuras 3.19, 3.20 y 3.21)

Como queda planteado, la tasa de suicidios más altas se presentan en los adultos mayores, principalmente hombres y del interior. Estas características son congruentes con las estudiadas en la región y el mundo. En el año 2006 el MSP en su Guía de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas (MSP-DGS, 2006), incluye un capítulo sobre adultos mayores, en que identifica una serie factores de riesgo de suicidio en el plano social, familiar, biológico y psicológico. Entre otros, se identifican como factores de riesgo la soledad, el aislamiento, una visión negativa de la vejez, ser víctima de maltrato, jubilación compulsiva y pérdida de lugar social, enfermedades terminales, institucionalización, pérdida de autonomía, ansiedad y depresión, baja autoestima.

La mayoría de estos factores de riesgo, se aprecian muy claramente en la población mayor de hombres que participó del estudio que Berriel, Paredes y Pérez realizaron en el año 2006. Investigando con metodología cualitativa los significados de la vejez en los adultos mayores de Montevideo, encuentran que los hombres viejos que presentan una visión

Cuadro 3.23. Tasas de Suicidios cada 100.000 personas en 6 países seleccionados de las Américas, por sexo, período 2000 - 2004

País	Tasas no ajustadas según edad			Tasas ajustadas según la edad		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Americas / América	7,9	12,7	3,3	7,4	11,9	3,1
América Latina y el Caribe	5,9	9,4	2,5	5,8	9,4	2,5
América del Norte*	11,1	18,0	4,5	9,5	15,3	3,8
América Central	7,3	10,8	3,8	7,5	11,4	3,9
Caribe Latino	8,4	12,9	3,9	7,6	11,7	3,7
Caribe no Latino	14,1	22,4	6,0	13,4	21,7	5,7
América del Sur*	6,7	10,5	3,0	6,3	10,2	2,7
Brasil	5,2	8,2	2,2	5,3	8,5	2,3
Canadá	12,3	19,1	5,6	10,4	16,0	4,8
Chile	10,5	18,1	3,1	9,8	17,2	2,9
Cuba	16,4	23,6	9,1	13,0	18,5	7,8
Nicaragua	13,7	19,2	8,2	14,1	20,5	8,0
México	4,6	7,8	1,5	4,4	7,7	1,4
Estados Unidos	11,0	17,8	4,4	9,5	15,3	3,7
Uruguay	16,0	26,6	6,1	13,6	23,1	5,4

FUENTE: OPS, 2010

Cuadro 3.24. Tasas de Suicidios cada 100000 personas en 6 países seleccionados de las Américas, por edad y sexo, período 2000-2004

Región	Edad						
	5-9	10-19	20-24	25-44	45-49	60-69	70+
Total							
Brasil	0,0	2,6	7,2	8,1	8,5	7,6	7,8
Canadá	0,0	6,0	14,3	16,1	18,0	12,1	10,5
Chile	0,0	4,8	15,6	14,5	15,4	14,4	15,6
Cuba	0,0	4,5	13,8	16,3	19,9	26,9	49,1
México	0,1	3,6	8,6	8,6	5,0	5,2	6,6
Nicaragua	0,0	14,6	30,8	20,5	15,4	12,8	12,0
Estados Unidos	0,0	4,5	12,7	14,2	15,6	12,3	16,1
Uruguay	0,1	5,0	19,3	15,5	25,3	27,1	36,1
Hombres							
Brasil	0,0	3,2	11,3	13,2	13,9	13,3	14,6
Canadá	0,0	8,6	22,6	25,0	26,9	18,7	20,6
Chile	0,1	7,1	26,5	24,7	27,1	27,3	34,6
Cuba	0,1	4,7	17,2	23,1	28,5	38,3	82,3
México	0,1	5,1	15,0	11,8	3,7	9,5	14,0
Nicaragua	0,0	13,8	42,6	32,6	24,1	23,0	23,3
Estados Unidos	0,0	7,1	21,5	22,4	24,0	20,8	34,3
Uruguay	0,0	6,7	32,3	25,4	40,1	49,1	81,1
Mujeres							
Brasil	0,0	1,9	3,0	3,3	3,5	2,6	2,6
Canadá	0,0	3,2	5,6	7,0	9,2	5,8	3,5
Chile	0,0	2,4	4,3	4,2	4,2	3,2	3,0
Cuba	0,0	4,3	10,2	9,5	11,7	16,0	20,2
México	0,0	2,1	2,5	1,7	1,4	1,2	1,0
Nicaragua	0,0	15,4	19,2	9,1	6,8	2,8	2,7
Estados Unidos	0,0	1,7	3,5	5,9	7,5	4,7	3,9
Uruguay	0,3	3,3	6,0	5,8	11,7	9,1	8,7

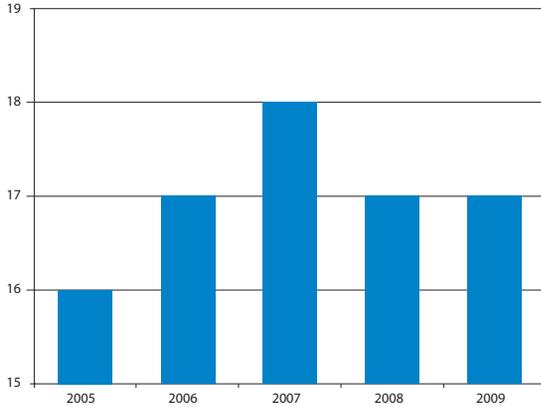
FUENTE: OPS, 2010

negativa de la vejez y el futuro, con temores vinculados a enfermedad, discapacidad y dependencia, conciben la muerte, incluido el suicidio, como forma de evitar el sufrimiento y la humillación. En ese estudio, las mujeres demostraron poseer una mayor plasticidad para la movilización de recursos y de articulación con su entorno ante posibles situacio-

nes de enfermedad y dependencia. En cambio los hombres de estas generaciones, que presentan una alta valoración de las prácticas desempeñadas en el ámbito público – fundamentalmente en el trabajo – dan cuenta de una menor plasticidad para incorporar otros roles y caminos de autonomía.

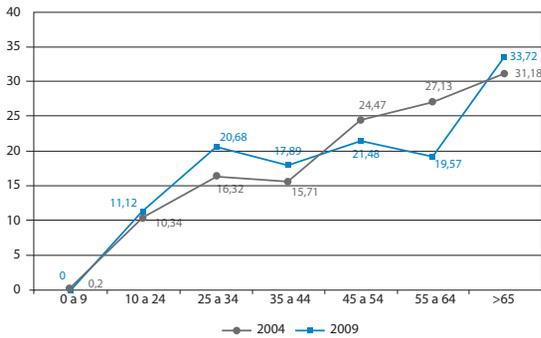
Varios estudios sobre género y envejecimiento

Figura 3.19. Tasas de Suicidios en Uruguay, período 2005 - 2009



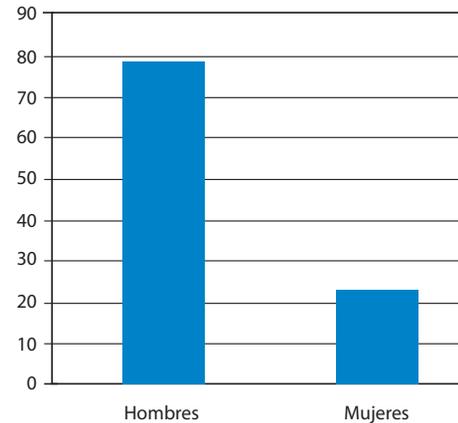
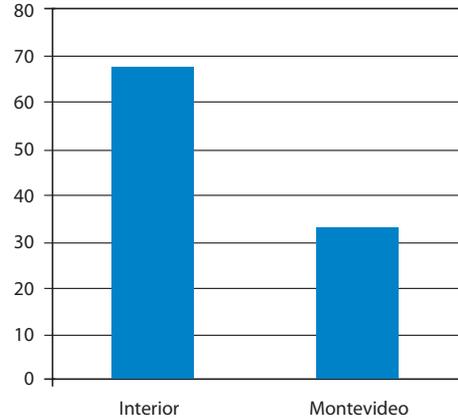
FUENTE: MSP - PNSM, 2010

Figura 3.20. Tasas de suicidio por edad, Uruguay años 2004 y 2009



FUENTE: MSP - PNSM, 2010

Figura 3.21. Porcentaje de suicidios en Uruguay por territorio y sexo, período 2004 - 2009



FUENTE: MSP - PNSM, 2010

han planteado para las actuales generaciones viejas, una mayor plasticidad de las mujeres de acceder al ámbito público en la vejez, mientras que los hombres tienden a replegarse al ámbito privado y familiar. Cuando estos aspectos se cruzan con una visión negativa de la vejez y con discapacidades o dependencia, se potencia el factor de riesgo de suicidio (Berriel, Paredes y Pérez, 2006).

Depresión y ansiedad

Según la Organización Panamericana de la Salud, la depresión es el trastorno de salud mental que más afecta a las mujeres en el mundo. Presenta una frecuencia en mujeres que duplica la de los hombres. A su vez, la depresión es un trastorno frecuente en

la vejez (OPS, 2009) y es una de las patologías que más se asocia a las conductas de suicidio (Vega, et. al., 2009).

No son claras las tasas de prevalencia de la depresión en la vejez, debido a las dificultades de registro, las diferentes clasificaciones y las distintas modalidades de presentación de la propia patología. Se estima que hasta un 30% de los mayores de América Latina y el Caribe presentan un síndrome depresivo. En el caso de la depresión mayor, su prevalencia se estima entre 1 y 9%, y se incrementa a 12% en las personas mayores institucionalizadas (Vega et. al., 2009).

Por su parte, los trastornos de ansiedad se estiman muy frecuentes en las personas mayores, aunque son poco tratados, en algunos casos por

ser considerados erróneamente como parte del envejecimiento, en otros por desconocimiento por presentarse a través de síntomas somáticos o acompañados de otras enfermedades. Para América Latina y el Caribe se estima la presencia de ansiedad en aproximadamente el 12% de los adultos mayores que viven en sus hogares, siendo de 40-50% entre los internados por afecciones orgánicas, y ascendiendo entre los que se encuentran en geriátricos al 70% y más (Vega et. al., 2009). Muchas veces la ansiedad se presenta como queja somática o se deposita en el tema de la memoria. Varios estudios han planteado que un importante porcentaje de personas que consultan por problemas de memoria en el mundo, presentan síntomas de ansiedad asociados. Esto es mayor cuando existen trastornos de memoria funcionales (Pérez, 2009). Desde la perspectiva de la Psicología Clínica, la ansiedad es una manifestación de la angustia y sufrimiento psíquico.

Al analizar la incidencia de la depresión y ansiedad en la población, no se debería pasar por alto aquellos casos donde existen adultos mayores con un alto grado de dependencia, principalmente con trastornos físicos o mentales severos (tales como demencias). En estos casos la depresión y ansiedad puede afectar a los cuidadores, principalmente cuando los mismos son familiares cercanos. En algunos estudios realizados con cuidadores de personas con demencia, se encontró una prevalencia de depresión severa en los mismos de entre 2 y 38

veces mayor que en los grupos control (Alzheimer's Disease International, 2009).

En relación a la prevalencia de ansiedad y depresión en las personas mayores de Uruguay, no hemos podido acceder a datos epidemiológicos basados en evidencia clínica. Los únicos datos disponibles son para el tema depresión obtenidos en la Encuesta SABE a partir de la aplicación de dos escalas de screening. Según estos datos, la mayoría de los adultos mayores de 60 años de Montevideo (en un rango de 72% a 84%) no presenta indicadores de depresión. Eso implica que la depresión en sus diferentes modalidades, tendría una prevalencia de entre 16% y 28% en los adultos mayores de 60 años de Montevideo (CEPAL-CELADE, 2006) (cuadro 3.25). Esta cifra es congruente con los promedios estimados para América Latina y el Caribe, así como con los de la propia encuesta SABE.

Los datos de depresión para Montevideo parecen ser consistentes, pues presenta una tasa similar a la de poblaciones de Europa y Estados Unidos (Zunzunegui, Pinzón, Engler et. al., 2002) y son congruentes con los de las otras ciudades dentro de la propia encuesta SABE.

Analizado estos datos por sexo, se obtiene que los casos de depresión grave tienen mayor prevalencia en las mujeres, que tiende a estabilizarse a medida que avanza la edad. En el caso de los hombres por el contrario, los casos de depresión grave tienden a disminuir con la edad, posiblemente a conse-

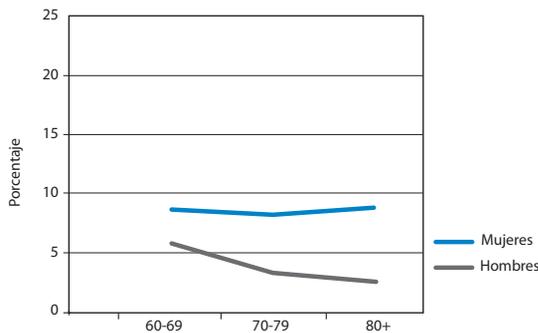
Cuadro 3.25. Porcentaje de personas de 60 años y más con síntomas depresivos, en seis ciudades de la Encuesta SABE, según instrumento aplicado

		Buenos Aires	São Paulo	Santiago de Chile	México, D.F.	Montevideo	La Habana	Total
Escala de depresión de 15 ítems	Normal no deprimido	86,7	82,0	74,4	81,0	84,5	80,9	81,4
	Depresión moderada o leve	10,2	14,0	17,4	14,7	10,9	14,9	13,8
	Depresión grave	3,1	4,0	8,2	4,3	4,6	4,3	4,8
	Total	N=941	N=966	N=1203	N=1402	N=1223	N=1257	N=6991
Escala de depresión de 5 ítems	No deprimido	77,9	74,4	66,2	71,7	72,0	71,8	72,2
	Deprimido	22,1	25,6	33,8	28,3	28,0	28,2	27,8
	Total	N=1480	N=1438	N=1578	N=1629	N=1594	N=1498	N=9217

FUENTE: CEPAL-CELADE, 2006.

cuencia de la tasa de mortalidad. Este dato debería ser analizado en profundidad en futuros estudios con base epidemiológica clínica.

Figura 3.22. Prevalencia de síntomas de depresión grave por sexo en Montevideo



FUENTE: Zunzunegui, Pinzón, Béland et. al., 2002, sobre datos de Encuesta SABE

Salud Mental

Identificadas anteriormente la situación de los trastornos mentales de los mayores uruguayos, el presente apartado se centra en la situación de salud mental desde un enfoque positivo de salud. La Salud Mental es definida por la OMS (2009) como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”. Esto remite a las capacidades y potenciales de las personas, a las formas de significar el mundo y a sí mismo, a sus vínculos, sus afectos y su sexualidad. En definitiva, a la capacidad de ser autónomo psíquicamente.

En el anterior apartado sobre enfermedades mentales se señalaron algunas patologías vinculadas a determinadas percepciones negativas del envejecimiento (como el caso del trastorno de memoria funcional, o algunos casos de suicidio en hombres). También se señaló el nexo entre la ansiedad y la angustia. Como contrapartida de las enfermedades mentales, los analizadores positivos sobre salud mental deberían permitir acceder a la dimensión psicosocial y subjetiva de la producción de significados sobre el envejecimiento por parte de los propios mayores. Esto es, cómo significan su etapa vital y a sí mismos.

Por supuesto que la construcción de indicadores positivos sobre salud y sobre salud mental en los mayores no es una tarea para abordar en el contexto del presente trabajo. Sin embargo, a los efectos de no renunciar a la posibilidad de analizar la situación de los adultos mayores uruguayos desde una perspectiva de salud mental positiva, se utilizarán algunos analizadores disponibles en el tema.

Teniendo presente que en diversos estudios longitudinales la salud subjetiva ha sido un muy buen indicador de longevidad (mejor incluso que el estado de salud objetiva), se utilizará esta categoría como uno de los analizadores. El indicador será la respuesta que las personas dan ante la pregunta de cómo evalúan su salud. También se utilizarán los siguientes analizadores: Bienestar y Autoestima, Estrés, y Miedos y Temores. En este caso, los indicadores serán los construidos para cada uno de estos temas en la Encuesta ENEVISA (CEPAL, 2000).

Finalmente, existen otros indicadores - como la percepción del futuro o la participación - que consideramos pertinentes para conocer la salud mental desde una perspectiva positiva. Sin embargo los mismos, a los efectos de una mayor coherencia narrativa, serán abordados específicamente en el próximo capítulo sobre entornos. Queda planteada la necesidad de construir en futuros estudios, indicadores propios sobre salud mental positiva.

Estado de salud subjetiva

Como fue planteado, la salud subjetiva es un muy buen analizador de la salud en general. Este tema fue estudiado en la Encuesta SABE. Los resultados de la misma ubican a los mayores de Montevideo con una auto-percepción de salud muy positiva, sólo apenas superada por los mayores de Buenos Aires. Salvo estas dos excepciones, los mayores de las otras ciudades estudiadas por la Encuesta SABE presentan una salud subjetiva mala, lo cual es un factor de riesgo. En las respuestas existe una clara diferencia por sexo, pues en todos los casos los hombres dan respuestas más positivas que las mujeres.

Respecto a Uruguay, el 57% de las mujeres y el 69% de los hombres declara tener una buena salud (Engler y Peláez, 2002). Ver cuadro 3.26.

Si los indicadores se amplían a buena o excelente y se los compara con la percepción del estado de salud anterior y con la capacidad funcional, la po-

blación de Montevideo mantiene una salud subjetiva muy buena (ver cuadro 3.27).

Esta buena percepción de su salud en los adultos mayores montevidianos es coherente con el buen

Cuadro 3.26. Salud subjetiva. Porcentaje de auto-evaluación de salud comparada en diferentes ciudades por edad y sexo

Ciudad	60-74		75+		Totales	
	Buena	Mala	Buena	Mala	Buena	Mala
Buenos Aires						
M	61	39	55	35	59	38
H	70	29	69	25	70	28
Bridgetown						
M	51	49	35	64	45	54
H	63	37	48	52	57	43
La Habana						
M	30	70	35	65	32	68
H	46	54	42	58	45	55
México DF						
M	28	72	29	71	28	72
H	34	66	33	67	34	66
Montevideo						
M	57	43	55	45	57	43
H	70	30	66	34	69	31
Santiago						
M	33	67	30	70	32	68
H	42	58	42	58	42	58
San Pablo						
M	46	54	41	58	43	56
H	51	49	43	57	46	53

FUENTE: Encuesta SABE, extraído de Engler y Peláez, 2002

Cuadro 3.27. Porcentaje de salud autopercibida comparada en tres ciudades

	Buenos Aires Argentina (%)	Santiago Chile (%)	Montevideo Uruguay (%)
Indicadores del estado de salud			
Salud buena o excelente	63,1	35,4	63,2
Salud - igual o mejor que el año anterior	81,5	70,3	79,7
Salud - igual o mejor que la de otras personas	74,4	80,4	82,1
Capacidad funcional: actividades de la vida diaria	80,9	73,5	83,5

Fuente: Zunzunegui, Pinzón, Béland et. al., 2002, sobre datos de Encuesta SABE

estado de salud general de los mismos, con un alto grado de independencia funcional y poca carga de discapacidad (Zunzunegui, Pinzón, Béland et. al., 2002).

Bienestar y autoestima

En la Encuesta ENEVISA como indicador de bienestar se evaluaron las respuestas respecto a los sentimientos y relación de la persona consigo mismo y con el entorno inmediato. En este tema, nuevamente aparece una mayoritaria percepción positiva de los adultos mayores de 55 años: el 55,1% presentan una alta sensación de bienestar. La misma es mayor en los hombres (57,9%) que en las mujeres (53,1).

Cuadro 3.28. Indicadores de bienestar de los mayores de 55, por sexo y edad, en porcentaje

Sexo y grupo de edades	Total	Sensación de bienestar	
		Alta	Baja
Total	100,0	55,1	44,9
55 a 64 años	100,0	55,2	44,8
65 a 79 años	100,0	56,7	43,3
80 años y más	100,0	48,6	51,4
Hombres	100,0	57,9	42,1
55 a 64 años	100,0	56,9	43,1
65 a 79 años	100,0	60,3	39,7
80 años y más	100,0	50,7	49,3
Mujeres	100,0	53,1	46,9
55 a 64 años	100,0	53,7	46,3
65 a 79 años	100,0	54,3	45,7
80 años y más	100,0	47,5	52,5

FUENTE: CEPAL, 2000, en base a datos de encuesta ENEVISA

En relación al tema autoestima se mantiene una mayor cantidad de valores positivos en los hombres, con casi 77% en la categoría alta, contra casi 70% en las mujeres. No deja de llamar la atención que la autoestima presente en ambos sexos valores más altos que el bienestar. Esto estaría señalando la existencia de un importante grupo de adultos mayores que presenta una buena autoestima pero eso no se transmite en bienestar (cuadro 3.29).

Cuadro 3.29. Autoestima en población de 55 y más, por sexo y edad, en porcentaje

Sexo y grupo de edades	Total	Autoestima		
		Alta	Regular	Baja
Total	100,0	72,1	20,5	7,4
55 a 64 años	100,0	76,2	16,8	7,0
65 a 79 años	100,0	72,1	19,7	8,2
80 años y más	100,0	58,3	36,5	5,2
Hombres	100,0	76,8	17,3	5,9
55 a 64 años	100,0	78,7	16,5	4,8
65 a 79 años	100,0	78,1	13,7	8,2
80 años y más	100,0	61,0	39,0	0,0
Mujeres	100,0	68,8	22,8	8,4
55 a 64 años	100,0	74,1	17,0	8,9
65 a 79 años	100,0	68,0	23,8	8,2
80 años y más	100,0	56,9	35,2	7,9

FUENTE: Ídem

En el caso del bienestar no puede obviarse el alto porcentaje que presenta niveles de bienestar bajo, principalmente en las mujeres. Tal como están construidas ambas variables y teniendo presente los resultados de algunos estudios (Berriel y Pérez, 2002 y 2006), estos resultados más bajos en autoestima y la diferencia por sexo, posiblemente se deba a determinadas construcciones de género de estas generaciones que llevan a que las mujeres se sientan más exigidas familiarmente y con un alto nivel de censura de la sexualidad y el deseo

Estrés

La carga de estrés fue estudiada en la Encuesta ENEVISA a partir del nivel de tensión real y el de relajación que perciben los mayores. En este tema, el 60% de los mayores presenta bajo o nulo nivel de estrés. Como contrapartida, el 11% de los mayores de 55 años presenta un alto nivel de estrés. Nuevamente los hombres son quienes presentan niveles de estrés más bajos. También se observa que en general, a medida que avanza la edad, existe una disminución del estrés (ver cuadro 3.30).

Cuadro 3.30. Estrés en población de 55 y más, por sexo y edad, en porcentaje

Sexo y grupos de edades	Total	Estrés			
		Nulo	Bajo	Moderado	Intenso
Total	100,0	22,1	38,1	28,6	11,2
55 a 64 años	100,0	20,8	38,3	31,5	9,4
65 a 79 años	100,0	21,7	38,6	27,4	12,3
80 años y más	100,0	28,2	35,3	23,5	13,0
Hombres	100,0	24,7	44,0	23,3	8,0
55 a 64 años	100,0	21,8	45,9	26,9	5,4
65 a 79 años	100,0	26,0	43,5	21,4	9,1
80 años y más	100,0	32,2	37,3	16,3	14,2
Mujeres	100,0	20,2	33,9	32,3	13,6
55 a 64 años	100,0	20,0	31,8	35,4	12,8
65 a 79 años	100,0	18,8	35,3	31,4	14,5
80 años y más	100,0	26,2	34,3	27,1	12,4

FUENTE: Ídem

Miedos y temores

Para construir este indicador, en la encuesta ENE-VISA se les preguntó a los participantes sobre posibles situaciones vitales que pudieran padecer: incapacidad física o mental, problema de salud de una persona próxima, quedarse en soledad y problemas económicos.

Los resultados señalan que el grupo de menor edad (55- 64) es el que presenta más temores. El quedar incapacitado o que un familiar experimente un problema grave de salud son los temores más frecuentes, lo cual a su vez da cuenta de los temores hacia la vejez de esta población más joven.

Cuadro 3.31. Miedos y temores en población de 55 y más, por grupo de edad, en porcentaje

Grupos de edades	Total	Miedos o temores		
		Nulos	Relativos	Permanentes
Total	100,0	24,4	66,8	8,8
55 a 64 años	100,0	17,6	71,3	11,1
65 a 79 años	100,0	29,1	63,6	7,3
80 años y más	100,0	27,5	64,9	7,6

FUENTE: Ídem

Sexualidad

En el tema de sexualidad en el envejecimiento, es sorprendente la escasez de investigaciones y su no inclusión en los estudios centrales de nuestro país sobre diversos aspectos del envejecimiento y la vejez. Los pocos estudios realizados con población uruguaya en general son muy parciales, por lo que existe una evidente falta de fuentes de datos. A los efectos de no omitir este importante tema, en base a los datos disponibles utilizaremos como indicador las percepciones de los hombres y mujeres de Montevideo sobre el tema, basándonos en los resultados del estudio Género y Generaciones en su fase cualitativa (Berriel, Paredes y Pérez, 2006). Esto último será correlacionado con las representaciones de la imagen corporal de los adultos mayores de Montevideo (Berriel y Pérez, 2006).

Concepciones y prácticas de la sexualidad y el cuerpo

Según los resultados del proyecto “Género y Generaciones”, que estudió cualitativamente este tema, en la vivencia de la sexualidad de las actuales generaciones de mayores existen algunos elementos a considerar:

Las personas entrevistadas presentaron una formación extremadamente rígida sobre la sexualidad, existiendo un modelo que asimila masculino = activo y femenino = pasivo

Estas generaciones accedieron a poca información sobre la sexualidad y su propio cuerpo. Esto se da de forma mayor en las personas de menos escolaridad, y en las mujeres.

La valoración de la vida sexual es diferente por sexo y por nivel socioeconómico (NSE): Los varones entrevistados plantean mayoritariamente haber vivido una sexualidad placentera. En las mujeres de NSE bajo es común encontrar manifestaciones en el sentido de una vida sexual poco satisfactoria a lo largo de toda la vida, y ligada a la reproducción. En cambio, en las mujeres de NSE alto sí aparecen manifestaciones respecto a una vida sexual satisfactoria y bien valorada.

Los autores del estudio interpretan que, “el hecho que las mujeres se discriminen en función del NSE al momento de valorar o transmitir su registro de satisfacción respecto a su vida sexual podría estar hablando de diferencias en las posibilidades de acceso al placer, de distintos posicionamientos ante el registro de las experiencias sensoriales del propio cuerpo de acuerdo a la extracción y posición social de las mujeres de la generación que nos ocupa. Otro aspecto que puede estar incidiendo en esta diferencia que consideramos de alta significación, tendría que ver con una mayor asunción de la discapacidad social de una “buena sexualidad” por parte de las mujeres de un nivel socioeconómico más elevado con consiguiente mayor y más rápido acceso a informaciones y discusiones sobre la sexualidad. Este último aspecto sería consistente con lo hallado respecto a los discursos algo más conservadores respecto a la sexualidad por parte de las mujeres de NSEB”. (Berriel, Paredes y Pérez, 2006: 95)

Derechos sexuales y reproductivos

En relación los derechos sexuales y reproductivos de los entrevistados, la mayoría no conocen su existencia en el campo de la sexualidad. Algunos de ellos hacen referencia al respeto, al placer y a la libertad de elegir, pero a su vez plantean que esos derechos no son propios de su generación, pues por falta de información no han accedido a un ejercicio pleno de los mismos.

“En un contexto de casi inexistente información sobre este campo, y de escaso espacio simbólico para siquiera imaginar una zona de problemas sobre sexualidad y reproducción en el marco del amplio conjunto de los derechos humanos, los varones de nivel socioeconómico alto son los que presentan mayor nivel de información y respuestas más articuladas al respecto. Esto debería tenerse presente al momento de concebir las condiciones de posibilidad de la emergencia de sujetos de derechos, con capacidad de elucidación y acción transformadora en el campo de la sexualidad y la reproducción humana, especialmente para la generación que nos ocupa”. (Berriel, Paredes y Pérez, 2006: 112)

Vivencias de la sexualidad en la vejez

Respecto a la actual vida sexual, en el caso de las mujeres -principalmente las que no tienen pareja - la misma es valorada predominantemente como negativa o prácticamente nula. La sexualidad nula no es necesariamente valorada de forma negativa en las mujeres de NSE bajo. En muchos casos, es vivido como liberación, conforme a una historia de no disfrute sexual como se planteó antes.

En los hombres también predomina una valoración más negativa de la sexualidad actual respecto a la pasada. “Sin embargo son pocos los casos en los que manifiestan la inexistencia de una vida sexual. A diferencia de las mujeres, ellos ven estos cambios en la sexualidad como un proceso que les es propio, incluso llegándose a adjudicar el papel exclusivo en la mencionada evolución. De nuevo parecería que estamos ante otra expresión del mandato por un rol activo en la sexualidad en oposición a una pasividad adjudicada a las mujeres”. (Berriel, Paredes y Pérez, 2006: 96).

Luego de estudiar los discursos diferentes que se dan en el marco de los grupos focales o en las entrevistas en profundidad individuales, los autores concluyen que,

“La visión de la sexualidad propia parece ser mucho más positiva en el ámbito grupal, pluripersonal y por lo tanto más vinculado al ámbito público y aparentemente más favorecedor de respuestas ligadas a lo que se supone una discapacidad social y de un posi-

cionamiento defensivo ante temáticas o experiencias que los sujetos viven conflictivamente.

De este modo, se configura un campo discursivo sobre la vida sexual que varía de acuerdo a ciertas lógicas de alguna manera consistentes con las propias condiciones de producción de la misma. La pasividad y desvalorización de la mujer como sujeto de deseo y agente de prácticas sexuales, actuando solidariamente con unas construcciones y atribuciones de sentido de acuerdo a criterios de clase, configura una situación en donde la desigual distribución social del poder y de la riqueza material y simbólica tiene su expresión también en una desigual distribución de lo que sería una vida sexual placentera. A estos fenómenos se agregan algunos ya señalados para los temas de familia. La concepción del matrimonio como único ámbito habilitado para el ejercicio de la sexualidad (femenina), reforzado por el mito del amor romántico (Fernández 1994), da las condiciones para que las mujeres, al quedar sin compañero sexual, no busquen en muchos casos otro, produciéndose a sí mismas como mujeres “de un solo hombre”. Diferente es la posición subjetiva de los varones, quienes en muchos casos han ya ejercido la sexualidad también fuera del matrimonio y que, por lo tanto, no viven una ruptura de tanta magnitud ante la perspectiva de buscar otra compañera u otros encuentros sexuales” (Berriel, Paredes y Pérez, 2006: 97).

Las imágenes del cuerpo

Estas diferencias en la sexualidad y en la forma de vivir el cuerpo, son congruentes con los resultados obtenidos sobre la imagen corporal de los adultos mayores de Montevideo, evaluada con la Escala de Autopercepción Corporal (Berriel y Pérez, 2006). En este estudio, luego de aplicar esta escala a 989 personas de Montevideo pertenecientes a cuatro grupos de edad (adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores), entre otras cosas se concluye que:

- Según la variable edad, existe una imagen corporal más desvalorizada en los adultos mayores en relación a las otras edades. La faceta de la imagen del cuerpo que está más directamente vinculada en este fenómeno es la que se refiere a la accesibilidad o cierre a las experiencias del propio cuerpo, lo que estaría hablando de mayo-

res niveles de clausura o rechazo a las experiencias de orden sensual, sensorial y estético.

- Respecto a la variable género, los varones presentan una imagen del cuerpo más positiva que las mujeres. Esta diferencia se sustenta fundamentalmente a partir de la faceta accesibilidad/cierre, lo que estaría indicando una mayor apertura, accesibilidad y permeabilidad a la experiencia corporal de parte de los hombres.
- La variable escolaridad no aparece como relevante en la conformación de la imagen del cuerpo.
- La variable salud subjetiva guarda una relación directa con la imagen corporal. Las facetas de la imagen del cuerpo más comprometidas con la salud subjetiva son las que refieren al potencial del cuerpo para la acción sobre la realidad, a la apertura a la experiencia sensorial, sensual y estética del cuerpo, así como a la importancia atribuida a él y el conocimiento que conlleva.

Estado de salud

Como se desprende de este capítulo, en términos generales los adultos mayores uruguayos presentan un buen estado de salud, con una buena salud subjetiva, alto niveles de independencia funcional y baja prevalencia de discapacidad o de enfermedades limitantes. En ese sentido, los datos son congruentes. La única excepción es respecto al dato de expectativa de vida carente de buena salud, que posiblemente deba revisarse y compararse con los datos sobre discapacidad, independencia funcional y enfermedades prevalentes.

En el año 2004, Rossi y Triunfo, analizando los datos de la Encuesta SABE para Montevideo, realizan una estimación de los determinantes del estado de salud de los adultos de 60 años y más de Montevideo, utilizando cuatro indicadores: limitaciones funcionales, autopercepción, enfermedades crónicas y estado (que combina las dos últimas).

Encuentran que un 83% de los adultos mayores probablemente tengan una salud buena o muy buena, y solo un 17% podría tener una salud mala. Asimismo, identifican dos grupos más vulnerables a la mala salud: las mujeres y las personas con menos años de educación.

Finalmente, si bien en términos generales los

hombres presentan mejores indicadores en su auto-percepción en salud, también presentan mayores factores y conductas de riesgo. En los hechos, la población masculina vive menos que las mujeres, por lo que esta mejor percepción subjetiva podría estar vinculada a determinadas construcciones sociales de género, tal como se planteó en el capítulo anterior cuando se abordó el tema sexualidad e imagen del cuerpo.

Cobertura y accesibilidad en salud

El Sistema de Salud uruguayo se encuentra en pleno proceso de cambio en cuanto a su modelo de atención, gestión y financiación, a partir de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En relación al modelo de atención en salud, se está transitando de uno centrado en la cura a otro focalizado en la prevención y la promoción. En cuanto a la gestión, se incorporan representantes de los usuarios a los organismos de dirección y controlador de políticas, y se descentraliza ASSE como prestador público de salud, del MSP como controlador y orientador de las políticas. En el plano de la financiación, el Estado pasa a oficiar de mediador en la financiación, transfiriendo a partir del Fondo Nacional de Salud (FONASA) recursos a los prestadores en función de los perfiles de edad y las prestaciones realizadas. Se jerarquiza y controla en estas transferencias el cumplimiento de determinadas metas asistenciales, vinculadas al desarrollo del nuevo modelo de atención primaria en salud.

Otro aspecto importante a tener en cuenta para fortalecer este cambio de modelo de atención, es la decisión política del MSP de incorporar a partir del año próximo, prestaciones psicológicas como parte de las prestaciones del SNIS. Ver cuadro 3.32.

Por su parte, el MSP se encuentra realizando un cambio en el enfoque de las políticas públicas en salud, jerarquizando una visión desde el ciclo de vida, buscando superar la fragmentación del abordaje por grupo de edad por separado. En relación a los adultos mayores, desde su Programa Nacional del Adulto Mayor, se ha diseñado un “carné de asistencia del Adulto Mayor” que pretende ser una primer medida contra la dispersión y atomización de la información. También se han editado algunos folletos sobre la promoción de hábitos sa-

Cuadro 3.32. Transferencias del FONASA por sexo y edad año 2009

Edad	Hombres		Mujeres	
	Cápita	\$	Cápita	\$
Menos de un año	6,52	2.732	5,57	2.334
1 a 4 años	1,90	796	1,79	750
5 a 14 años	1,11	465	1,00	419
15 a 19 años	1,08	453	1,43	599
20 a 44 años	1,00	419	2,12	888
45 a 64 años	2,07	867	2,53	1.060
65 a 74 años	3,99	1.672	3,47	1.454
75 años y más	5,26	2.204	4,34	1.818

FUENTE: Rodríguez y Rossel, 2009

ludables y una “guía para cuidadores de personas adultas mayores”

Respecto a la cobertura de salud, desde la implementación del SNIS, los adultos mayores todos se encuentran con cobertura de salud (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010). Actualmente los jubilados de menores ingresos han sido incorporados al FONASA, previéndose el ingreso gradual de los demás a partir del año 2012.

En relación a la accesibilidad, en el año 2006 según datos de la ENHA, el 82% de los adultos mayores que necesitó recibir atención en salud pudo hacerlo (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010). Es de esperar que esta situación haya mejorado desde la reforma del sistema de salud y que el porcentaje se eleve sensiblemente, aunque no hemos podido acceder a datos actualizados sobre esto.

Un tema vinculado a la accesibilidad de los mayores a una atención en salud acorde a sus necesidades es la actual falta de protocolización de la misma. Anteriormente se planteó la falta de capacitación en temas del envejecimiento y vejez, de la mayoría de los profesionales que egresan de la UR en las diferentes áreas. El área de la salud no es una excepción de eso, por lo que la mayoría de los profesionales que atienden personas mayores, los únicos referentes específicos que tienen para conocer las singularidades, son sus propios modelos de adultos mayores. Al respecto, hoy en día las personas mayores ingresan a la atención en el sistema, mayoritariamente desde una perspectiva pasiva y de cura

(son pocas las experiencias de promoción de salud para esta población) y son atendidos por diferentes profesionales (en el caso de la medicina, por médicos generales, internistas, psiquiatras, neurólogos, psiquiatras, etc, según el caso) que tienen pocos o nulos vínculos entre sí, quedando la persona fragmentada y dando como resultado una sobremedicación. En el caso de la medicina, la consulta con el

médico geriatra no está protocolizada como puesta de entrada.

Con la reforma de salud, se buscará que el primer contacto desde una perspectiva de promoción y prevención sea con el médico de familia. Teniendo en cuenta el perfil etareo de la población, se debería considerar la capacitación específica de este profesional en el tema envejecimiento y vejez.

Entornos favorables para el envejecimiento

En este capítulo se abordan los elementos que han podido identificarse en materia de indicadores y datos relevantes, tanto cuantitativos como cualitativos, respecto a los entornos propicios para el envejecimiento. Esta delimitación temática no es trivial, la mayoría de informes e incluso indicaciones para este campo temático suelen centrarse en cuestiones relativas a entornos propicios para las personas de edad, no necesariamente incorporando una perspectiva procesual del envejecimiento. Esto no implica que los entornos favorables para la vejez no redunden en efectos positivos respecto al proceso de envejecimiento en la sociedad de referencia, incluso puede agregarse que una sociedad integrada intergeneracional e interetáreamente necesita de medidas especialmente focalizadas en los grupos sociales más vulnerables u objeto de connotación negativa y eventualmente discriminación. Sin embargo, la perspectiva procesual se halla aún insuficientemente considerada no sólo en las políticas, sino también a menudo en la propia presentación de los estados de situación relativos al envejecimiento.

Las dificultades de abordar satisfactoriamente el tema de los entornos favorables para el envejecimiento han sido señaladas con anterioridad (p.e. CELADE 2006; Paredes, Ciarnello y Brunet 2010). Entre otros componentes de esta dificultad se han subrayado la inconsistencia o falta de continuidad o directamente la falta de relevamiento y ordenamiento de datos mediante los instrumentos existentes (Paredes, Ciarnello y Brunet, 2010) y la amplitud y complejidad de temas que abarca, lo que implica que “su tratamiento —sobre todo lo referido a los entornos sociales— requiere la producción y análisis de datos cualitativos” (CELADE, 2006: 113), escasamente producidos y considerados por agencias oficiales de información.

Entornos Sociales

Arreglos Residenciales, generaciones y adultos mayores

El peso de los adultos mayores, su presencia social, se puede apreciar al considerar la composición de los hogares uruguayos. Casi el 40 % de las residencias en el país tiene al menos un adulto mayor entre sus integrantes. Esto plantea una serie de implicancias para la vida concreta de los habitantes. Ubicado en la temática de este capítulo, esta realidad conlleva al menos dos consecuencias lógicas: Vivir en Uruguay implica que una mayoría de habitantes son o conviven con una persona adulta mayor, por lo que la relación con la temática del envejecimiento, y más específicamente con la vejez tiene elementos de concreción muy específicos.

Figura 4.1. Hogares donde reside al menos una persona de 60 años y más

Válidos	%
Sí	39,9
No	60,1
Total	100,0

FUENTE: Paredes, Ciarnello y Brunet. 2010

Un dato señalado por Paredes y otros (2010) en la publicación referida es que la distribución de estos adultos mayores no es homogénea si consideramos el sexo de la jefatura del hogar. Sólo poco más de un tercio de los hogares con una jefatura masculina tiene adultos mayores en su seno, en tanto si la jefatura es femenina esta cifra asciende casi a la mitad. Esto se explicaría en parte por el hecho de que, como veremos más abajo, los hogares unipersonales de personas adultas mayores se hallan altamente feminizados, pero también implica una feminización de los jefes de hogar con tendencia a convivir con personas mayores.

Figura 4.2. Distribución de hogares con y sin residentes adultos mayores según sexo del jefe de hogar

	Jefatura masculina %	Jefatura femenina %	Total %
Sí	35,00	48,70	39,90
No	65,00	51,30	60,10
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Paredes, Ciarniello y Brunet. 2010

En cuanto a la cantidad de adultos mayores que viven por hogar, en la siguiente figura se aprecia que una alta proporción de los hogares en los que habitan adultos mayores es integrado por sólo una persona adulta mayor (66%). Este dato por sí solo es ilustrativo respecto a las posibilidades intra hogar de muchas personas del intercambio y comunicación con pares etéreos. La comunicación con pares etéreos ha sido señalada (Fernández Ballesteros, 1996; Salvarezza, 1988; Zarebski, 2005) como un factor protector respecto a distintas modalidades de “envejecimiento patológico”, entre otros elementos por la facilitación que promueve de la reminiscencia como proceso psicológico normal y saludable del envejecimiento.

Figura 4.3. Porcentajes de distribución de hogares con al menos una persona mayor según cantidad de personas mayores

Cantidad	%
Uno	66,8
Dos	32,0
Tres o más	1,2
Total	100,0

Fuente: Paredes, Ciarniello y Brunet. 2010

Si consideramos conjuntamente los últimos elementos, se reafirma una situación que parece ilustrar, como señalan Paredes y otros (2010) una potencial mayor carga de cuidados hacia adultos mayores para las mujeres jefas de hogar, siempre matizada por el dato de la mayor ocurrencia de hogares unipersonales femeninos en esta franja etérea (ver figura 4.4).

La señalada frecuencia de hogares unipersonales es un dato de alta importancia en cuanto a la orientación de políticas dirigidas o vinculadas a las personas mayores, la que se aprecia al observar la

Figura 4.4. Número de adultos mayores en el hogar según sexo jefatura

Cantidad	Jefatura masculina %	Jefatura femenina %	Total %
Ninguno	65,00	51,30	60,10
Uno	17,60	42,70	26,70
Dos	16,90	5,60	12,80
Tres o más	0,54	0,42	0,50
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010.

distribución de este grupo etéreo según tipo de hogar. El porcentaje acumulado nos aporta la visualización de que más de la mitad de los adultos mayores uruguayos viven en hogares donde no residen personas de otras generaciones, característica que cobrará también mayor peso más adelante, cuando consideremos las redes sociales.

Figura 4.5. Personas mayores según tipo de hogar

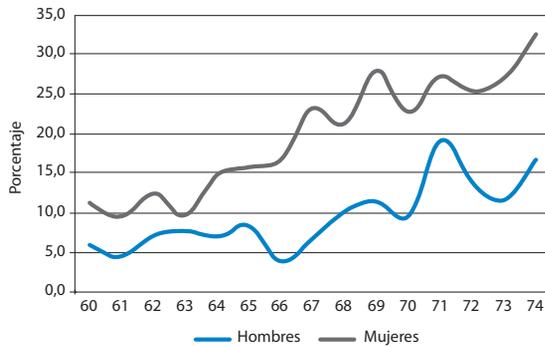
Tipo de hogar	%	% acumulado
Unipersonal	22,7	22,7
Pareja	33,1	55,9
Pareja con hijos	11,9	67,70
Monoparental	6,2	73,9
Extendido	20,1	94,0
Compuesto	2,7	96,7
Otros	3,3	100,00
Total	100,0	

Fuente: Ídem

En cuanto a una perspectiva procesual de la tendencia a vivir solos, resulta ilustrativo el ejercicio de presentar una pseudo cohorte y estudiar las variaciones en las proporciones de individuos viviendo en hogares unipersonales, tal como se aprecia en el siguiente gráfico. Ello arroja un visible aumento de la brecha entre sexos pautada por una mayor cantidad de mujeres viviendo solas en la medida en que se aumenta la edad de la cohorte (ver figura 4.6).

La comparación de la proporción de personas mayores que viven solos en el contexto latinoamericano ubica a nuestro país en un despegado primer lugar de esta modalidad de arreglo de convivencia, y da una idea de la dimensión de esta característica

Figura 4.6. Porcentaje de personas nacidas en 1931 que viven en hogares unipersonales por edad según sexo



FUENTE: Rodríguez y Rossel. 2009, en base a ECH 1991-2005 (INE)

como componente relevante para pensar la realidad de los adultos mayores en Uruguay.

Figura 4.7. Porcentaje de adultos mayores que viven solos América Latina - 2000

País	%
Argentina	16,7
Bolivia	15,6
Brasil	11,7
Panamá	11,7
Chile	11,4
Rep, Dominicana	10,8
Costa Rica	10,1
Mexico	9,0
Ecuador	8,5
Paraguay	8,2
Venezuela	7,7
Guatemala	6,6
Honduras	6,3
Nicaragua	6,0

Fuente: Paredes, Ciarnello y Brunet, 2010

El peso de los adultos mayores en cualquier visualización del Uruguay orientada al diseño, la implementación y el seguimiento de políticas en diversos campos queda claro a partir de considerar que un 37,5% de los jefes de hogar son personas mayores.

Figura 4.8. Porcentaje de hogares según condición de jefatura de personas mayores

Tipo de hogar	%	% acumulado
Persona mayor no jefe de hogar	62,4	62,4
Persona mayor jefe de hogar	37,6	100,0
Total	100,0	

FUENTE: Paredes, Ciarnello y Brunet. 2010

El nivel de responsabilidad de adultos mayores como jefes de hogar en Uruguay se dimensiona cuando se considera la proporción de jefas y jefes de hogar en el conjunto de la población adulta mayor (tasa de jefatura de hogar). En el contexto latinoamericano, Uruguay presenta la tasa más alta (66%) de acuerdo a los valores de la Ronda 2000.

Figura 4.9. Porcentaje de personas mayores jefes de hogar en América Latina Ronda 2000

País	Total
Argentina	60
Bolivia	60
Brasil	63
Chile	59
Costa Rica	59
Ecuador	49
Guatemala	59
Honduras	63
Mexico	61
Nicaragua	61
Panamá	60
Paraguay	59
Rep. Dominicana	64
Uruguay	66
Venezuela	59

Fuente: SISE, Ronda de censos de la década de 2000 (CEPAL/CELADE, 2007) y elaboración de Paredes, Ciarnello y Brunet (2010), en base a ECH para Uruguay.

Cabe señalar que, aún a pesar del elevado número de hogares unipersonales en esta población, de los adultos mayores jefes de hogar, sólo algo más de un tercio del total habitan en hogares uniper-

sonales, y el resto (65,6%) lo residen en hogares no unipersonales, denominados por Paredes y otros (2010) “familiares”.

Figura 4.10. Personas mayores según jefes de hogar en hogares unipersonales o familiares

	%
AM jefe de hogar unipersonal	34,4
AM jefe de hogares familiares*	65,6
Total	100,0

FUENTE: Paredes, Ciarniello y Brunet. 2010

Redes de apoyo social de las personas mayores

Como establece el Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez de CELADE, la funcionalidad de una red social está dada por la presencia de los apoyos sociales los que, a su vez, pueden producirse por vías formales o informales. “Los apoyos sociales formales se originan en instituciones gubernamentales y no gubernamentales, mientras que los apoyos sociales informales provienen de la familia, los amigos, vecinos, conocidos y de la comunidad” (CELADE 2006: 124).

En base a esta distinción, organizamos este apartado presentando en primera instancia los aportes institucionales a la red de apoyo mediante políticas y programas para abordar seguidamente la red de apoyos sociales informales

Redes de Apoyo Institucionales: Estado, Políticas y Programas

Para este informe, en función de las cualidades de información a la que pudimos acceder, preferimos limitarnos a incluir en este apartado los recursos provenientes únicamente del Estado. El registro y seguimiento de los recursos para estatales y privados constituye un desafío a abordar para disponer de un panorama completo de este componente de los recursos de apoyo. Presentamos a continuación, por lo tanto un panorama de los organismos públicos vinculados a las personas mayores, así como de las políticas y programas existentes orientados a las mismas.

En esta sección se pretende presentar un panorama de los organismos públicos vinculados a las personas mayores, así como de las políticas y programas existentes orientados a los mismos. Entre los estudios que se han realizado respecto al tema en cuestión y que han presentado sistematizaciones de los planes y programas del Gobierno Central y Departamental orientados al adulto mayor, se seleccionó un grupo de ellos y en base a los mismos es que se realiza este apartado.

En primer lugar cabe citar los realizados por Sandra Perdomo “Oferta pública de programas sociales de protección a las personas adultas mayores” y “Los programas sociales para las personas adultas mayores en las Intendencias Municipales” y el de Rafael Tejera “Políticas de adulto mayor: períodos expansivos y ejes de desarrollo”, los tres publicados en “Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento” (MIDES-INMAYORES. 2009). Entre los tres artículos mencionados se puede llegar a un panorama de cuáles han sido los ejes principales que ha seguido el país en materia de política del adulto mayor y cuáles son los programas existentes en la actualidad orientados a este sector de la población.

Además se encuentran como documentos destacados el Dossier Uruguay del “Documento Técnico sobre Poblaciones en Condiciones de Vulnerabilidad: Adulto Mayor y Dependencia” (Eurosocial. 2008) que analiza la protección social en materia de salud y dependencia del adulto mayor. Como tercer documento de sistematización se encuentra “Situación y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico” (OISS, Organización Iberoamericana de Seguridad Social, 2007) en el que aparecen sistematizadas informaciones sobre aspectos demográficos, condiciones de vida de los adultos mayores, marco jurídico e institucional y descripción de la red de recursos de los países del Cono Sur para luego integrar una mirada subregional. Por último, se considera el “Relevamiento de Programas y Políticas Sociales del Uruguay” (UNIPS-CLAEH. 2005) donde se sistematizan políticas y programas con varios enfoques, entre ellas las orientadas a las personas mayores.

Es interesante la diferenciación que realiza Perdomo entre programas directos e indirectos, siendo los primeros aquellos que tienen como población objetivo al adulto mayor y los indirectos los que no tie-

nen limitaciones de acceso basadas en la edad, por lo que las personas mayores pueden acceder a ellos sin restricciones de esa índole. (Perdomo. 2009(a))

De este modo, a nivel nacional se identifican 16 programas cuyas estrategias de intervención se enfocan exclusivamente en la población adulta mayor. De éstos, 2 de ellos responden a una de las áreas de prestaciones sociales tradicionales del Estado como es la salud. Entre los programas directos que se orientan a transferencias monetarias y a la pobreza, se encuentran 3 para el primer caso, todos dependientes del BPS y 2 programas directos orientados a la atención a la pobreza. Considerando la categoría de programas orientados a la integración social, recreación y deporte, organización y participación, se registra 1 programa de integración intergeneracional, 2 en el área de organización y participación, y 2 programas de recreación y deporte. Si se consideran aquellos programas orientados a la cobertura social en materia de vivienda y alojamiento, se identifican 3 programas de orientación exclusiva. Debe además considerarse el programa del Ministerio del Interior de atención y asistencia a adultos mayores víctimas de situaciones de violencia y maltrato que Perdomo ubica en una categoría residual. (Perdomo. 2009(a))

La figura que se presenta a continuación expone en forma resumida la información desarrollada en el párrafo anterior.

Como además puede apreciarse en la figura anterior, y de acuerdo a esta fuente, no se registran programas orientados en forma directa a las personas mayores que operen en las áreas de género, alimentación, trabajo o educación. En cambio, si se consideran los programas indirectos, puede entonces encontrarse que las áreas en las que los programas directos no se han centrado, sí ha tenido lugar en éstos. Entre los programas de salud que no tienen una orientación directa a la población adulta mayor pero a los que sí pueden acceder se encuentran 16. También se encuentran 16 programas en el área del trabajo, los cuales se encuentran en la órbita del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y que se centran principalmente en la posibilidad de emprender proyectos productivos. A su vez pueden identificarse 10 programas indirectos de vivienda y alojamiento; 10 programas de educación sin un límite de edad, que comprenden bibliotecas públicas y alfabetización; 3 programas orientados a actividades recreativas y deportivas; 4 de transferencias monetarias; 6 de desarrollo personal y social; 4 programas de género; 3 de alimentación; 2 de organización y participación y finalmente 5 en la categoría residual. (Perdomo. 2009(a))

Si en lugar de considerar el Gobierno Central se consideran los Gobiernos Departamentales, se encuentra que entonces los programas orientados a personas mayores presentan grandes diferencias

Figura 4.11. Programas directos e indirectos a los cuales pueden acceder las personas mayores

Área en que operan los programas	Cantidad de programas		
	Directos	Indirectos	Total
Vivienda y Alojamiento	3	10	13
Transferencias Monetarias y Pobreza	5	2	7
Saludos cordiales, 2	16	18	
Integración Social, Recreación y Deporte, Organización y Participación	5	11	16
Género	0	4	4
Alimentación	0	3	3
Trabajo	0	16	16
Educación	0	10	10
Otros	1	5	6

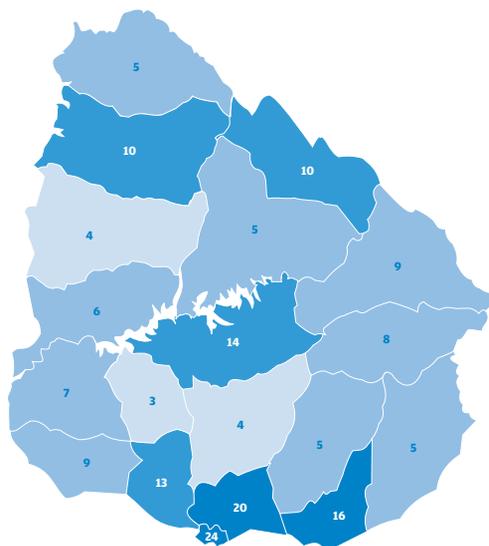
FUENTE: Elaboración propia en base a Perdomo, S. 2009 (a)

de densidad entre departamentos. Cabe destacar que se pueden identificar un total de 177 programas sociales a los cuales pueden llegar a acceder las personas mayores dado que no establecen límites de edad para su acceso; de éstos 18 están orientados exclusivamente a personas mayores, es decir, son programas directos.

Entre los programas departamentales indirectos, la mayoría tienen como área de intervención la vivienda (13). En lo que respecta a alimentación, se registran 29 programas, de los cuales el 80% es coejecutado entre la intendencia y otro organismo nacional, principalmente INDA. Entre los programas con mayor presencia se encuentran los de salud (26), ya despegados aparecen los de género (19), recreación y deporte (18), trabajo (16), educación (13), organización y participación (7) y finalmente atención integral (4).

Por último, en lo que hace a la distribución de los programas respecto a los departamentos, el mapa que se presenta a continuación permite apreciar la densidad de los mismos. Como bien puede apreciarse, el departamento con mayor número de programas directos e indirectos de los cuales pueden beneficiarse las personas adultas mayores es Montevideo (24), seguido de Canelones (20) y Maldonado (16).

Figura 4.12. Cantidad de programas directos e indirectos por departamento



FUENTE: Perdomo, S. 2009 (a)

Seguidamente se describen los diferentes programas a nivel nacional y departamental orientados a las personas adultas mayores ordenados por institución u organismo del Estado ejecutor.

Programas y servicios a nivel Nacional

Ministerio de Desarrollo Social

- *Asistencia a la vejez (en conjunto con el BPS)*
Prestaciones sociales para personas entre 65 y 70 años que no cuentan con los recursos económicos tales como para cubrir sus necesidades vitales.
- *Refugios para personas en situación de calle*
Convenios con ONGs que gestionan refugios para personas en situación de calle. Dos de ellos son específicos en la atención a adultos mayores, aunque la mayoría abarcan y tienen presencia importante de esta franja.
- *Área de las personas adultas mayores*
Articulación interinstitucional en materia de políticas sociales en torno a la vejez y el envejecimiento. Brindar apoyo técnico y capacitación en materia de política pública y vejez. Crear condiciones que favorezcan la participación social de las personas adultas mayores para su plena inclusión en la sociedad. Fomento del desarrollo social y la protección de los derechos humanos de las personas adultas mayores. Promoción en la opinión pública y en los propios adultos mayores, un estado de opinión positivo respecto al envejecimiento y la vejez.
- *Centro Tarará – Prado*
Centro de mediana estadía para personas con bajos recursos que deben asistir en Montevideo. Sus usuarios son principalmente Adultos Mayores. En conjunto con BPS y MSP.

Ministerio de Salud Pública

- *Programa Nacional del Adulto Mayor*
Programa de alcance nacional, ideado para fomentar la mayor intervención posible de las organizaciones vinculadas a esta población. Elaboración de material de promoción de hábitos saludables y dictado de talleres sobre el tema.
- *Contralor de instituciones*
El Ministerio de Salud Pública tiene a su cargo la fiscalización de hogares y residenciales de larga estadía.

- *Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeiro del Campo*
Atención geriátrica integral de personas mayores, ofrece servicios de corta, media y larga estancia e inserción familiar y comunitaria. Ofrece además pasantías para futuros profesionales y cursos de formación en diversas áreas vinculadas al adulto mayor.
- *Hospital de Ojos “José Martí”*
Atención médico-quirúrgica por parte de personal especializado. Se realizan consultas externas, cirugía de catarata y pterigium, consultas en diferentes especialidades, glaucoma, retina, cirugía plástica ocular, cirugía refractiva, métodos de diagnóstico y tratamiento.
- *Centro Tarará – Prado*
Brinda asistencia integral a usuarios de ASSE o personas incluidas en convenio con el BPS que hayan sido operados oftalmológicamente y asistencia integral transitoria a usuarios con alta hospitalaria y en condición de extrema vulnerabilidad psicosocial.
- *Ayudas técnicas y ortopedia*
Cobertura total en ayudas técnicas y ortopedia viabilizadas a través del fondo Nacional de Recursos prótesis de cadera por artrosis o fracturas y prótesis de rodilla por artrosis, a solicitud del médico tratante.

Ministerio del Interior

- *Departamento de Atención al Adulto Mayor*
Atención y asesoramiento a personas mayores víctimas de situaciones de abuso y maltrato a nivel familiar

Ministerio de Turismo y Deporte

- *Adultos Mayores*
Clases de educación física y actividades recreativas para adultos mayores en las plazas públicas.

Ministerio de Relaciones Exteriores

- *Secretaría de Derechos Humanos*
Seguimiento de los marcos normativos internacionales respecto a las personas de edad

Ministerio de Educación y Cultura

- *Dirección de Derechos Humanos*
Promoción y seguimiento de los derechos humanos de las personas de edad desde el año 2006.

Banco de Previsión Social

- *Pensión de vejez e invalidez*
Pensiones no contributivas destinadas a personas imposibilitadas de desarrollar cualquier actividad laboral o que hayan superado los 70 años de edad y que carezcan de recursos para cubrir sus necesidades vitales.
- *Asistencia a la vejez (en conjunto con el MIDES)*
Prestaciones sociales para personas entre 65 y 70 años que no cuentan con los recursos económicos tales como para cubrir sus necesidades vitales.
- *Prestaciones a la vejez, invalidez y sobrevivencia*
Pensiones contributivas, derivadas de quienes realizaron aportaciones al sistema: jubilaciones y pensiones.
- *Préstamos Sociales*
Préstamos a jubilados y pensionistas a bajas tasas de interés.
- *Programa de vivienda para jubilados y pensionistas*
Adjudicación y administración de viviendas a jubilados y pensionistas amparados por la normativa legal
- *Atención integral para las personas en situación de calle*
Red de servicios que atiende en forma integral la problemática de las personas mayores en situación de calle, por convenio con las asociaciones civiles sin fines de lucro, Organización Pablo VI y Centro de Investigación y Promoción Franciscano Ecológico (CIPFE)
- *Fortalecimiento de la Sociedad Civil Organizada*
Se busca la promoción social del adulto mayor a través de la participación y conformación de grupos asesorados por profesionales. Dentro del mismo se crea la Red Nacional de Instituciones sin fines de lucro que reciben asesoramiento y capacitación, integrada por hogares de ancianos, asociaciones de jubilados y pensionistas, clubes de personas mayores, centros diurnos, albergues nocturnos, servicios de ayuda domiciliaria, casa del adulto mayor y centros gerontológicos.
- *Apoyos económicos*
Prestaciones económicas no contributivas para gastos no mensuales para las instituciones adheridas a los programas de prestaciones sociales.
- *Cuota Mutual*

Pago de cuota mutual y beneficios en tickets de medicamentos para jubilados de actividades amparadas por el BPS según niveles de ingresos preestablecidos.

- *Préstamos para prótesis, audífonos y lentes*
Préstamos para jubilados y pensionistas para el acceso a prótesis dentales, audífonos o lentes
- *Boletos*
Boletos subsidiados para mujeres mayores de 55 años y hombres mayores de 60 años que cobren jubilación Subsidio transitorio por incapacidad parcial o pensiones.
- *Programa de Turismo Social*
Estadías vacacionales para jubilados y pensionistas
- *Relaciones Intergeneracionales*
Atención a niños en situación de riesgo social a través de servicios de los voluntarios adultos mayores en un marco de intercambio intergeneracional. El programa apunta a cubrir necesidades en ambos tramos etarios
- *Publicaciones*
Edición de publicaciones especializadas en servicios sociales
- *Convocatorias anuales a “Premios BPS”*
Con el objetivo de promover las actividades culturales entre las personas mayores, se convoca a concurso de iniciativas de interés cultural (literatura, pintura, etc)
- *Actividades culturales, físicas y recreativas*
Dictado de cursos y talleres de diversa índole, así como organización de paseos y salidas grupales.
- *Programa de Educación No Formal*
Convenio con la Universidad Abierta de Educación Permanente (Uni3 Uruguay) por medio del cual los jubilados de bajos recursos que acrediten su condición de tal pueden acceder a un 20% de los cupos designados para todos los cursos de programación anual. (Alcance departamental)
- *Seminarios, congresos y encuentros*
Encuentros de intercambio de saberes y experiencias para promover entre las instituciones adheridas la coordinación de servicios, intercambio de experiencias y propuestas uniformes de líneas de acción.

Programas y servicios a nivel departamental

Intendencia Municipal de Montevideo

- *Programa de fortalecimiento de la participación social de adultos mayores*
Busca fortalecer la participación del adulto mayor en el proceso de descentralización, apoyando la creación de espacios de nucleamiento y promoviendo la capacitación.
- *Programa Centros Diurnos*
Dos hogares gratuitos para adultos mayores donde se realizan actividades socioculturales y físico-recreativas.
- *Paseos y excursiones*
Paseos en Montevideo y el Interior del país con una bonificación en el pasaje de 25% para Montevideo y 40% para el Interior.
- *Pasaporte Dorado*
Descuentos y beneficios para mayores de 60 años residentes en Montevideo en paseos didácticos y turísticos en todo el país, espacios de recreación, ocio y programas culturales, salud, alimentación, deportes y otros.
- *Actividades físicas y recreativas*
Servicio de actividades físicas y recreativas dirigidas por personal especializado en más de 20 zonas de Montevideo todos los días de la semana, en otoño, invierno y primavera.
- *Boletos gratuitos y bonificados*
Derecho de los mayores de 70 años a viajar gratis domingos y feriados. Boletos con 70% de bonificación para jubilados con ingresos topeados en un salario mínimo y medio y 50% de bonificación para ingresos topeados en 3 salarios mínimos.
- *Exoneración para el pago de contribución inmobiliaria para jubilados y pensionistas*
Se define anualmente un umbral de jubilaciones y pensiones y valor de la vivienda por debajo del cual los jubilados y pensionistas son exonerados del 100% del pago de contribución inmobiliaria.
- *Charlas educativas*
Charlas educativas a cargo de profesionales con el objetivo de promover la calidad de vida de los adultos mayores.

Intendencia Municipal de Canelones

- *Atención al adulto mayor en condiciones de vulnerabilidad social*
Hogar municipal de alojamiento para adultos mayores
- *Tarjeta dorada*
Tarjeta de descuentos para diferentes bienes y servicios
- *Promoción cultural y social del adulto mayor*
Organización y fomento de actividades culturales y sociales
- *Ampliación y fortalecimiento de la red social para apoyar a los adultos mayores*
Potenciar a los grupos existentes de adultos mayores y promover el surgimiento de nuevos grupos
- *Talleres de sensibilización*
Talleres de sensibilización dirigidos a personas que trabajan con adultos mayores

Intendencia Municipal de Maldonado

- *Voluntariado*
Actividades recreativas para adultos mayores
- *Centro Diurno Municipal*
Asistencia al adulto mayor en situación de vulnerabilidad

Intendencia Municipal De Cerro Largo

- *Hogar de ancianos*
Hogar de ancianos municipal

Intendencia Municipal de Colonia

- *Ejercicio y ancianidad*
Ejercicio y recreación para adultos mayores alojados en hogares municipales

Intendencia Municipal de Paysandú

- *Apoyo Hogar de Ancianos Enrique Chaplín*
Apoyo al hogar de ancianos de una ONG

Intendencia Municipal de Salto

- *Atención al Adulto Mayor*
Integración y recreación para las personas mayores institucionalizadas en el hogar de ancianos municipal

Intendencia Municipal de Rivera

- *Oficina del adulto mayor*
Actividades recreativas y de integración para personas mayores

Intendencia Municipal De Soriano

- *Centro Diurno*
Contención y promoción social

Algunas consideraciones sobre lo relevado en este apartado

Como puede apreciarse, se intentó plasmar una visión a nivel nacional y departamental de cuál es la oferta en programas orientados a las personas mayores. El mismo no intenta ser exhaustivo, pero sí permitir adquirir un panorama del tipo de cobertura y beneficios a los cuales pueden acceder las personas mayores en el territorio nacional.

Se considera que, aún cuando la exhaustividad no era una pretensión, el inventario realizado permite pensar sobre aquellos aspectos que pueden llegar a necesitar aumentar la cobertura, la coordinación o la creación de nuevos programas. En este sentido, todo el informe que se presenta pretende contribuir en este sentido.

Puede advertirse claramente que hay dos grandes áreas que presentan mayor nivel de cobertura tanto a nivel nacional como departamental.

Por un lado se encuentran las prestaciones de tipo “tradicional” donde las transferencias económicas y la salud ofrecen en términos generales niveles altos de cobertura de toda la población adulta mayor, aspectos que han sido desarrollados en los capítulos respectivos. Como ampliación de las prestaciones de tipo tradicional, tanto a nivel nacional como departamental se encuentran soluciones habitacionales que buscan amparar a las personas mayores de acuerdo a las necesidades del caso, las consideraciones respecto a la cobertura y adecuación a las necesidades serán retomadas posteriormente. Cabe destacar que la referencia a prestaciones de tipo tradicional se realiza en el sentido de que están orientadas a cubrir necesidades básicas de la población.

En otro sentido, dentro de un tipo de prestaciones no tradicionales se encuentran las destinadas a fomentar la participación y la inclusión social, ya sea promoviendo la organización y asociatividad, las actividades recreativas, deportivas e intergene-

racionales. Los programas mencionados atienden a otro tipo de necesidades de la población adulta mayor que además tienden a considerarlo como sujeto activo dentro de la sociedad a la vez que sujeto de derecho.

Es en este último grupo de políticas en las que menos se cuenta con criterios objetivos y accesibles de evaluación, por lo que resulta muy difícil considerar el verdadero impacto de las mismas en general y en muchas de las políticas específicas en particular.

Debe además reconocerse otro grupo de programas que son aquellos que no tienen como base a los jubilados y pensionistas, es decir que integran a aquellos que en épocas pasadas quedaron por fuera de los sistemas formales, donde se los reconoce como colectivos vulnerables y que deben ser alcanzados por la política social. (Tejera, R. 2009).

Redes de Apoyo Familiares e Informales

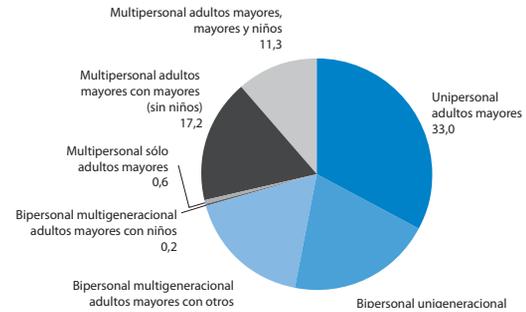
Apoyos familiares co residentes

Hemos señalado que más de la mitad de los adultos mayores uruguayos vive en hogares que, entre unipersonales, bipersonales y multipersonales, no cuenta con integrantes de otras generaciones. Considerando el peso que las recomendaciones de procedimientos para el estudio de las redes de apoyo le otorgan a las relaciones intrafamiliares (CELADE, 2006), resulta interesante profundizar el panorama de los tipos de hogar considerando las categorías de componentes adultos mayores, mayores (menores de 60 años) y niños, como puede apreciarse en el siguiente gráfico. De allí podemos concluir, además de lo antedicho, que sólo algo menos del 30% de las personas mayores viven en hogares con más de dos residentes. Si consideramos la posibilidad de interacción con corresidentes de otras generaciones, observamos que sólo algo más del 46% de los adultos mayores reside en hogares en los que hay al menos otro miembro del hogar perteneciente a otra generación. Ver figura 4.13.

Es ilustrativo también considerar las variaciones en los arreglos de convivencia que pueden observarse por género en la población de adultos mayores. Del gráfico que incluimos a continuación podemos observar claramente la mayor tendencia de los varones a vivir en pareja, al punto que la cantidad que vive en pareja apenas si varía al aumentar

la edad de las personas consideradas. Muy diferente es la situación de las mujeres mayores, entre ellas se

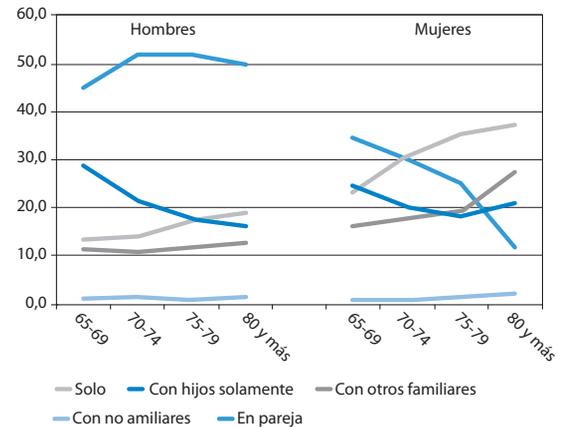
Figura 4.13. Distribución por tipo de hogares con adultos mayores. Año 2008



FUENTE: Rodríguez y Rossel. 2009

aprecia un acentuado decrecimiento de la proporción de mujeres viviendo en pareja e, inversamente, un incremento acentuado de las mujeres que viven solas a medida que aumenta la franja de edad considerada.

Figura 4.14. Distribución de los adultos mayores según personas con las que viven. Año 2008



Fuente: Ídem

Un componente que incide en estos datos es la mayor longevidad femenina. Como afirma Batthyány (2008: 5): “Una de las consecuencias de tener una vida más larga es que la viudez es mucho más probable en las mujeres. De hecho, es el estado civil de prácticamente la mitad de las mujeres de más de 64 años, mientras que en los hombres del mismo intervalo de edad supone menos del 20%. Los hombres suelen acabar sus días junto a su

cónyuge; las mujeres no”. La denominada “feminización del envejecimiento” se expresa, entre otros elementos en una relación de masculinidad que es muy diferente a nivel de la población añosa respecto a la de la población total. Esto es mayormente así en las áreas urbanas, particularmente en Montevideo, como puede apreciarse en el siguiente figura, elaborado con datos correspondientes a 2006.

Figura 4.15. Relación de masculinidad: población total y población mayor de 65 años por áreas geográficas, 2006

	Relación de Masculinidad	Relación de masculinidad en adultos mayores de 65
Uruguay	93,5	66,9
Montevideo	89,1	58,2
Área metropolitana	89,9	60,0
Capitales	92,8	65,2
Ciudades intermedias	94,6	72,1
Áreas menores	100,9	81,0
Rural	116,3	124,3

Fuente: elaboración del Programa de Población en base a ECH 2006 (Paredes 2008:26-27)

Esta mayor probabilidad de vivir solas en la vejez de las mujeres se sustenta también parcialmente en la diferencia etárea que se aprecia entre cónyuges: a mayor edad del matrimonio, mayor es la edad de los varones respecto a la de sus parejas. Estas diferencias por género en cuanto a la convivencia en pareja de los adultos mayores se refuerza, por último, con el hecho de que “los varones tienden a contraer vínculos en segundas nupcias en mayor medida que las mujeres” (Rodríguez y Rossel, 2009: 44).

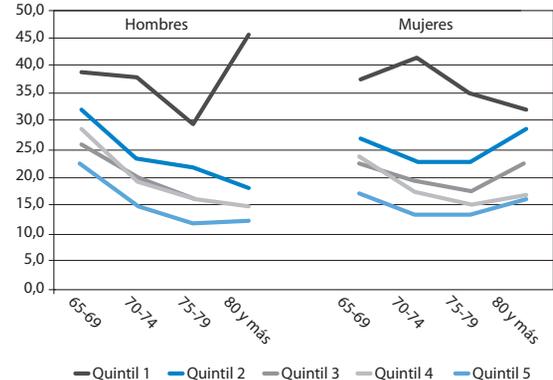
La investigación cualitativa ha permitido llegar a estas mismas conclusiones y profundizar en las producciones de sentido que le dan sustento simbólico y afectivo. De acuerdo a los hallazgos del Proyecto Género y Generaciones (Berriel, Paredes y Pérez 2006) en esta mayor cantidad de mujeres solas en la vejez está influyendo una “construcción subjetiva de género” (63), resultando que el matrimonio a edad avanzada sería más admitido individual y socialmente para los hombres que para las mujeres:

“En el caso de las mujeres viudas o divorciadas, la percepción de la pareja perdida está definida por cómo fue vivido ese matrimonio. Si fue un matrimonio recordado como placentero, predomina un sentimiento de pérdida e idealización que dificulta mucho la recomposición de una nueva pareja. En cambio, si fue un matrimonio frustrante, la pérdida de la pareja aparece como liberación. Sin embargo, en ambos casos, la dificultad para tener una nueva pareja es la misma. Aparece así la influencia del mandato familiar [y social] de que el matrimonio es para toda la vida.

... Por su parte los hombres viudos o incluso los solteros, si bien (...) reproducen también esta percepción de que la pareja “verdadera” es la del matrimonio, que es la que ocupa el lugar principal, a diferencia de las mujeres en general buscan tener una nueva pareja. Colabora en esta actitud, una necesidad de ser cuidados, que no aparece como principal en las mujeres. De esta forma, cuando existe una familia continente donde la persona se sienta cuidada y protegida, no existe esta necesidad de casarse nuevamente.” (62-63)

Pero las desigualdades en cuanto a las posibilidades de arreglos de convivencia no se limitan a un eje de género. Se ha señalado que “las configuraciones familiares parecen tener dinámicas distintas en función de los estratos socio-económicos”. (Rodríguez y Rossel, 2009: 47), lo que se aprecia, por ejemplo en la asociación de la convivencia con los hijos respecto a los ingresos: a mayor nivel de ingresos menos frecuente es esta convivencia.

Figura 4.16. Porcentaje de adultos mayores que viven con hijos por quintiles de ingreso y edad según sexo. Año 2008



Fuente: Ídem

En un sentido inverso, los hogares unipersonales son mucho más abundantes entre los adultos mayores de superiores ingresos, siendo en estos sectores que “las diferencias entre hombres y mujeres se hacen más notorias” (Rodríguez y Rossel, 2009: 49).

Parece claro que la asociación entre arreglos de convivencia se relaciona con una mayor o menor necesidad de la coresidencia como estrategia de sobrevivencia, en tanto los sectores de mayores niveles de ingreso no tendrían la “necesidad” de recurrir a estos arreglos en la medida en que deben hacerlo los sectores más pobres. Resta profundizar los estudios sobre los efectos que unos y otros tipos de arreglos tiene respecto al relacionamiento intergeneracional intrafamiliar, aspecto no estudiado en nuestro medio.

Redes de Apoyo Familiares e Informales extra Hogar

De acuerdo a la encuesta ENEVISA, dos tercios de los adultos mayores tiene algún hijo viviendo cerca, “el tercio restante presenta tres situaciones: el 23% no tiene hijos, el 7,4% tiene todos sus hijos viviendo en otro departamento del país y el 3% tiene todos sus hijos viviendo en el extranjero” (OISS, 2007:217).

De acuerdo a esta misma fuente, el 82% de los adultos mayores se comunica con otros familiares con los que no conviven. Es muy bajo el porcentaje de población que no cuenta con apoyo de los hijos ni de otros familiares (1.2%), y la gran mayoría (89%) cuenta con el soporte de ambas redes.

Se ha explorado la relación de los adultos mayores con amigos, lo que podría dar algún indicador de la fortaleza o debilidad de las relaciones sociales informales establecidas: Un 40% se reúne frecuentemente con amigos y un 22% lo hace con escasa frecuencia. Se destaca el 38% de encuestados que manifiestan no tener amigos. La carencia de redes de apoyo de amigos aumenta con la edad según esta fuente, y es más acentuada para la población femenina. Entre las personas de 80 años y más, el 39% de hombres y el 48% de las mujeres manifiestan no tener amigos. En palabras de Leticia Pugliese “si bien se puede pensar que esto es esperado por las pérdidas de los amigos de su edad, los valores parecen algo elevados” (OISS, 2006: 218). Ver figura 4.17.

Entre los encuestados que se reúnen frecuentemente con amigos, dos de cada tres mantienen comunicación telefónica frecuente con amigos, en cambio quienes se reúnen con escasa frecuencia

Figura 4.17. Adultos Mayores por reuniones con amigos según área y frecuencia de comunicación telefónica (%) (Encuesta ENEVISA)

Comunicación telefónica con amigos	Reuniones con amigos			
	Total	No tiene amigos	Escasa	Frecuente
Total	100,0	38,3	22,1	39,6
No tiene amigos	38,3	38,3		
Escasa	27,2		11,0	16,2
Frecuente	34,6		11,2	23,4
Montevideo	100,0	38,7	25,2	36,2
No tiene amigos	38,7	38,7		
Escasa	23,0		12,2	10,9
Frecuente	38,3		13,0	25,3
Interior Urbano	100,0	37,8	18,8	43,3
No tiene amigos	37,8			
Escasa	31,7		9,7	22,0
Frecuente	30,5		9,2	21,3

FUENTE: CEPAL, 2000, elaborado en base a datos de ENEVISA

con amigos, sólo uno de cada dos mantiene comunicación telefónica frecuente con amigos. De este modo vemos que no estaríamos ante estrategias alternativas de interacción con amigos, sino que el bajo contacto se daría simultáneamente por las dos vías relevadas.

También es posible conjeturar algunos elementos a partir de algunos datos disponibles. Una primera afirmación relevante se orienta a señalar que la principal fuente de apoyo social no formal de los adultos mayores está situada en el campo familiar. De acuerdo a algunos estudios realizados con población montevideana (Berriel y Pérez, 2002), la principal actividad diaria son tareas domésticas (55%). Si exceptuamos el porcentaje de personas que considera al trabajo remunerado como principal actividad (9%), la otra tarea que se refiere como principal es el cuidar nietos (6%). Esto configura una situación que ubica el mayor campo de interacción en el ámbito doméstico y en el campo inmediato al ámbito doméstico e intrafamiliar.

Figura 4.18. Principal actividad diaria de personas adultas mayores montevideanas

Principal actividad diaria		
Labores domésticas	Trabajo remunerado	Cuidar nietos
55%	9%	6%

FUENTE: Berriel y Pérez, 2002

Estos elementos sirven para mostrar la necesidad de profundizar estos elementos y, principalmente, mantener actualizados unos datos que ya tienen, en muchos casos, más de una década de haber sido producidos. Sin embargo, nos aporta una imagen indicativa de la realidad de la red social de nuestros adultos mayores que, de hecho, coincide sustancialmente con gran parte de la realidad del Cono Sur: “La vida social de las personas mayores de los tres países examinados [Argentina, Chile y Uruguay] gira en torno a la familia inmediata, hijos, nietos y hermanos. Los amigos raras veces están presentes y la participación en las actividades comunitarias es poca.” Al punto que “la participación de los mayores en asuntos ciudadanos es incipiente.” (Zunzunegui, 2002: 122).

Un componente central de la consideración de la red social de apoyo no formal de las personas mayores lo constituye el rol desempeñado por éstas

en el campo de los cuidados, lo que fuera presentado hacia el final del capítulo 2. Allí se constata que los adultos mayores juegan un rol importante en ese campo. Incluso, de los apoyos recibidos por los adultos mayores, son las propias personas mayores una importante fuente.

Violencia y maltrato contra las personas mayores

También son pocos y escasamente seguidos y actualizados los datos existentes respecto a la violencia, el abuso y el maltrato contra los adultos mayores. Específicamente respecto al maltrato y abuso se cuenta con la definición de INPEA (International Network for the Prevention of Elderly Abuse): “Cualquier daño realizado a una persona mayor que debilita o afecte su estado físico, psíquico, espiritual o su bienestar social. Los tipos de abuso pueden incluir, pero no se limitan, al abuso físico, sexual, emocional, explotación financiera, abandono, intimación, coerción, discriminación y autoabandono” (Amaral y otros, 2007:526).

Una entrada al tema de la violencia contra los adultos mayores y la percepción de ellos nos lo ofrece la encuesta ENEVISA, la que, al relevar lo que los encuestados consideran como el principal problema social, sitúa a la violencia o maltrato como uno de los elementos relevantes. Para las personas entre 55 y 79 años, la violencia y el maltrato constituyen el principal problema referido, en tanto que entre los mayores de 80 esta temática cede ante las dificultades con el transporte, problema que abordaremos más adelante.

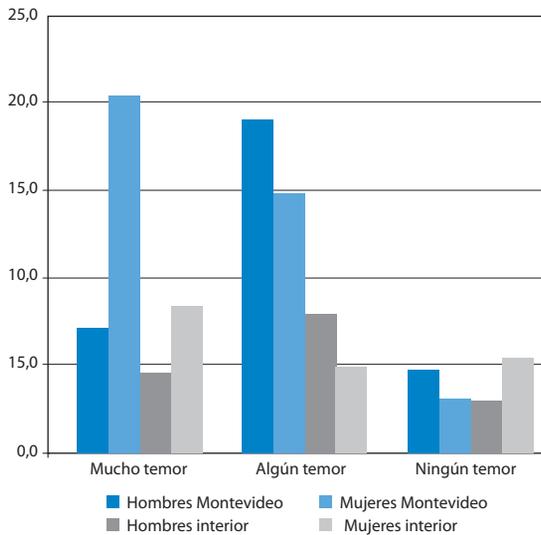
Respecto a este tema, se observan diferencias significativas entre Montevideo y el resto del país relevado: Para los montevideanos de 55 años y más de edad la violencia y el maltrato serían el principal problema (con un valor del 7%), para sus pares del Interior Urbano éste ocuparía el segundo lugar con un valor notoriamente inferior (4,4%) luego de los problemas de transporte. En esta última área geográfica se aprecian diferencias por sexo, en tanto para los hombres del Interior Urbano el principal problema es el transporte, para las mujeres no montevideanas relevadas el principal problema lo constituye la violencia y el maltrato. No ocurre lo mismo, según esta fuente, en Montevideo, en donde el sexo no discrimina los problemas sociales desta-

cados.

Respecto a las modalidades de abuso y maltrato, un estudio exploratorio realizado por la Sociedad Uruguaya de Geriatria y Gerontología (SUGG) entre 2005-2006 en base a 202 casos de personas atendidas en el Hospital Maciel, en el Policial, en algunos centros de atención privada (sin especificar) y 100 denuncias hechas por vecinos en el programa Adulto Mayor del Ministerio del Interior, arroja el dato de que la modalidad más frecuente de abuso y maltrato es el abandono por parte de familiares según fuera informado en medios de prensa (Diario El País, 16 de junio de 2009).

Considerando a los delitos en el marco de esta temática, la encuesta ENEVISA establece que, entre los encuestados, un 9% de los mayores de 55 años han sido víctimas de delitos. Este dato, que por sí solo no parece de alta relevancia, permite establecer una relación entre el temor y la experiencia con el delito y algunos elementos del perfil de los agredidos y de las relaciones con el temor.

Figura 4.19. Distribución de la población víctima de acto delictivo por sexo y área según grado de temor



Fuente: CEPAL, Oficina de Montevideo.

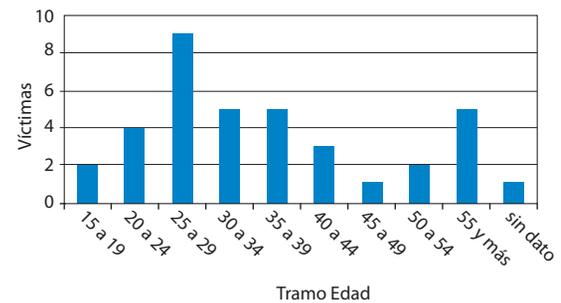
En este gráfico, extraído de CEPAL (2000), puede observarse que la población montevideana es la que siente mayor temor. Las mujeres de Montevideo son las que representan el mayor porcentaje de víctimas y a la vez las que manifiestan mayor temor.

No sólo el género estaría discriminando la mayor o menor presencia del temor en los adultos mayores. En el componente cualitativo del Proyecto Género y Generaciones se reportan elementos sobre la relación de las personas mayores con el temor a ser víctimas de actos delictivos y, principalmente, el rol de obstaculizador del ejercicio de ciudadanía y la utilización de espacios públicos que este temor ejerce:

“Los temas vinculados a la seguridad ciudadana surgen, desde la perspectiva subjetiva, como un elemento que obstaculiza la utilización del espacio público en buenas condiciones. Esto se ha mencionado particularmente en los sectores [socio educativos] bajos y también con relación al barrio donde han aumentado las malas condiciones.” (Berriel, Paredes y Pérez, 2006: 106)

Otro de los datos que puede ilustrar sobre la violencia y el maltrato hacia las personas mayores es su relación con el fenómeno de la violencia doméstica. Los datos disponibles (sólo referidos a mujeres víctimas de homicidio o tentativa de homicidio doméstico) indican que no es para nada despreciable el peso de casos que se producen entre las mujeres mayores a 55 años en el contexto de los datos totales.

Figura 4.20. Mujeres Víctimas de Homicidio Doméstico, por Tramo De Edad



Fuente: Observatorio Nacional Sobre Violencia y Criminalidad. Ministerio del Interior

Lo que no se encuentra relevado, con la excepción del estudio exploratorio de la SUGG referido anteriormente, es la especificidad de modalidades de abuso y maltrato dirigidos específicamente a los adultos mayores, lo que representa un vacío que produce una zona oscura al momento de pensar políticas e intervenciones en situaciones concretas que se producen en nuestra población de personas mayores.

Participación social en la vejez

Un componente definido como central de los entornos favorables para el envejecimiento y la vejez lo constituye su participación y aportación a la sociedad en distintos tipos de actividades que van desde las culturales a las actividades de voluntariado, pasando por la participación en organizaciones sociales, políticas y religiosas. Es importante destacar que, a pesar de los impulsos que se le ha dado a la incorporación de estas actividades a las políticas, la información al respecto es más bien escasa y, sobre todo, con una casi nula política de seguimiento.

Una fuente de información importante lo constituye el relevamiento que se hizo a este respecto en el módulo del uso del tiempo y el trabajo no remunerado de la ECH de 2007, que lamentablemente no fue continuado en ediciones posteriores de la ECH. En el mismo se preguntó sobre el tiempo dedicado a realizar algún trabajo de tipo gratuito para la comunidad, orientado a relevar la participación en actividades filantrópicas o de beneficencia, organizaciones barriales, sociales o deportivas, organizaciones gremiales o sindicales, militancia política o trabajo social gratuito en organizaciones laicas o religiosas. Si bien la pregunta engloba el tipo de actividades enumeradas, no las discrimina, y las releva a partir de actividades realizadas el día anterior por lo que no pueden hacerse mayores inferencias al respecto ni comparaciones consistentes con otros estudios. La figura que se presenta a continuación resume la información obtenida en ese sentido.

Figura 4.21. Porcentaje de Participación en tareas comunitarias no remuneradas o de voluntariado, por sexo y grandes grupos de edades, según zona

	Menores de 60			Mayores de 60		
	H	M	T	H	M	T
Montevideo	1,8	3,6	2,7	3,0	3,6	3,4
Interior	1,4	2,6	2,0	2,1	2,6	2,3
Total	1,6	3,0	2,3	2,6	3,0	2,8

FUENTE: Elaboración propia en base al Módulo de uso del tiempo y trabajo no remunerado, ECH 2007, INE.

Como antecedentes de sistematización respecto al trabajo voluntario de personas mayores, se encuentra un estudio realizado por el Instituto de Comunicación y Desarrollo (ICD) para la ciudad de Montevideo en el año 2006. El mismo presenta en-

tre otros aspectos el resultado de una encuesta sobre voluntariado realizada a un total de 250 adultos mayores de Montevideo distribuidos proporcionalmente por barrios en base a datos censales. En la encuesta citada, se registró que entre las personas mayores de 65 años el 25% había participado alguna vez o participaba de actividades de tipo voluntario.

Si bien el valor mencionado es significativamente diferente del que surge del módulo del uso del tiempo y el trabajo no remunerado de la ECH 2007, debe tenerse en cuenta que éste releva no solamente la actividad voluntaria actual sino la pasada. Esto es, la proporción de personas mayores que se vincula o vinculó con actividades voluntarias siendo mayor de 65 años, sólo distinguidos del universo de los que nunca participaron en ningún tipo de actividad de esta índole. De éstos, el 65,5% realizan las actividades con una frecuencia semanal, seguidos por quienes declararon una frecuencia mensual (15%) y diaria (11,5%). (Cruz y Pérez. 2006)

Además de lo mencionado, cabe destacar la filiación de las personas mayores a las organizaciones, tal como las considera el estudio. De las mismas surge el siguiente figura:

Figura 4.22. Tipo de vinculación con las organizaciones de personas adultas mayores

Vínculo	Porcentaje
Miembro de la directiva	14,8%
Socio honorario	8,2%
Socio adherido (con cuota)	29,5%
Asistente a actividades	47,50%
Total	100%

FUENTE: Cruz y Pérez. 2006

Como puede advertirse, el total de las personas mayores vinculadas a organizaciones de voluntarios incluye a aquellos que lo hacen desde el lugar de socio adherido (con cuota) (29,5%) y quienes se vinculan como asistentes a actividades (47,5%), lo que también puede contribuir a explicar el alto guarismo que se reporta. De todas formas, no puede dejar de reconocerse que muchas veces la adhesión a organizaciones, por más que sea en calidad de socio o asistente puntual, muchas veces supone contribuir con tareas para la organización y concreción de la actividad en cuestión. (Cruz y Pérez. 2006)

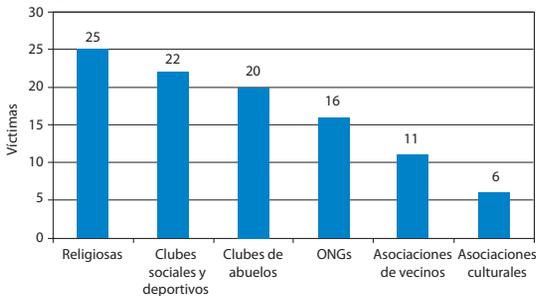
Finalmente, otro aspecto explicativo de la di-

ferencia entre un dato y otro es el hecho de que la ECH preguntó por el uso del tiempo en tareas no remuneradas o de voluntariado en el Módulo de Uso del Tiempo (MUT) 10 en referencia al último día hábil o último fin de semana, según el caso, y por medio de dos preguntas (¿cuánto tiempo dedicó el último (día de referencia) a realizar algún trabajo gratuito para la comunidad? y Dicho trabajo ¿lo realizó a través de alguna organización?), por lo que la participación en actividades voluntarias puede verse subrepresentada.

A pesar de las diferencias citadas, la investigación del ICD, que fue específica sobre voluntariado de personas mayores en Montevideo, presenta datos interesantes que se desarrollan en los párrafos siguientes.

Entre las personas mayores que participan o participaron de actividades voluntarias, el tipo de organización a través de la cual el estudio en cuestión identifica que se canalizaron las mismas se distribuye como se describe en la figura siguiente.

Figura 4.23. Proporción de la actividad voluntaria de personas mayores en Montevideo, según tipo de organización



FUENTE: Ídem

Como puede observarse, según esta fuente el mayor nivel de participación en actividades voluntarias se registra por medio de organizaciones de tipo religioso (25%), seguido por clubes sociales y deportivos (22%) y clubes de abuelos (20%). Las tres organizaciones mencionadas corresponden a más del 60% del tipo de organizaciones que convocan a personas mayores para actividades voluntarias, siendo las actividades recreativas las más convocantes (44,3%). Siguiendo con el análisis del tipo de actividades, las mencionadas se despegan del resto, las cuales se ubican todas por debajo del 20%.

Cabe destacar que si bien la organización más convocante es de tipo religioso, los adultos mayores

que se vinculan a las mismas no lo harían para realizar actividades de tipo de evangelización, ya que éstas alcanzan sólo el 4,9%.

En lo que refiere a la población beneficiaria, se evidencia la alta incidencia del trabajo de adultos mayores para adultos mayores (47%), seguidos por el público en general (35%). Al respecto de la baja incidencia de la participación de personas mayores en actividades voluntarias que tienen como beneficiarios a niños y jóvenes (6%), este puede tomarse como un indicador de la escasa participación en programas de voluntariado intergeneracional. Debe destacarse además la baja incidencia de la población carenciada (9%) y las minorías raciales (3%) como beneficiarios directos.

Figura 4.24. Tipos de actividades

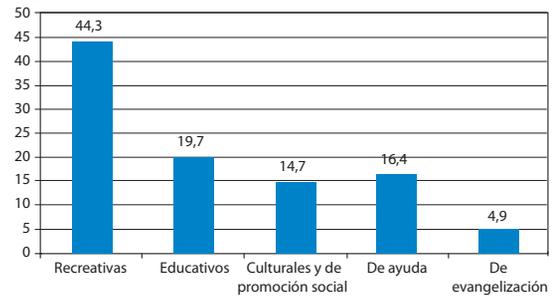


Figura 4.25. Población beneficiaria

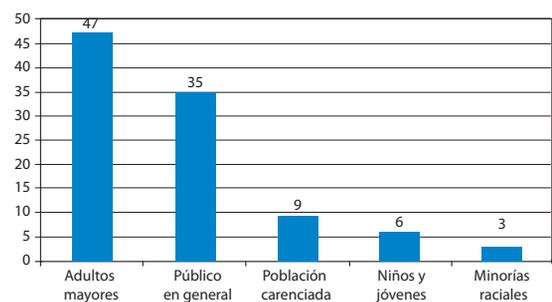


Figura 4.26. Móviles del voluntariado

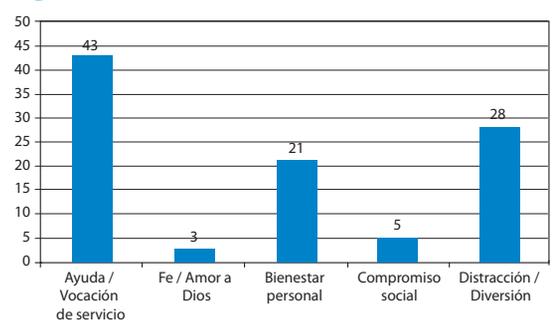
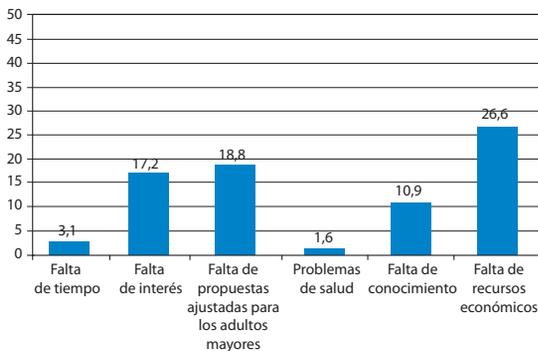


Figura 4.27. Obstáculos en la participación



Fuente: Ídem

Observando los móviles declarados del voluntariado, se destaca en primer lugar la ayuda o vocación de servicio como motor principal para la participación (43%), seguido de la distracción o diversión (28%) y el bienestar personal (21%). Sorprende como las tres categorías mencionadas alcanzan más del 90% de toda la distribución, constituyéndose entonces en los principales explicativos de la participación.

Finalmente, si se considera los obstáculos encontrados para la participación, sorprende cómo la falta de propuestas ajustadas para adultos mayores alcanza casi el 20%. Si 1 de cada 5 personas mayores considera que no encuentra ofertas de participación ajustadas a sus necesidades, debería a su vez estudiarse si existe un potencial de adultos mayores que actualmente no participan porque no encuentran una oferta que consideren los contemple. En el sentido de lo mencionado, cuando se indagó sobre si quienes nunca participaron de actividades voluntarias estarían interesados en realizarlo, el 18,7% declaró afirmativamente. A los obstáculos

mencionados deben sumarse aquellos que no están informados de las opciones del mercado del trabajo voluntario (10,9%) o quienes no disponen de recursos económicos como para dedicarse a una tarea de este tipo (26,6%).

Otro estudio que puede ayudar a la comprensión y acercamiento a la participación de personas mayores, es el que fuera realizado por el Servicio de Psicología de la Vejez, de Facultad de Psicología, Universidad de la República: “Adultos mayores montevideanos: imagen del cuerpo y red social”. Entre los componentes del estudio citado se encuentra una encuesta que fue aplicada a 619 personas mayores de 65 años residentes en el departamento de Montevideo, que contenía un módulo referido a “Actividades y Tiempo Libre”. (Berriel, F. y Pérez, R. 2002)

La figura 4.28 permite observar algunos elementos interesantes del tema que nos ocupa, aunque, a diferencia de los otros relevamientos mencionados, se centra en el carácter colectivo de la actividad en la que se participa, ya que se trata de un estudio que aborda la red social. En primer lugar se plantea que aproximadamente un 20% de los mayores de 65 años participaría de instancias colectivas. Este dato, tomando en cuenta que se considera a mayores de 65, parece consistente con lo hallado por el ICD. Entre las instancias en las que se participa, las de carácter social y religioso serían las más importantes, dato levemente contradictorio a la supremacía de la organización religiosa señalada por el ICD, aunque en este caso se releva el tipo de actividad, no el marco institucional. Aquí cabe preguntarse sobre la distinción entre institución y espacio físico de realización de las actividades. De este 20% un 12% realiza sus actividades, según este estudio del SPV, en el marco de grupos u organizaciones que se definen por nuclear Adultos Mayores. Debe además

Figura 4.28. Utilización del tiempo libre y participación en actividades colectivas

¿Qué hace en sus ratos libres?			Participación en actividades colectivas						Participación en grupos de Adultos Mayores	
No contesta	Actividades individuales	Actividades individuales	No participa	No Social	Religiosa	Política	Gremial	Otras	Si	No
56%	40%	4%	78%	8%	7%	3%	0.8%	1%	12%	86%

FUENTE: Berriel y Pérez. 2002

tenerse en cuenta que las mediciones de voluntariado pueden variar de acuerdo a la definición de la actividad voluntaria de la cual se parta.

La figura presentado tiene además información relevante respecto a participación en actividades colectivas o individuales en el tiempo libre: A pesar de plantearse en forma dicotómica, lo que sólo daría elementos para hablar de predominios, es interesante el dato de que sólo un 4% de los encuestados manifiesta que realiza actividades que implican vinculación con otros en su tiempo libre, lo que sobre todo indica que la mayoría de los adultos mayores que participan en instancias colectivas no consideran tiempo libre el que se destina a dichas actividades.

Como información complementaria, y con el objetivo de acercarse a la descripción y nivel de la participación social y el voluntariado de personas mayores en Uruguay cabe citar la información que releva el Registro Nacional de Instituciones (RNI) del BPS. Dicho registro comprende a aquellas organizaciones de y para personas mayores, sin fines de lucro y que poseen personería jurídica, como

Figura 4.29. Organizaciones de Personas Mayores registradas en el BPS por año

Años	Instituciones
1984	32
1985 - 89	116
1990	137
1991	170
1992	225
1993	305
1994	336
1995	345
1996	389
1997	426
1998	386
1999	427
2000	429
2001	430
2002	435
2003	440
2004	473
2005	489
2006	484

FUENTE: Pugliese. 2008(b).

por ejemplo son: Hogares de Ancianos, Asociaciones de Jubilados y Pensionistas, Clubes de Adultos Mayores, Centros diurnos, Albergues transitorios, Refugios nocturnos, entre otros, las cuales son integradas en forma voluntaria. (Pugliese. 2008 (b)) En la figura que sigue, se presentan las instituciones registradas en el RNI para todo el territorio nacional. Si bien en el estudio citado se destaca que la información que se presenta no es completa, se puede tener una perspectiva del crecimiento de las instituciones que se vincularon al BPS en las últimas dos décadas. Ver figura 4.29.

Si se considera a su vez a las organizaciones que forman parte del RNI desagregadas por departamento y tipo de organización, esto permite conocer como se distribuyen las mismas en los diferentes departamentos. Ver figura 4.30.

Figura 4.30. Organizaciones de personas mayores registradas en BPS por tipo de institución, según departamentos

	Instituciones			
	Hogares	Asociaciones	Clubes	Serv. Externos
Artigas	2	3	1	1
Canelones	12	19	27	1
Cerro Largo	4	3	0	1
Colonia	12	15	13	1
Durazno	2	3	2	3
Flores	1	2	2	1
Florida	3	9	5	1
Lavallega	6	1	5	1
Maldonado	4	4	8	4
Montevideo	21	34	78	26
Paysandú	3	8	6	2
Río Negro	3	6	0	1
Rivera	1	3	4	1
Rocha	4	5	14	1
Salto	2	6	3	1
San José	4	6	5	1
Soriano	4	6	3	2
Tacuarembó	2	5	0	1
T. y Tres	2	1	2	1
Total	92	139	179	51

NOTA: Servicios Externos incluye UNI3 (Universidad de la Tercera Edad), Centros Diurnos, Refugios Nocturnos y Otros.

FUENTE: Pugliese, L. 2008 (b)

Lo primero que surge de la figura 4.30 es la superioridad numérica de organizaciones en Montevideo respecto de los demás departamentos, siendo Canelones y Colonia los que además presentan números absolutos más altos. Si bien esto da cuentas de la cantidad de instituciones, no es necesariamente indicador de personas mayores vinculadas a las mismas, ya que un número alto de instituciones puede ser tanto indicador de una gran cantidad de personas vinculadas a las mismas organizaciones, como de una gran atomización, es decir, proliferación de instituciones con pocos participantes activos.

El hecho de que, luego de Montevideo, sean Canelones y Colonia los Departamentos con mayor cantidad de organizaciones lleva a pensar en la vinculación de este hecho con el número de concentraciones urbanas de estos Departamentos y que esto se debería a razones geográficas y de urbanización.

En el gráfico 4.31 se presentan los totales de las organizaciones por departamento, observándose como destacados los departamentos ya mencionados.

La figura 4.32 permite conocer cómo se compone la población tanto usuaria como socia de las organizaciones inscriptas en el RNI del BPS. Algo

que debe destacarse en primer lugar, es que la información puede contener usuarios o socios repetidos, esto es, una misma persona registrada en más de una organización. Sorprende además sobre la figura, la gran cantidad de información incompleta en los registros, los cuales no permiten hacer grandes inferencias, por ejemplo en lo que se refiere a Servicios Externos.

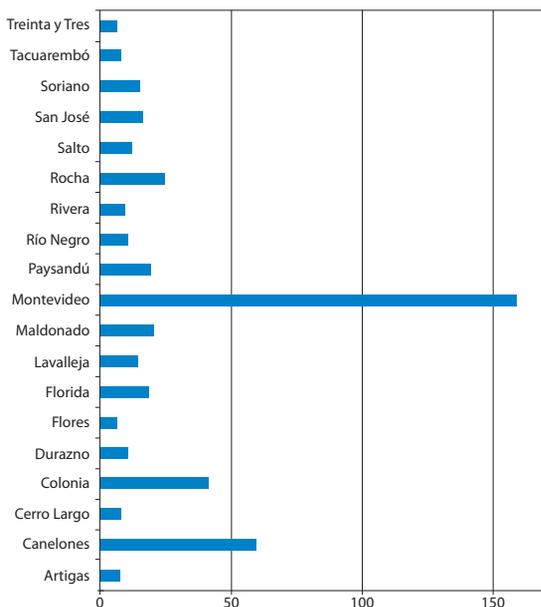
De todas formas, y a pesar de lo expuesto, puede destacarse la gran cantidad de personas vinculadas a las organizaciones en cuestión. Entre usuarios y socios en total se alcanzan 176.584 personas mayores, con la salvedad de que hay subvaloración por la ausencia de datos y sobrevaloración por los casos repetidos no identificados.

Si consideramos a las organizaciones sin desagregar por departamento, esto permite una clara visión de cómo se distribuyen los socios y usuarios al interior de las mismas. Cabe destacar que la información respecto al número de socios y usuarios no permite realizar inferencias respecto al grado de involucramiento de las personas mayores con cada una de las organizaciones como para poder conocer frecuencias de actividades voluntarias, tipos, etc.

Sin embargo, puede destacarse a las Asociaciones de Jubilados y Pensionistas como las que captan la mayor proporción de personas mayores, tanto a nivel de usuarios (62,2%) como de socios (56,1%). Ver figura 4.34.

El dato citado, es valioso en cuanto que da cuenta del tipo de organización que nuclea la mayor proporción de personas mayores vinculadas a las mismas como posible centro para la implementación de políticas en materia de vejez y envejecimiento. Una prueba de lo mencionado, es el uso que da el BPS a este tipo de información, donde las organizaciones constituyen una de sus puertas de llegada a la población adulta mayor como beneficiarios de políticas. Es por lo expuesto que se hace crucial la posibilidad de acceder a información exhaustiva y detallada del alcance y posibilidades de las organizaciones que están en contacto con la población adulta mayor organizada. En el mismo sentido, se hace necesario conocer cuáles son las personas mayores que no están vinculadas a organizaciones de la sociedad civil, cuál es su capital social y los canales de acceso de los programas del gobierno a los mismos. Una cuestión que surge de lo mencionado y que no puede ser respondida en base a la información que se posee es si

Figura 4.31. N° de organizaciones registradas en el RNI-BPS por departamento



FUENTE: Elaboración propia en base al figura anterior

Figura 4.32. Usuarios y Socios de organizaciones de personas mayores por departamento, según tipo de organización

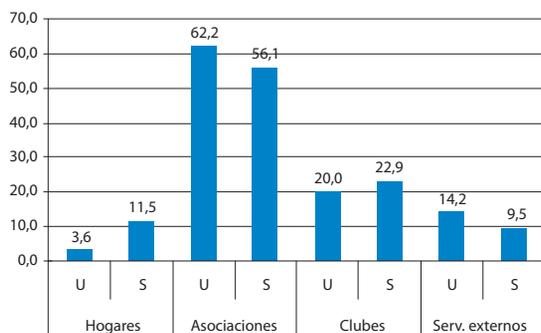
	Usuarios y Socios										
	Hogares		Asociaciones		Clubes		Serv. Externos		Total (*)		
	U	S	U	S	U	S	U	S	U	S	Total
Artistas	45	**	1400	**	**	40	70	75	1515	115	1630
Canelones	361	444	3979	3142	4190	350	350	8072	8963	17035	
Cerro Largo	91	1904	1925	2567	0	0	**	230	2016	4701	6717
Colonia	438	1904	2909	2625	1850	2465	**	92	5197	7087	12284
Durazno	54	260	875	1165	180	240	210	320	1319	1985	3304
Flores	65	**	802	1070	225	302	**	**	1092	1372	2464
Florida	63	461	2585	3447	852	1136	**	**	3500	5044	8544
Lavalleja	109	1100	445	591	883	1178	**	203	1437	3072	4509
Maldonado	82	925	1416	1889	820	1172	**	627	2318	4613	6931
Montevideo	781	334	13840	18460	4670	6671	9220	3945	28511	29410	57921
Paysandú	83	130	3478	4638	290	415	**	995	3851	6178	10029
Río Negro	77	215	1598	2131	0	0	**	80	1675	2426	4101
Rivera	46	351	810	1080	**	379	110	158	966	1968	2934
Rocha	100	553	730	972	1200	1712	**	320	2030	3557	5587
Salto	127	**	6555	**	218	311	800	600	7700	911	8611
San José	162	710	2239	2986	795	1135	650	650	3846	5481	9327
Soriano	133	480	2605	3476	723	sd	80	286	3541	4242	7783
Tacuarembó	68	196	1695	2260	0	0	**	**	1763	2456	4219
T. y Tres	53	1030	230	300	380	541	**	120	663	1991	2654
Total (*)	2938	10997	50356	53636	16228	21888	11490	9051	81012	95572	176584

(*) Los totales son incompletos por la gran cantidad de organizaciones sobre las que no hay datos

** Sin dato

FUENTE: Pugliese, L. 2008 (b)

Figura 4.34. Proporción de usuarios y socios registrados en RNI-BPS por tipo de organización



FUENTE: Elaboración propia en base al figura anterior

la población adulta mayor organizada se ve beneficiada en un mayor acceso a los planes y programas que los identifican como beneficiarios (en términos de acceso a información sobre los beneficios existentes y gestión de los mismos).

Con los datos que se presentaron, se intentó proporcionar un acercamiento a la realidad de la participación social de las personas mayores. La información disponible al respecto no permite conocer en detalle cuáles son las características de este tipo de participación, pero proporciona un panorama inicial de a qué tipo de organizaciones se vinculan las personas mayores y cómo se da este vínculo.

Cabe destacar nuevamente, a modo de reflexión final sobre este apartado, las dificultades que se encontraron a la hora de construir un escenario de las personas mayores como actores de la sociedad civil

y su nivel de participación. La falta de información congruente al respecto, así como la escasez de información cuantitativa dificulta la descripción de este fenómeno, así como de sus fortalezas y debilidades.

Imagen social de la vejez, el envejecimiento y las personas mayores

Nuevamente debemos comenzar una sección de este informe dejando constancia de la escasez de estudios. La mayoría de las fuentes que aportan elementos sustanciales de acercamiento a esta temática provienen de corte cualitativo.

No abundan los estudios que han abordado el tema de la imagen social del envejecimiento y la vejez, siendo la mayoría de los que aportan elementos sustanciales de acercamiento a esta temática, estudios de corte cualitativo.

Algunos datos importantes los encontramos en el componente de adultos mayores del “Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya. Estudio cualitativo” (Berriel, Paredes y Pérez, 2006). Los resultados de este estudio, recogidos en entrevistas individuales y grupales de adultos mayores montevideanos, indican la coexistencia de dos modelos de envejecimiento: Un denominado modelo tradicional que vincula a la vejez con la pasividad, el declive, la dependencia, la heteronomía, la enfermedad, las “fallas” en el cuerpo en aspectos funcionales y estéticos y el temor a la soledad, lo que lleva a constituir la en una categoría contra la que defenderse mediante

la autoexclusión de la misma (los viejos son otros). En contrapartida, si bien se señala que el anterior es el paradigma hegemónico de envejecimiento, se registra la coexistencia de un paradigma emergente que implica ideales de libertad más activos, especialmente para las mujeres, la idea de que la disposición subjetiva puede incidir en la modalidad de envejecer, la relación directa entre la actividad y el buen envejecer, la importancia de la información como instrumento de incidencia en la modalidad de envejecimiento (principalmente en los entrevistados de nivel educativo alto), la mayor riqueza de la red vincular y social asociada a un mejor envejecimiento, todo ello articulado con algunas “virtudes tradicionales” de la vejez como la serenidad y la experiencia.

En el referido estudio se establece sin embargo que la coexistencia de estos dos paradigmas no implica que la imagen de la vejez entre los propios adultos mayores haya pasado a ser más positiva, sino que se constata una fuerte presencia de una valoración negativa de la misma abordada con distintas estrategias. También advierte sobre dos aspectos que podrían estar pautando esta “situación de transición” entre modelos: El primero refiere al riesgo de que el paradigma emergente se presente como un nuevo modelo cerrado de envejecimiento deseable que busque suprimir diversidades en el tránsito por este proceso. El segundo implica atender a las tensiones que esta coexistencia implica para las personas mayores, en tanto conlleva mayores niveles de exigencia y de deseabilidad por parte del entorno en

Figura 4.35. Coexistencia de dos modelos en las representaciones sociales de la vejez de los adultos mayores montevideanos

Modelo tradicional (hegemónico)	PARADIGMA EMERGENTE
Asimilación de la vejez a la enfermedad	Ideales de libertad
Autoexclusión a la vejez	Incidencia de la actitud subjetiva en la forma de envejecer
Correlación entre envejecimiento y pasividad	Identificación del buen envejecer con la actividad
La vejez vinculada a la dependencia	Virtudes tradicionales: serenidad y sabiduría
Pérdida de autonomía y dependencia	Importancia de la información
Fallas en el cuerpo y pérdida de atributos estéticos	Importancia de una rica red social y vincular
Soledad	Mandato social de estar bien

FUENTE: Proyecto Género y Generaciones (Berriel, Paredes y Pérez, 2006)

cuanto a pautas de conducta que los adultos mayores deberían “satisfacer”.

Datos más recientes apoyan esta imagen negativa de la vejez y el envejecimiento presente en la sociedad uruguaya. Las primeras comunicaciones del estudio “Envejecimiento en Uruguay, realidad demográfica y representación social. Un estudio desde la perspectiva intergeneracional”, referidas a Montevideo y sustentadas en datos recogidos en grupos focales segmentados por edad, dan cuenta de lo siguiente:

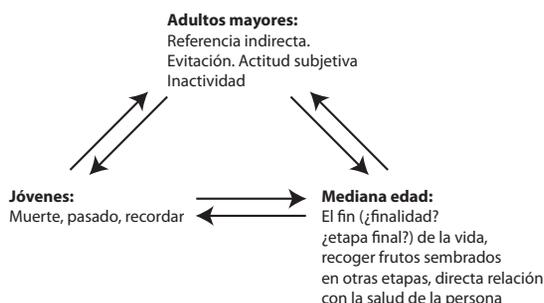
Para los jóvenes entre 20 y 30 años la vejez es asociada a la muerte. Al ser seguida de la muerte sólo puede significarse a partir de un pasado que se recuerda. Recordar, relacionarse con el pasado, sería lo único que aparece como actividad central, esencial de la vejez para este grupo etéreo.

Los adultos entre 50 y 64 años de edad atribuyen a la vejez significados de decadencia, la cualidad de ser el fin de la vida, el tiempo de recoger frutos sembrados en otras etapas, un tiempo de la vida cuya cualidad positiva o negativa estará dada en directa relación con la salud de la persona.

Las personas mayores entre 65 y 79 años de edad por su parte parecen encontrar más dificultades en formular definiciones directas. Indirectamente se alude a algo a lo que sería bueno todavía no haber llegado, como una parte de un proceso que se evita definir, se refiere indirectamente a una actitud subjetiva que tendría que ver con las cualidades que adoptaría. También indirectamente surge la idea de la inactividad.

Estos datos son representados en la siguiente figura:

Figura 4.36. Contenidos centrales coexistentes de la representación social de la vejez por generaciones.



FUENTE: Berriel, 2011

Esta visión negativa del envejecimiento y la vejez puede incidir en algunos aspectos muy concretos del envejecimiento. En un estudio sobre la imagen del cuerpo (Berriel y Pérez, 2002) se ha encontrado en una muestra representativa de los adultos mayores montevideanos una seria dificultad en imaginar elementos del futuro en el plano personal. Como puede apreciarse, un 44% de los adultos mayores encuestados (mayores de 65 años) no espera cambios, dando cuenta de una incapacidad de anticipación y proyección del propio envejecimiento. Si atendemos además a los contenidos predominantes de estos cambios, vemos que los más frecuentes son los que menos dependen de la esfera personal (socio político económicos). Ver Figura 4.37.

En “Cómo envejecen los uruguayos” (CEPAL: 2000), se encuentran algunos indicios de los posibles efectos que tiene esta dificultad de pensar el envejecimiento propio. En este caso se presenta la previsión de medios económicos para la vejez. Sin lugar a dudas, el 23,2 % que no tiene previstos medios económicos no se explica solamente por el significado atribuido a la vejez y las dificultades de proyección que esto conlleva, pero el sustrato simbólico para esta falta de visión prospectiva parece innegable. Ver figura 4.38.

Por último, para pensar algunos de los efectos que esta temática puede tener aún en los diseñadores de políticas en cuestiones de envejecimiento, cabe señalar las implicancias que una imagen social como la descrita puede implicar efectos en la forma en la que distintos actores piensan la cuestión del envejecimiento en materia de visión país y de políticas a implementar en el área. Algunos datos de importancia respecto a este problema los aporta la investigación de Sandra Huenchuán y Mariana Paredes denominada “Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas” (2006). Mediante un diseño basado en la metodología de Grupos Delphi, se trabajó con un grupo heterogéneo y controlado de participantes hacia la construcción de propuestas y escenarios deseables y posibles en materia de políticas de envejecimiento y vejez en el país, estudio que fuera replicado en Chile, Panamá y República Dominicana. Esta investigación cualitativa pone sobre la mesa un conjunto de acuerdos y visiones deseables y un conjunto de propuestas prioritarias analizadas en su factibilidad e impacto por parte de los participantes que com-

Figura 4.37. Cambios futuros por área, valoración y contenidos

Cambios que espera se pueden producir en un futuro									
No Espera Cambios 44%	Sí espera cambios 53%								
	Áreas donde se sitúan los cambios			Valoración		Contenidos que predominan en los cambios			
	Social	Psicológica	Biológica	Positiva	Negativa	Personal	Familiar	Muerte	Sociopolítico-económico
	50%	22%	18%	38%	6%	14%	5%	7%	26%

FUENTE: Berriel y Pérez, 2002

Figura 4.38. Población de 55 a 64 años de edad por previsión de medios económicos para su vejez (%)

Medios económicos para la vejez	Población de 55 a 64 años					
	Total		Hombres		Mujeres	
Total	100,0	100,0	100,0	45,3	100,0	54,7
Tiene	76,8	100,0	85,8	51,3	69,2	48,7

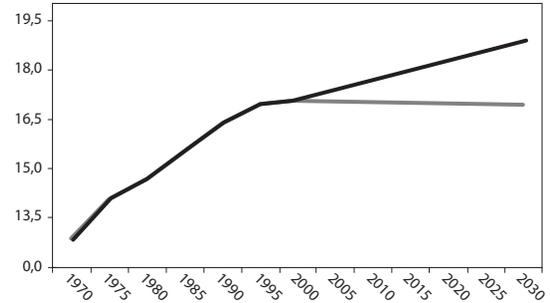
FUENTE: CEPAL, 2000.

ponen una interesante base de agenda para la discusión y elaboración de políticas. En medio de ese foco también se trasuntan algunos resultados interesantes en cuanto al tema que nos ocupa en este apartado. Respecto a las tendencias de población, los participantes imaginan y desean un Uruguay más “rejuvenecido” demográficamente, pero a la vez manteniendo y aumentando su expectativa de vida aunque, concomitantemente, sin aumentar específicamente el grupo de adultos mayores de edades muy avanzadas (más de 80 años). Parece clara la visión antropomórfica del país y, además, el deseo de “vivir muchos años” pero no envejecer, o al menos, no envejecer tanto. Subyace una visión claramente negativa del envejecimiento y la vejez.

En la figura 4.39 se aprecia esta idea de “hasta dónde se quiere llegar” en materia de envejecimiento.

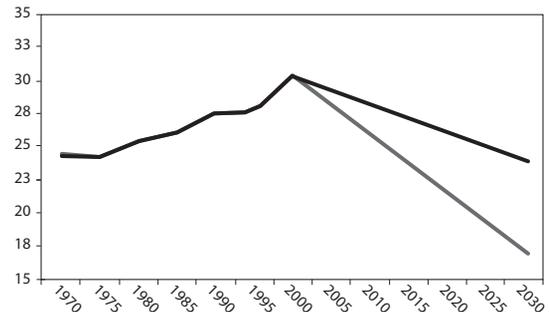
Aún más clara resulta la contradicción del deseo de mayor expectativa de vida con el deseo de que el peso de la población de más de 75 años se reduzca en el gráfico 4.40.

Figura 4.39. Uruguay: Porcentaje de población de 60 años y más. Tendencia reciente (1970-2000) y rangos de consenso al 2030



FUENTE: Estudio Delphi Uruguay. Huenchuan y Paredes, 2006.

Figura 4.40. Uruguay: Porcentaje de población de 75 años y más entre la población adulta mayor. Tendencia reciente (1970-2000) y rangos de consenso al 2030



FUENTE: Estudio Delphi Uruguay. Huenchuan y Paredes, 2006

Entornos físicos favorables para el envejecimiento

Viviendas de los adultos mayores

Un primer elemento a considerar en el abordaje de la situación del envejecimiento y la vivienda consiste en el problema de la tenencia de la misma. Paredes, Ciarnello y Brunet (2010) analizan el porcentaje de personas mayores residentes en viviendas propias o de propiedad de alguno de los miembros del hogar. De los datos presentados se concluye que casi 8 de cada 10 adultos mayores vive en una vivienda de su propiedad o de propiedad de un co residente.

Figura 4.41. Personas mayores (60 años o más) o miembro del hogar propietario de la vivienda. Uruguay 2008

	%
Ni AM ni miembro de hogar propietario de la vivienda	21,5
AM o miembro de la vivienda	78,5
Total	100,0

Fuente: Elaboración de Paredes, Ciarnello y Brunet (2010), en base a ECH 2008 (INE)

Este dato, que impresiona como elevado, no lo es tanto ubicado en el contexto latinoamericano, tal como se muestra en la figura que sigue, si bien se advierte que habría que considerar en profundidad las condiciones de acceso y las características y emplazamientos de las viviendas para hacer comparaciones lineales. De todas maneras esta primera aproximación contradice la creencia de que Uruguay sería un país de alto acceso a la propiedad de la vivienda comparado con la región y en especial en esta franja etárea (ver figura 4.42).

Si se considera como un indicador de las condiciones concretas de habitación de la vivienda la ocurrencia de situaciones de hacinamiento, se observa que los valores de los adultos mayores uruguayos están entre los niveles más bajos de América Latina (ver figura 4.43).

Se ha constatado una asociación entre las condiciones concretas de la vivienda y el nivel de ingresos de las personas mayores. Tal como establecen Rodríguez y Rossel (2010): “la probabilidad de habitar una vivienda sin problemas [de mantenimiento y conservación] es tres veces mayor en el quintil 5 que

Figura 4.42. Porcentaje de personas mayores con vivienda propia. América Latina 1990 y 2000

País	Censo 1990	Censo 2000
Argentina	76,0	84,0
Bolivia	91,0	93,0
Brasil	80,0	92,0
Chile	90,0	92,0
Colombia	46,0	
Costa Rica		84,0
Ecuador	82,0	80,0
El Salvador	77,0	
Guatemala	83,0	87,0
Honduras		87,0
México	79,0	87,0
Nicaragua	89,0	90,0
Panamá	83,0	88,0
Paraguay	84,0	90,0
Perú	82,0	
Rep. Dominicana		82,0
Uruguay	72,0	78,5
Venezuela	93,0	95,0

FUENTE: Paredes, Ciarnello y Brunet. 2010

Figura 4.43. Porcentaje de personas mayores que residen en hogares con hacinamiento. América Latina 1990 y 2000

País	Censo 2000
Argentina	1
Bolivia	18
Brasil	3
Chile	3
Costa Rica	3
Ecuador	22
Guatemala	31
Honduras	35
México	15
Nicaragua	21
Panamá	11
Paraguay	11
República Dominicana	9
Uruguay	4
Venezuela	8

Fuente: Ídem

en el primero..., al tiempo que los problemas graves son cuatro veces más frecuentes⁹. Estos autores también hacen notar que una porción importante de los hogares con jefe de 65 años o más, aún entre los de mayores ingresos, reside en viviendas con problemas de conservación graves o moderados. Esto se aprecia claramente en la figura siguiente, extraído de la obra citada (119). Ver figura 4.44.

En este campo destaca el programa de Soluciones Habitacionales coordinado por el Banco de Previsión Social de viviendas construidas por el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), para jubilados y pensionistas. Los beneficiarios deben tener residencia permanente en Uruguay, y percibir una jubilación o pensión por el BPS. Quedan excluidas las pensiones no contributivas. Los fondos que fi-

nancian este programa surgen de contribuciones específicas de jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social. En la figura siguiente se muestran los datos actualizados de avance de este programa, que se halla a setiembre de 2010 en 5754 viviendas entregadas (figura 4.45).

La formulación de este programa si bien presenta algunas características especiales en cuanto a la concepción de viviendas diseñadas como específicamente funcionales para adultos mayores respecto a su disposición, no lo hace en cuanto al emplazamiento, servicios e inserción social comunitaria.

Espacios Públicos

Como han señalado Paredes, Ciarnello y Brunet (2010), se carece de indicadores consistentes respec-

Figura 4.44. Hogares con jefe de 65 años y más según estado de conservación de la vivienda por quintiles de ingreso per cápita, sexo y edad del jefe. Año 2006

	Sin problemas	Problemas leves	Problemas moderados	Problemas graves	Total
Quintiles de ingreso por cápita					
Quintil 1	20,3	6,0	32,5	41,2	100,0
Quintil 2	29,4	4,2	36,0	30,4	100,0
Quintil 3	38,8	4,8	35,0	21,4	100,0
Quintil 4	45,7	4,6	29,9	19,8	100,0
Quintil 5	60,4	2,7	24,2	12,7	100,0
Región					
Montevideo	48,0	4,1	30,7	17,2	100,0
Interior 5,000 y más	39,1	3,8	30,4	26,7	100,0
Interior menor de 5,000	35,5	5,1	36,0	23,5	100,0
Rural	29,2	7,8	32,6	30,4	100,0
Sexo del jefe					
Hombre	43,5	4,7	30,6	21,2	100,0
Mujer	40,8	3,8	31,6	23,9	100,0
Edad del jefe					
65 a 69	39,8	4,1	29,8	26,2	100,0
70 a 74	41,2	4,0	31,2	23,6	100,0
75 y más	44,4	4,5	31,7	19,4	100,0
Total	42,3	4,3	31,1	22,4	100,0

FUENTE: Rodríguez y Rossel. 2009.

Figura 4.45. Programa de Soluciones Habitacionales coordinado por BPS con aportes de contribuyentes al sistema de seguridad social que administra. Informe de estado a Setiembre de 2010

Viviendas entregadas	
Cantidad de viviendas entregadas desde año 1990 a Setiembre 2010:	
TOTAL: 5764	
Que se discriminan por:	
∞ Montevideo: 2514	
∞ Interior: 3250	
Tipología de viviendas y cantidad de complejos habitacionales:	
Núcleos básicos evolutivos	61
Casas de material	70
Apartamentos en una planta	5
Apartamentos en más de una planta	35
Edificios en altura	29
Total de complejos entregados	200

to a los espacios públicos favorables para el envejecimiento y el desarrollo pleno de las personas mayores. Apenas si se puede afirmar que nuestro país presenta un alto grado de urbanización para este sector etéreo, al punto de que “más del 90% de esta población vive en áreas urbanas” (80). Sí contamos, no obstante, con datos que ilustran sobre la relación de los adultos mayores con el espacio público, basados fundamentalmente en la significación y el sentido atribuidos al mismo y su relación con la calidad de vida de esta población y el rol que esta relación puede jugar en las modalidades de envejecer.

Como hemos consignado más arriba, se ha señalado por CEPAL (2000) que los problemas del transporte público son de los más priorizados por las personas mayores de 55 años, tema que resulta aún más presente como problema prioritario en el Interior Urbano que en Montevideo. Estos datos son congruentes con los elementos recogidos en los Encuentros Regionales sobre las problemáticas de los adultos mayores organizados por la Comuna Canaria en 5 zonas del Departamento, realizados entre 2008 y 2009. Según se registra en los documentos recogidos por el Servicio de Psicología de la Vejez (Universidad de la República), que participó como

observador de estos encuentros, la problemática del transporte público fue una de las más destacadas en todos los espacios. Se señaló como dificultad la calidad del transporte (estado de unidades de transporte, horarios, accesibilidad, excesiva duración de los viajes por recorridos poco directos) como dificultad de la vida diaria y como impedimento para la vinculación social y la participación.

En relación a este tema, cabe consignar que aún son escasas las medidas de accesibilidad adoptadas en el transporte público, consistente en algunas unidades adaptadas para personas con ciertas limitaciones motrices con circulación céntrica en Montevideo. También en la capital y en algunas zonas del país se registran beneficios en los valores del transporte para los usuarios adultos mayores, aunque con limitación a jubilados y pensionistas. En Montevideo se registra la gratuidad del acceso al transporte público los días domingos y feriados para las personas mayores de 70 años.

Volviendo al problema del espacio público percibido como hostil, en el estudio Género y Generaciones (Berriel, Paredes y Pérez, 2006) el tema de la peligrosidad percibida surge, como un elemento que obstaculiza la utilización del espacio público en buenas condiciones. Esto surge más marcadamente en los sectores socio económicos bajos y también con relación al barrio en el que se reside, donde se considera que han aumentado las malas condiciones respecto al tema de la seguridad.

Estos datos son consistentes con los hallazgos de Filardo y otros (2008). Estudiando, mediante grupos de discusión por edad y nivel socioeconómico en Montevideo, la producción de sentido de los espacios públicos y la relación entre “clases de edad”, se concluye que “a medida que aumenta la edad de las personas, crece la referencia a un pasado mejor, la nostalgia de “un Montevideo más seguro”. Surgen lugares que cobran el sentido de “peligrosos” y que modifican los tránsitos urbanos y que se modifican respecto al pasado, cambian para transformarse en otros. Según estos autores, la fragmentación social se acrecienta y se generan “centros de inseguridad” donde las clases bajas los sufren y las clases medias y altas los evitan. (53)

Mientras en el sector socioeconómico medio, de acuerdo a este estudio, el “lamento por la pérdida del espacio público” aumenta con la edad, en el sector de ingresos bajos no se registran variaciones, el

énfasis de este “lamento” es igual de intenso. Para las personas de más de 60 años el “sujeto de inseguridad” fueron “los jóvenes”. (Filardo y otros, 2008: 50-51).

Transporte y peligrosidad del espacio público, dos elementos que para los adultos mayores, enton-

ces, están oficiando como obstáculos para la integración social, intergeneracional y para la participación social en diversas esferas.

Envejecimiento, vejez y cuidados

En el momento actual nuestro país se encuentra en una etapa de definiciones en cuanto a la creación de un Sistema Nacional de Cuidados, definiendo a las personas adultas mayores como una de las poblaciones prioritarias en el tema. Esto fundamenta la pertinencia de incluir un capítulo específico sobre elementos que aporten a la evaluación de la cuestión del cuidado de personas con distintos niveles de dependencia en un informe sobre el envejecimiento en Uruguay. Algunos elementos al respecto se han ido señalando en los capítulos anteriores y serán retomados en este apartado.

En primer lugar cabe definir los lineamientos en los que se puede enmarcar la consideración de esta temática en función de la información disponible y analizada para este informe. Es necesario contextualizar el tema en la heterogeneidad del envejecimiento que se ha señalado para poder ubicar en esa perspectiva los colectivos de personas mayores que tengan características relevantes para la consideración de sistemas y estrategias de cuidado, tanto como receptores como en calidad de prestadores de los mismos.

A nivel internacional, los diversos estudios longitudinales sobre envejecimiento (véase al respecto los clásicos trabajos de Lehr, 1988; Belsky, 1996; Fernández Ballesteros, 1996) coinciden en plantear que la población de adultos mayores no puede ser considerada como una población homogénea, pues a medida que avanza la edad, lo que predomina son los cambios y el aumento de las diferencias interindividuales. También coinciden en asignar a los prejuicios sociales imperantes la creencia en esta simplificación y homogeneización de las personas adultas mayores. Como se ha visto en los temas considerados previamente, en nuestro país esta heterogeneidad se aprecia en indicadores sociales, sanitarios y económicos diversos.

Esta heterogeneidad de la población adulta mayor debería incluirse como un insumo para la definición de acciones. En caso contrario, es decir, si se toma a las personas adultas mayores como una

población homogénea y dependiente que sólo debe ser asistida, se corre un alto riesgo de construir realidad sobre la base de una visión negativa y prejuiciosa desde la propia definición de la población a la que se orientarían acciones y políticas, así como de diseñar medidas que no se ajusten a las necesidades y especificidades de este grupo étnico.

A partir de la información relevada se pueden identificar dentro de las personas adultas mayores cuatro categorías para considerar el tema cuidados:

1. Población de adultas y adultos mayores con dependencia y discapacidad de carácter crónico. Personas que no son autoválidas y precisan cuidados continuos para sus actividades de la vida diaria (por ejemplo personas con enfermedad de Alzheimer, con discapacidades severas, etc.).
2. Población de adultas y adultos mayores con dependencia circunstancial o por tiempo potencialmente limitado. Personas que pierden su autovalidez por un período limitado de tiempo en el que necesitan cuidados continuos pero que pueden volver a recuperar niveles importantes de autonomía funcional con el apoyo social y sanitario necesario y adecuado (por ejemplo, personas que han sufrido accidentes, caídas con consecuencias de traumatismos, etc.).
3. Población de adultas y adultos mayores de mayor edad (old-old, en general mayores de 80 – 85 años), que son autoválidas, pero que debido a su edad avanzada pueden necesitar algún tipo de ayuda en actividades funcionales (hacer mandados, cambiar una lámpara de luz, pequeños arreglos domiciliarios, etc.). Estas tres poblaciones requieren de diferentes tipos de apoyos y cuidados y en tal sentido se incluye un apartado (5.1) que resume los principales datos sobre niveles de dependencia y autovalidez ya descritas en detalle en capítulos anteriores.
4. Existe una cuarta población que se debe contemplar dentro de un sistema de cuidados que refiere a las personas adultas mayores que ofi-

cian como cuidadores de familiares o allegados (cuidado de nietos, apoyo a sus hijos, cuidados de otros familiares, etc.). En general se trata de adultas y adultos mayores jóvenes (de 60–70 años).

En relación a este grupo de personas con participación activa en tareas de cuidado se incluye un apartado referido al rol de las personas mayores como cuidadoras (5.2).

Finalmente, el apartado 5.3 de este capítulo, incluye una sección que considera algunos datos de las cuidadoras y cuidadores de adultos mayores así como sobre la cobertura de servicios y se discuten algunos problemas actuales y futuros.

Panorama sobre necesidades de cuidados en las personas adultas mayores

La bibliografía internacional converge al señalar que en la población adulta mayor existe una mayor vulnerabilidad física y psicosocial, aumentando los factores de riesgo para mantener un pleno estado de salud respecto a la población en general. Los resultados de los principales estudios longitudinales y secuenciales de cohorte sobre envejecimiento también coinciden en señalar que sólo una pequeña parte de estas vulnerabilidades responden a cantidad de años que separan a las personas de su nacimiento, mientras que la mayor parte de las mismas están vinculadas a enfermedades, discapacidades y situaciones de desamparo, relacionadas a factores sociales y psicológicos, tales como estilo de vida, redes de apoyo, seguridad económica y social, protección familiar y psicológica, estado de salud subjetiva, etc.

En el plano estrictamente funcional, como se ha indicado en el capítulo referido a salud, la población adulta mayor de Uruguay se presenta mayoritariamente, sin niveles importantes de dependencia.

Por ejemplo, respecto a las disminuciones severas de las capacidades ligadas a lo perceptual y a la movilidad, los datos presentados en el Cuadro 3.11 dan cuenta de una buena situación de ese sector étéreo de la población. Si bien las enfermedades invalidantes en el plano perceptual presentan una mayor prevalencia en la vejez, estas afectan a un porcentaje bajo de este grupo. En el caso de la visión, donde se

encuentran las limitaciones más frecuentes, un 90% a los 60–64 años y un 81% en la franja superior a los 75 años no presentan limitaciones severas.

Respecto a las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y la Capacidad Funcional, se registra un incremento de limitaciones asociado al aumento de la edad al menos en todo el Uruguay urbano, sin registrarse diferencias significativas entre Montevideo e Interior (CEPAL, 2000). En ese contexto, los mayores de Montevideo en general presentan, según la encuesta SABE, menos limitaciones que el resto. Desglosando estos resultados por tramo de edad, se obtiene que el 86% de los adultos mayores montevideanos de 60 a 74 años no presenta limitaciones. Lo mismo sucede con el 73% de los mayores de 74 años (figura 3.13). Analizando las limitaciones por sexo, se obtiene que el 89% de los hombres y el 79% de las mujeres no presenta limitaciones en las ABVD.

La convergencia de los resultados obtenidos en las Encuestas SABE y ENEVISA permite sostener que los adultos mayores de Uruguay presentan una alta capacidad de independencia funcional, lo cual implica una posición favorable con respecto a los adultos mayores de la región.

Otra fuente que aporta datos relevantes para el tema que nos ocupa es la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. De acuerdo a la misma, la discapacidad tiene una prevalencia de 7.6% en el total de la población, lo que en cifras absolutas equivale a 210.400 personas. Se encontraron diferencias por sexo, siendo la prevalencia mayor en las mujeres: 8.2% frente a 7% en los hombres. Esta diferencia parece relacionarse a la ya señalada mayor incidencia de la discapacidad con la edad, fundamentalmente a partir de los 65 años, donde se ubica la mitad de la población que declara tener al menos una discapacidad, tal como puede apreciarse en la Figura 3.14.

Las principales discapacidades señaladas por la población total son las dificultades para caminar (31.3%), de visión (25%) y audición (13.6%). Tanto las discapacidades motoras como las visuales tienen mayor prevalencia en las mujeres (véase la figura 3.15).

Analizada la prevalencia de discapacidad en el grupo de 65 años y más, el 24,5% declara presentar al menos una discapacidad: 25,9% de las mujeres y 22,5% de los hombres (cuadro 3.18).

El hecho de que tres de cada cuatro personas de 65 años y más declare no tener discapacidad da cuenta de una situación positiva de los mayores de 64 años de Uruguay en relación al contexto regional como puede apreciarse en la figura 3.17.

Estos datos son congruentes con los resultados del estudio de Rossi y Triunfo (2004), quienes analizando los datos de la Encuesta SABE para Montevideo, encuentran que el 83% de los adultos mayores probablemente tengan una salud buena o muy buena, y solo un 17% podría tener una salud mala. Asimismo, identifican dos grupos más vulnerables a la mala salud: las mujeres y las personas con menos años de educación.

Estos datos refuerzan la importancia de considerar deferentes grupos de personas adultas mayores, según se sugiere al inicio de este capítulo, a los efectos de tener presente la existencia de una gran proporción de personas mayores plenamente autoválidas así como otras con limitaciones funcionales menores (como el grupo de los old-old autoválidos). Es entonces necesario señalar que estos grupos de la población no tiene los mismos requerimientos que las adultas y adultos mayores con dependencia o discapacidad de carácter crónico o circunstancial y por lo tanto no pueden tener el mismo tratamiento a la hora de definir acciones que busquen cubrir sus necesidades.

Otro punto por el que es importante considerar a los grupos de adultas y adultos mayores por separado de acuerdo a sus necesidades de cuidado o ayudas, reside en la necesidad de disociar el concepto de vejez del de dependencia y discapacidad, donde los datos presentados muestran que la dependencia y discapacidad crónicas si bien tienen una mayor incidencia en la vejez no es el factor común de este grupo de edad.

Según INE (2006), más del 17% del total de respuestas respecto al origen de la discapacidad, atribuyen el mismo al envejecimiento. Este porcentaje es mayor entre las mujeres (20,7%) que en los hombres (13,2%). Esta convicción parece fundada en un prejuicio negativo respecto a la vejez y el envejecimiento, los que resultan asimilados a la enfermedad y la discapacidad. Este dato orienta por tanto respecto a la necesidad de articular análisis y acciones respecto a los cuidados con los aspectos relativos a la imagen social del envejecimiento.

En cuanto a las discapacidades psicológicas y

cognitivas, los datos disponibles actualmente no permiten realizar una estimación clara de la cantidad de personas con deterioro cognitivo ni con un síndrome demencial en Uruguay, pues las cifras no son consistentes. No obstante, se estima que entre 16000 y 25000 serían las personas con demencia en Uruguay.

Un elemento que no puede dejar de considerarse en el tema salud, es que si bien en términos generales los hombres presentan mejores indicadores en su autopercepción en salud, también presentan mayores factores y conductas de riesgo. En los hechos, la población masculina vive menos que las mujeres, por lo que esta mejor percepción subjetiva podría estar vinculada a determinadas construcciones sociales de género.

En el tema salud, se puede concluir en términos generales que los adultos mayores uruguayos presentan un buen estado de salud, con una buena salud subjetiva, alto niveles de independencia funcional y baja prevalencia de discapacidad o de enfermedades limitantes. En ese sentido, los datos son convergentes. Los elementos que sitúan cierta vulnerabilidad en este tramo etéreo descansan en algunas de las características que presentan las redes sociales. Como ya fue señalado, son pocos los datos que pueden darnos una idea cierta de esta dimensión. En el capítulo 4 se presentaron los datos que permiten sostener que más de la mitad de los adultos mayores uruguayos vive en hogares que, entre unipersonales, bipersonales y multipersonales, no cuenta con integrantes de otras generaciones y que sólo algo menos del 30% de las personas mayores viven en hogares con más de dos residentes. Sólo algo más del 46% de los adultos mayores reside en hogares en los que hay al menos otro miembro del hogar perteneciente a otra generación. Esto aporta una visión clara en cuanto a las posibilidades reales de los adultos mayores que puedan necesitar puntual o regularmente apoyo y/o cuidado por familiares más jóvenes, puedan recibirlo.

Al tiempo que los varones adultos mayores tienen una mayor tendencia a vivir en pareja, las mujeres mayores presentan un acentuado decrecimiento de la proporción que vive en pareja e, inversamente, un incremento en la tendencia a vivir solas a medida que aumenta la franja de edad considerada. Teniendo en cuenta las relaciones con familiares con los que no se cohabita se ha señalado, siguiendo

do datos aportados por la encuesta ENEVISA, que dos tercios de los adultos mayores tiene algún hijo viviendo cerca, “el tercio restante presenta tres situaciones: el 23% no tiene hijos, el 7,4% tiene todos sus hijos viviendo en otro departamento del país y el 3% tiene todos sus hijos viviendo en el extranjero” (OISS, 2007:217). De acuerdo a esta misma fuente, el 82% de los adultos mayores se comunica con otros familiares con los que no conviven. Es muy bajo el porcentaje de población que no cuenta con apoyo de los hijos ni de otros familiares (1.2%), y la gran mayoría (89%) cuenta con el soporte de ambas redes.

Esta red centrada en la familia puede confirmarse al abordar la relación de los adultos mayores con amigos, lo que podría dar algún indicador de la fortaleza o debilidad de las relaciones sociales informales establecidas: Un 40% se reúne con amigos y un 22% lo hace con escasa frecuencia. Se destaca el 38% de encuestados que manifiestan no tener amigos. La carencia de redes de apoyo de amigos aumenta con la edad según esta fuente, y es más acentuada para la población femenina. Entre las personas de 80 años y más, el 39% de hombres y el 48% de las mujeres manifiestan no tener amigos. En palabras de Leticia Pugliese “si bien se puede pensar que esto es esperado por las pérdidas de los amigos de su edad, los valores parecen algo elevados” (OISS, 2006: 218).

Como puede apreciarse en las fuentes, los datos disponibles sobre las redes de apoyo son insuficientes y algo antiguos a pesar de la necesidad de conocer estos aspectos para orientar acciones pertinentes en diversos campos de políticas. Sin embargo, permiten situar un punto de central importancia para el establecimiento de estrategias de apoyo: la red social de los adultos mayores parece estar centrada fuertemente en la familia a la vez que se aprecia el factor de aumento de la vulnerabilidad que implica la soledad en las personas adultas mayores. Por último, cabe señalar que estos aspectos relativos a la red social se producen en el marco de una sociedad que, como fuera descrito en el capítulo 4, tiene una imagen marcadamente negativa de la vejez y el envejecimiento, lo que ofrece un contexto simbólico poco favorecedor de acciones innovadoras y dinamizadoras de la sociedad en relación al envejecimiento y el cuidado.

En síntesis, una política de cuidados abordará

una población adulta mayor con buenos indicadores de salud, autovalidez y autonomía, pero con dificultades serias en sus redes sociales y en el contexto de significación social de la vejez y el envejecimiento.

Adultas y adultos mayores como cuidadores

Muchas veces, al hablar de adultos mayores y cuidados se considera en forma automática a las personas adultas mayores como dependientes y necesitadas de cuidado. Si bien esta situación se encuentra en nuestras sociedades y puede aumentar su presencia en las edades más avanzadas, no puede dejar de considerarse además la situación de las personas adultas mayores como cuidadores, tanto de otras personas mayores como de enfermos, niños, niñas y discapacitados.

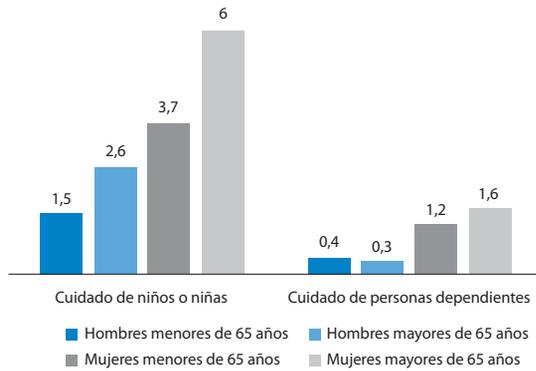
Es en el sentido descrito que la situación de las personas mayores va a ser analizada en este apartado, considerándolo desde el lado de los recursos de la comunidad y como sujeto activo del desarrollo. Para esto, se hace necesaria información de cuánto se recurre a las personas mayores a la hora de cubrir necesidades de cuidado.

Teniendo en cuenta que la información respecto al uso de los activos sociales de las familias a la hora de cubrir sus necesidades de cuidado es escasa y poco sistemática, a modo de una primera aproximación se puede utilizar el módulo de uso del tiempo libre y trabajo no remunerado de la Encuesta Continua de Hogares 2007 (INE, 2007) que brinda información interesante al respecto.

Si se considera el cuidado de niños, niñas o personas dependientes, no sólo la proporción de personas que realizan ayudas fuera del hogar es mayor entre los adultos mayores, sino que además no puede dejar de advertirse las diferencias de género, donde el cuidado recae en mayor proporción sobre las mujeres, tanto si éstas son mayores o menores de 65 años. Cabe además recordar los datos que se presentaron en el capítulo de adultos mayores y desarrollo social y económico, donde se señala que el 6% de los adultos mayores de Montevideo había declarado dedicar la mayor parte de sus actividades del día al cuidado de nietos (Berriel y Pérez, 2002). En el caso del Módulo de uso del tiempo y trabajo no remunerado (INE, 2007), se desprende que del total de personas mayores de 65 años, el 4,7% se dedicaba

a ayudas externas que suponían cuidado de niñas o niños. La desagregación por edades de estos grupos se pueden observar en el gráfico siguiente.

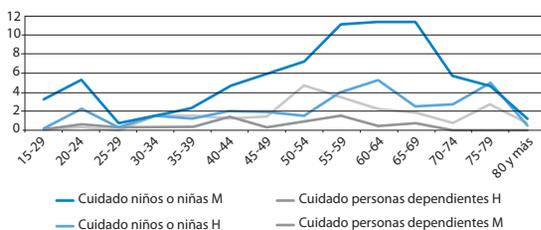
Figura 5.1. Porcentaje de personas que realizan ayudas externas por grupos etarios y sexo



FUENTE: Rodríguez y Rossel, 2009.

Si en lugar de considerar por grandes grupos de edades, la información sobre el cuidado es desagregada por años, surgen dos aspectos principales a destacar: En primer lugar, se mantienen las diferencias de género, pues tanto para el cuidado de niños y niñas cómo para el cuidado de personas dependientes, las mujeres siempre superan en proporción a los hombres. En segundo lugar, se destaca el hecho de que el cuidado de niños y niñas por parte de mujeres se despega a partir de los 55 años llegando a su valor máximo, casi 12% (11,4%), entre los 60 y 69 años.

Figura 5.2. Uso del tiempo en cuidado de niños o niñas y personas dependientes por sexos según edad (%)



FUENTE: Elaboración propia en base al Módulo del uso del tiempo y trabajo no remunerado, ECH (INE, 2007)

Para tener una mejor perspectiva del aporte de las personas mayores en lo que refiere a los cuidados, se hace necesario conocer en términos económicos

a cuánto asciende el mismo. Es decir, si se recurre a los adultos mayores como cuidadores, ¿cuánto ahorra la persona cuidada?, en otros términos, ¿cuánto se debería pagar por el cuidado de no tener a una persona adulta mayor como recurso? Esto refiere a quién sea el responsable de los costos del cuidado (individuo, familia o Estado) en caso de que este servicio deba adquirirse en el mercado.

Dado que no se dispone de información para la estimación de los costos del cuidado de niños y niñas, se procederá a realizar una estimación en función del tiempo que los padres pueden necesitar cubrir el servicio de cuidados, planteando un análisis en términos hipotéticos.

Si se tiene en cuenta la oferta del mercado en materia de educación inicial, se encuentran centros públicos, privados y mixtos, donde se aprecia de acuerdo a datos del año 2007, que el porcentaje de niños que asiste a establecimientos de cuidado infantil se incrementa considerablemente entre los 4 y 5 años, alcanzando entre los últimos casi el 95% del total.

Considerando además a los niños que no asisten a ningún centro de cuidado infantil (79% de 0 a 2 años, 49% de 3 años), cabe hipotetizar que las necesidades de cuidado son cubiertas por uno de los padres, por algún familiar, por alguien contratado específicamente para tal fin (niñeras).

Cuadro 5.1. Cobertura de asistencia a establecimientos de cuidado infantil, según edad de niños

Cobertura de asistencia a establecimientos de cuidado infantil según edad de los niños		
Edad de los niños	Asiste (%)	No asiste (%)
0 a 2 años	21	79
3 años	51	49
4 años	74	26
5 años	95	5

FUENTE: Santos, 2009

Si se considera por ejemplo el caso de una pareja con un hijo, si ambos miembros de la pareja permanecen insertos en el mercado laboral y bajo el supuesto de que el promedio de horas semanales de trabajo sea de 40 (8 horas por día), los padres necesitan entonces que alguien cuide al niño en el horario de trabajo. Si el servicio se adquiere en el mercado pero fuera de los establecimientos de cui-

dado infantil, entonces deberán destinarse recursos económicos para tal fin. En caso de que la familia no pueda cubrir sus necesidades de cuidado en base a la oferta del mercado es entonces que se activan las redes de apoyo familiar donde se recurre a algún otro familiar que pueda estar dispuesto a realizar tal tarea, la cual en ocasiones recae sobre los abuelos.

Es de esperar que la necesidad de cuidados varíe en función de la inserción educativa de los niños, donde si se considera un niño que asiste a la escuela durante 4 horas diarias, el cuidado se deberá desarrollar durante el resto de la jornada laboral de los padres, mientras que en el caso de los niños pequeños que aún no se encuentran masivamente insertos en el sistema escolar el tiempo de cuidados puede incrementarse.

No puede dejar de reconocerse que en lo que refiere a cobertura educativa de menores, el Estado ofrece alternativas a las familias como son por ejemplo los Centros CAIF, los cuales funcionan con frecuencia diaria o de una vez por semana, en jornadas de 8 horas o dos turnos de 4 horas y que pueden llegar a aceptar niños desde los 0 años. Esta oferta de cuidados, aparece como una solución a las familias que no pueden acceder a la oferta privada de jardines materno-infantiles y que de otra forma podrían ver restringida la posibilidad de ingresos familiares por la necesidad de reducción de la jornada laboral o salida temporal del mercado de trabajo para satisfacer las necesidades familiares de cuidado de menores cuando no existe la posibilidad de recurrir a las redes de apoyo familiar.

Siguiendo la línea de lo expuesto, cabe considerar la tasa de actividad de las mujeres jefas de hogar o cónyuges según la asistencia de los menores del hogar a centros educativos. Como puede observarse en el cuadro 5.2, tanto entre el grupo de menores de 0 a 3 años como en el de menores entre 4 y 5 años, es mayor la tasa de actividad de las mujeres si los menores asisten a centros educativos que en el caso de que éstos no asistan.

Parece entonces evidente que las mujeres pueden ver relegada su actividad laboral en función de la posibilidad de que sus hijos asistan o no a centros educativos en edades tempranas. En este sentido, cabe hipotetizar que aquellas mujeres que vean reducido el ingreso familiar o necesiten incrementarlo, tendrán la necesidad de salir al mercado laboral

Cuadro 5.2. Tasa de actividad de mujeres jefas o cónyuges según asistencia de menores en el hogar a centros educativos

	Menores entre 0 a 3 años de edad			Menores entre 4 y 5 años de edad		
	No asiste	Asiste	Total	No asiste	Asiste	Total
Tasa de actividad	57,9	78,0	62,9	46,8	66,9	64,2

FUENTE: Ídem

adquiriendo los servicios de cuidado en el mercado o a través de un familiar.

Si se tiene en cuenta que adquirir los servicios de cuidado en el mercado supone destinar recursos económicos al mismo, la ecuación aparece como menos beneficiosa donde “se trabaja para sustentar el cuidado”, por lo que aparece como la mejor alternativa la posibilidad de acceder al mismo servicio pero en forma gratuita.

Es entonces que adquiere un valor, actualmente no tangible, el cuidado que brindan las personas adultas mayores en calidad de abuelos u otro tipo de pariente cercano, donde destinan horas de su tiempo al cuidado de nietos y nietas como una transferencia a la familia. Es a través del apoyo de las personas adultas mayores por medio del cuidado que algunas familias pueden evitar la reducción de sus ingresos por el cese laboral de uno de los cónyuges o evitar la “fuga” de ingresos por destinar una parte del ingreso del hogar al cuidado de niños.

Como un intento de aproximación al ahorro de las familias que pueden acceder a un adulto mayor como cuidador, se realizaron tres estimaciones del tiempo dedicado por las personas mayores al cuidado de niñas y niños en base a la definición de tres escenarios. La variable utilizada para la definición de los escenarios es el tiempo dedicado al cuidado.

El primer escenario, de involucramiento extenso, supone unas 8 horas de cuidado, donde se estima que los abuelos cubren toda la jornada laboral de los padres. El escenario complementario supone 4 horas diarias entendidas como la contraparte de la jornada del niño que puede ser cubierta por centros educativos. Finalmente, para el caso del escenario de tiempo de cuidado reducido, se estiman cargas

horarias que pueden suponer una hora diaria, es el caso por ejemplo de un abuelo que retira a sus nietos del centro educativo, donde se estiman unas 5 horas semanales.

En el cuadro 5.3 pueden observarse los escenarios caracterizados en función de la variable que los define.

Cuadro 5.3. Los tres escenarios hipotéticos en función de horas dedicadas al cuidado

	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3
Variable Tiempo	8 horas diarias Extenso	4 horas diarias Complementario	1 hora diaria Reducido

Si se considera en función de la carga horaria lo que las familias deberían pagar de obtener dichos servicios en el mercado, se debe estimar el valor de la hora de este servicio. Se tomó para el cálculo de la hora base el monto del Salario Mínimo Nacional que al momento de elaborar el informe su valor es \$U 4.799 (Ministerio de Trabajo Social), lo que supone un valor de \$U 30 la hora.

En función de lo expuesto, se estiman los aportes diarios, semanales y mensuales por concepto de cuidado de niños y niñas para cada uno de los tres escenarios:

Cuadro 5.4. Gasto estimado diario, semanal y mensual del cuidado de niños, en pesos uruguayos, por familia

	Escenario Extenso	Escenario Complementario	Escenario Reducido
Diario	240	120	30
Semanal (5 días)	1200	600	150
Mensual (20 días)	4800	2400	600

Lo que se advierte, en lo que refiere al gasto mensual, es lo que sería el ahorro de las familias por concepto de cuidado en función del aporte que realizan personas adultas mayores al cuidado de niños.

Si bien los datos que se presentan son estimaciones, se puede considerar como una aproximación a las transferencias intergeneracionales de las perso-

nas mayores a otros hogares en materia de cuidados. Debe además tenerse en cuenta que la estimación realizada es la más conservadora posible, donde es poco esperable que en la realidad alguien cuide a un niño por \$U 30/hora. Sin embargo, se prefirió mantener una estimación mínima de base con el objetivo de acercarse a lo que sería el valor mínimo estimable posible, teniendo presente que, en caso de realizar una cuantificación más detallada, los valores manejados serán superiores a los presentados.

Si además de considerar el ahorro familiar en particular, o mejor dicho el ahorro de cada familia que puede acceder a las redes familiares de apoyo para no adquirir en el mercado privado el servicio de cuidados, se considera el ahorro de las familias uruguayas en general, de acuerdo a las personas mayores que declaran cuidar nietos y nietas, se obtienen los valores que se presentan en el cuadro siguiente. Los mismos son el resultado de multiplicar el gasto mensual estimado en cuidado de niños por la proporción de personas mayores de 65 años que declararon ser cuidadores de niños o niñas en el Módulo de uso del tiempo y trabajo no remunerado de la Encuesta Continua de Hogares (INE. 2007)

Cuadro 5.5. Cuantificación del aporte mensual en términos económicos de las personas de 65 y más que declaran cuidar niños o niñas fuera del hogar (en pesos uruguayos y por sexo)

	% cuidadores	Escenario Extenso	Escenario Complementario	Escenario Reducido
Mujeres de 65 y más años	6%	78.320.448	39.160.224	9.790.056
Hombres de 65 y más años	2,6%	22.265.069	11.132.534	2.783.134
Total de la población de 65 y más años	4,6%	99.437.722	49.718.861	12.429.715

FUENTE: Elaboración propia en base a: INE, 2007.

Como puede observarse en el cuadro anterior, el ahorro familiar por concepto de necesidades de cuidado que cubren las personas mayores de 65 años en el escenario reducido supera los 12 millones de pesos uruguayos, unos USD 621.486.¹ Si se considera el escenario Complementario, el ahorro

1. Tomando como valor del dólar \$U20, en función de los valores promedio al momento de elaboración del informe.

familiar por el aporte de las personas adultas mayores cuidadoras asciende a casi 50 millones de pesos uruguayos, lo que se estima en USD 2.485.943 mensuales. Si en cambio consideramos el escenario Extenso, el ahorro en cuanto a cuidados de niños y niñas ascendería a 99 millones y medio, lo que podría estimarse en casi 5 millones de dólares.

Si se introduce como dimensión de análisis el ingreso de los hogares y se considera la cobertura de centros de educación inicial por quintiles de ingresos, se advierte claramente como a la edad de los 3 años la cobertura presenta diferencias muy significativas donde a medida que aumenta el ingreso aumenta la cobertura en educación inicial. Los hogares de mayor ingreso per cápita tendrían mayor posibilidad de acceder a la cobertura de sus necesidades de cuidado a través del mercado, quedando las familias con menores ingresos con una posibilidad menor de cubrir dicha necesidad.

Cuadro 5.6. Evolución de la cobertura de los centros de educación inicial según quintil de ingresos per cápita del hogar

Edades	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
1995					
3	18,12	39,57	46,56	70,71	78,13
4	32,21	56,11	69,63	90,35	87,50
5	70,55	85,28	90,00	96,74	94,12
3-5	40,67	60,82	68,69	85,90	86,70
2000					
3	16,91	41,54	55,16	69,95	89,19
4	63,58	78,10	90,63	90,28	100,00
5	86,06	94,76	86,52	98,51	100,00
3-5	55,85	71,94	82,78	86,55	95,65
2005					
3	30,09	45,89	65,37	72,45	84,39
4	70,41	90,13	88,10	93,76	96,21
5	95,29	96,17	98,72	98,23	100,00
3-5	65,68	75,60	85,92	89,14	93,22

FUENTE: Santos, 2009

Puede suponerse en este sentido, que las personas mayores realizan transferencias intergeneracionales indirectas, contribuyendo al mantenimiento del nivel de ingresos de los hogares, probablemente

con mayor incidencia en los hogares de menores ingresos.

Es esperable que la situación descrita incremente su incidencia si se consideran hogares con un mayor número de niños o el caso de los hogares monoparentales, donde el abandono del mercado laboral o la reducción de la jornada en pos del cuidado de los niños aparecen como opciones menos viables. Las planteadas son hipótesis dado que no se posee información que permita verificarlas.

Finalmente, al igual de lo que sucede en el caso de mayores que cuidan niños, no existen datos precisos respecto de la situación de los mayores que cuidan a personas dependientes (que bien puede tratarse de otros adultos mayores o niños y niñas, jóvenes y adultos de otras edades), en cuánto a tipo de cuidado y tiempo dedicado. De todas formas, a los efectos de tener otra aproximación hipotética al monto económico que significa esa transferencia de los adultos mayores a las familias, se utilizará la misma metodología que la empleada para estimar el costo del cuidado de niños. Por tanto, se mantendrán los mismos tres escenarios hipotéticos de cuidado (una, cuatro y ocho horas diarias). En cada escenario se le pondrá a cada hora el mismo valor manejado anteriormente (30 pesos, en base al salario mínimo nacional) y se multiplicará por la cantidad de personas mayores que declaró tener a su cargo el cuidado voluntario de personas dependientes. En el cuadro 5.7 se presentan estos montos.

Cuadro 5.7. Cuantificación del aporte mensual en términos económicos de las personas mayores que declaran cuidar personas dependientes fuera del hogar (en pesos uruguayos)

	% cuidadores	Escenario Extenso	Escenario Complementario	Escenario Reducido
Mujeres de 65 y más años	1,6%	21.668.657	10.834.329	2.708.582
Hombres de 65 y más años	0,3%	2.569.046	1.284.523	321.131
Total de la población de 65 y más años	1,1%	23.778.586	11.889.293	2.972.323

FUENTE: Elaboración propia en base a: INE, 2007 y 2008

Según estos escenarios hipotéticos, realizados en base a cálculos conservadores, las tareas de cuidado de adultos realizadas por los propios mayores de 65 años estarían significando un ahorro a las familias uruguayas por mes de entre \$2.972.323 (148.000 dólares americanos) y \$23.778.586 (1.190.000 dólares americanos). Dicho de otra forma, estas cifras representarían lo que los mayores de 65 años podrían estar transfiriendo indirectamente por mes a las familias si los supuestos en los que se basan fueran acertados.

Algunas estadísticas internacionales han señalado que en el caso de algunas patologías como la enfermedad de Alzheimer, el tiempo dedicado al cuidado por parte del cuidador – familiar principal, oscila entre 4 y 7 horas diarias (Alzheimer’s Disease International, 2010). Teniendo en cuenta esto, la hipótesis de un escenario de cuatro horas diarias dedicadas al cuidado (escenario complementario) parecería ser ajustada en estos casos. Si se toma esa hipótesis como válida para el tema cuidado de personas mayores en general, el escenario complementario parece ser el más ajustado en tiempo. De esa forma, se puede considerar en \$11.889.293 (594.500 dólares americanos) la transferencia indirecta de los mayores a las familias por cuidados de los mayores.

Los escenarios hipotéticos planteados, tanto para el caso de los adultos mayores que cuidan niños y niñas, como los que cuidan personas dependientes, buscan poner de manifiesto un aspecto poco visibilizado cuando se considera a los adultos mayores en relación al desarrollo y las transferencias económicas.

En ese sentido, en el análisis de la situación de las personas adultas mayores en relación al desarrollo económico, se deberían complementar los clásicos indicadores con otros respecto a las transferencias económicas indirectas que realizan, ya sea desde el ahorro de las familias en el tema cuidados, como en los perfiles de consumo de bienes y servicios y su impacto en otras generaciones. Esto permitiría acceder a otras dimensiones de análisis a la hora de definir políticas públicas para este sector etario desde una perspectiva de integración, cooperación y solidaridad intergeneracional.

Cuidados y cuidadores de adultos mayores

Sandra Huenchuan en el año 2010, ha señalado tres aspectos centrales a tener en cuenta en relación a los cuidados. Primero, dada la posibilidad de existencia de deterioro en las condiciones económicas, de salud y en las redes sociales, las personas adultas mayores pueden experimentar una mayor necesidad de servicios de asistencia. En segundo lugar, el cuidado ha sido tradicionalmente una tarea asociada a las mujeres, las cuales vienen intentando reducir esa tarea, sin que exista un aumento del involucramiento de los hombres en el cuidado. Finalmente en tercer lugar, la familia y el mercado son quienes asumen las responsabilidades del cuidado en la vejez.

Por su parte, Karina Batthyány en el 2008, presenta cuál es la cobertura de las empresas de compañía respecto de los grupos etarios y observó que en dichas empresas de Montevideo, el 67% de los socios eran mayores de 65 años, en su mayoría mujeres con servicio mutual, los que a su vez constituyen el 60% de la población adulta mayor de Montevideo. Como bien destaca la autora, esto muestra que el servicio de acompañantes es un servicio masivo entre los mayores de 65 años.

Cuadro 5.8. Cobertura de las empresas de compañía sobre el total de la población montevideana por edad. Año 2006

Edad de Socios	Nº de socios	Individuos	Cobertura Poblacional
Menores 64 años	59.047	1.127.669	5%
Mayores de 65 años	119.123	198.299	60%
Total	178170	1.325.968	13%

FUENTE: Batthyány, 2008

Si se tiene en cuenta a su vez el sexo del personal de las empresas de compañía, el 73% del mismo son mujeres, donde no sólo se evidencia la feminización de esta actividad a nivel privado, sino que parece ser una extensión al mercado de una actividad que al interior de las familias tradicionalmente fue designada a las mujeres. (Batthyány. 2008)

Un aspecto que se hace importante destacar es que no es un requisito de muchas empresas de com-

pañía el conocimiento previo de temas vinculados a la salud, con lo que muchas de las personas que cuidan adultos mayores pueden no estar capacitadas para la tarea. La falta de profesionalización en los servicios de cuidados para personas mayores puede ser considerada como un problema y un indicador de un servicio deficitario; por otro lado cabe aclarar que el Estado en la actualidad no tiene exigencias o disposiciones al respecto.

Respecto a quienes son cuidadores de adultos mayores en el hogar, la mayoría son las mujeres del núcleo familiar y dada esta característica común, surgen diferencias que nacen en la realidad socio-demográfica y en las necesidades del adulto mayor.

Si se tiene en cuenta el estudio realizado por CEPAL en el año 2000 en base a las encuestas ENE-VISA, el 6,1% de la población encuestada declaró tener a su cargo el cuidado voluntario de personas mayores de 55 años que necesitan ayuda para actividades de la vida diaria. (CEPAL. 2000)

Como además puede advertirse en el cuadro siguiente, la gran mayoría de los cuidadores son mujeres, relación de género que siempre se confirma a la hora de analizar el cuidado, donde además la mayor proporción se registra entre los 55 y 64 años (60,5%).

Cuadro 5.9. Perfil de personas cuidadores voluntarios de adultos mayores de 55 años

Perfil de los cuidadores voluntarios		Porcentaje
Sexo	Hombres	32,5
	Mujeres	67,5
Edad	55-64	60,5
	65,79	37,2
	80+	2,3
Con cónyuge	Hombres	85,4
	Mujeres	45,4
Sin cónyuge	Hombres	14,6
	Mujeres	54,6

FUENTE: CEPAL, 2000, elaborado en base a datos de ENEVISA

Si una vez conocido el perfil de las cuidadoras se consideran los posibles efectos o consecuencias del cuidado a largo plazo y sin una preparación previa para la tarea, surge que entre las mujeres cuidadoras, el 36% se siente deprimida, porcentaje que entre

los hombres alcanza el 19%. Es también alto el porcentaje de mujeres que declararon sentirse cansadas 32,3%, el 24,4% declara no tener tiempo para el cuidado de sí misma, mientras que el 22,8% siente que deterioró su salud. Cabe destacar que entre los hombres estos porcentajes no se registran a niveles tan altos, aunque algunas situaciones generadas por el cuidado se destacan por sobre otras, siendo la sensación de depresión y cansancio las que acumulan los mayores porcentajes.

Un aspecto relevante a destacar es que estas circunstancias descritas y vividas por una persona en un momento determinado de su vida, hipotecan a futuro su propia vejez, en lo que refiere a la calidad de su envejecimiento. (CEPAL. 2000)

Cuadro 5.10. Población cuidadora por situaciones generadas por el cuidado de otras personas (%)

Situaciones generadas por el cuidado	Porcentaje del total de cuidadores hombres	Porcentaje del total de cuidadores mujeres
Tuvo que dejar de trabajar	11.2	6.1
Tuvo conflictos familiares	3.2	9.6
Tuvo problemas económicos	13.6	20.6
Falta tiempo para el cuidado de sí mismo	13.3	24.4
Se encuentra cansado	15.6	32.3
Dejó de realizar actividades físicas	9.2	14.2
Dejó de realizar actividades culturales / recreativas	6.0	29.0
Se sintió deprimido	19.5	36.0
Deterioró su salud	12.9	22.8

FUENTE: Ídem.

Aunque aun no puede sustentarse en datos confiables, un elemento a considerar en el perfil, refiere a los niveles de formación específica de las/os cuidadoras/es profesionales, voluntarios e informales. Es éste es un punto crítico a abordar con orientaciones que contemplen tanto la formación específica sobre

la tarea del cuidado cómo elementos de comprensión del envejecimiento, aportando elementos para combatir las visiones prejuiciosas, negativas y distorsionadas que atraviesan la sociedad, tal cómo fuera discutido en el capítulo precedente.

Tras una breve descripción de los cuidadores de personas mayores, cabe intentar responder a la pregunta de qué recursos económicos se deben destinar por parte de los individuos o las familias al cuidado de los mismos.

Una aproximación a los costos que supone el cuidado de terceros puede encontrarse en un estudio publicado por el Instituto de Seguridad Social (BPS) en el segundo trimestre del año 2009 que analiza el gasto de los hogares en servicio de cuidados a personas mayores. (Pugliese, 2009)

En el cuadro que se muestra a continuación, se advierte como la gran mayoría de los hogares que declaran consumo en cuidado gastan principalmente en servicios de acompañantes (96%), lo que supone un total de \$U 46.084.276, confirmando lo que ya fuera destacado anteriormente al respecto de la masividad de esta actividad.

Cuadro 5.11. Gasto total mensual y cantidad de hogares que declaran consumo de cuidados, según categoría de servicio de cuidado

	Gastos en cuidados En \$U	% Gasto en cuidados	Nº Hogares con gasto en cuidados	% Hogares con gasto en cuidados
Cuidado de adultos	15.187.623	22%	5.782	5%
Servicios de acompañantes	46.084.276	66%	117.870	96%
Residenciales de ancianos y discapacitados	8.612.521	12%	2.750	2%
Total	69.884.420	100%	123.046	

FUENTE: Pugliese, 2009.

Si se considera el gasto promedio mensual que supone para una familia destinar recursos económicos a cuidado de adultos, servicio de acompañantes, o residenciales de ancianos y discapacitados, se advierte que el servicio de acompañantes es el más económico al cual pueden llegar a acceder las

familias (\$U290). Al tener en cuenta los costos mensuales del cuidado, puede tenerse una idea de los valores mínimos de los cuales debería poder disponer una familia o un adulto mayor para poder acceder a servicios de cuidado, donde como todo servicio la calidad pasa a estar también asociada al costo.

Cuadro 5.12. Gasto total mensual y promedial de hogares que declaran consumo de cuidados, según categoría de servicio de cuidado

	Gastos en cuidados En \$U	Promedio por hogar	Mediana
Cuidado de adultos	15.187.623	2.627	1.500
Servicios de acompañantes	46.084.276	391	290
Residenciales de ancianos y discapacitados	8.612.521	568	300
Total	69.884.420	568	300

FUENTE: Pugliese, 2009.

Profundizando en el análisis de las diferencias que puede generar el acceso a cuidados en función del ingreso de las familias, a continuación se presenta el consumo de cuidados por quintiles de ingreso.

En primer lugar debe destacarse la relación positiva entre consumo de cuidado e ingresos, donde a medida que aumenta el quintil de ingresos aumenta el consumo de cuidados. Se hace a su vez interesante notar que cuando se consideran los diferentes tipos de cuidados, el acceso a servicios de acompañantes no presenta grandes diferencias entre los distintos quintiles de ingresos, aunque sí se observa como en el primer quintil los demás tipos de cuidado aparecen como inaccesibles.

Deben notarse en este punto, inequidades fuertes en lo que refiere a nivel de ingresos y posibilidades de acceso a servicios de cuidados en el mercado. Cabe aclarar que se destaca que es acceso a servicios porque en las familias que no puedan cubrir sus necesidades de cuidado en el mercado, éstas deberán ser cubiertas por los propios integrantes de la fami-

lia, donde como ya se desarrolló, el perfil del cuidador descansa en las mujeres de la familia, donde además se hipotecan actividades y oportunidades.

A pesar del acceso “aparentemente generalizado” a cuidados de acompañantes, cuando se observa la distribución por quintiles para cada tipo de cuidado, puede advertirse claramente como en los quintiles superiores se concentra la mayor proporción de consumidores de cuidado, dejando a los dos primeros quintiles con niveles relativamente bajos o casi nulos de acceso a este servicio. Se reitera el razonamiento recién esbozado, donde es la familia que tiene que cubrir los servicios que no puede adquirir en el mercado, acentuando diferencias sociales ya existentes en la actualidad y en el futuro (ver gráfico 5.15).

Por su parte, si se considera el cuidado en función de los integrantes del hogar, se advierte cómo a menor cantidad de integrantes, mayor es la demanda de cuidados. Si se tiene en cuenta que las mujeres sobreviven más a los hombres, la mayoría de los hogares unipersonales de personas adultas mayores

están compuestos por mujeres y que, como se dijo al inicio de este apartado, las redes sociales disminuyen en la vejez, las mujeres son las que están más expuestas a la posibilidad de necesitar cuidados y como ya se describió, tienen menores niveles de ingresos (ver cuadro 5.16).

En base a lo esbozado, cabe entonces tener en cuenta cuál es la situación de las mujeres en cuanto a necesidad de cuidados y posibilidad de cobertura de los mismos, ya sea accediendo a ellos mediante la compra de servicios en el mercado o por el recurso a las redes sociales de apoyo.

En este sentido, cabe considerar si no se está frente a otro tipo de vulnerabilidad que no ha sido tradicionalmente considerada por la política pública uruguaya. Al respecto, anteriormente se señaló una menor participación de las mujeres a lo largo de toda su vida en el mercado de trabajo, situación que se reitera en la vejez y donde el retiro por completo de la actividad laboral comienza a edades más tempranas a las asociadas tradicionalmente con la jubilación. Asimismo las mujeres aparecen con

Cuadro 5.15. Hogares que declaran consumo de cuidados, por quintiles de ingreso, según categoría de servicio de cuidado

	Quintiles de ingreso per cápita sin valor locativo					Total
	1	2	3	4	5	
Total de Hogares con algún consumo de cuidados	3.168	10.311	20.974	35.255	53.338	123.046
%	1,5%	4,9%	10,0%	16,8%	25,4%	11,7%
Total de Hogares	209.639	209.816	209.753	209.906	209.807	1.048.927
Distribución de hogares por tipo de cuidados para cada quintil de ingreso	1	2	3	4	5	Total
Cuidado adultos	0,0%	5,7%	7,2%	5,1%	3,5%	4,7%
Servicios de acompañantes	100,0%	93,3%	93,0%	95,7%	97,2%	95,0%
Residenciales de ancianos y disc,	0,0%	1,5%	1,0%	2,1%	3,1%	2,2%
Distribución de hogares por quintil para cada tipo de cuidados	1	2	3	4	5	Total
Cuidado adultos	0,0%	10,2%	26,3%	31,3%	32,3%	100,0%
Servicios de acompañantes	2,7%	8,2%	16,5%	28,6%	44,0%	100,0%
Residenciales de ancianos y discapacitados	0,0%	5,7%	7,6%	27,4%	59,3%	100,0%
Total de Hogares con algún consumo de cuidados	2,6%	8,4%	17,01%	28,7%	43,3%	100,0%

FUENTE: Pugliese, 2009.

Cuadro 5.16. Tamaño de hogares que declaran consumo de cuidados, según categoría de servicio de cuidados

	Número de personas en el hogar						Total
	1	2	3	4	5	Más de 5	
Número de hogares con algún consumo de cuidado	38.893	43.058	17.607	13.177	3.931	123.046	
%	18,9%	15,9%	8,1%	6,8%	6,8%	5,8%	11,7%
Total de Hogares	206.113	270.785	218.103	192.561	93.326	68.037	1.048.927
Distribución de hogares por tipo de cuidados para casa tamaño de hogar	1	2	3	4	5	Más de 5	Total
Cuidado de adultos	4,8%	4,5%	6,4%	3,7%	1,4%	7,9%	4,7%
Servicios de acompañantes	96,1%	97,1%	92,8%	95,7%	92,8%	97,8%	95,8%
Residenciales de ancianos y disc	2,2%	0,7%	4,2%	1,6%	9,6%	0,0%	2,2%
Distribución de hogares por tamaño del hogar para cada tipo de cuidados	1	2	3	4	5	Más de 5	Total
Cuidados de adultos	32,0%	33,3%	19,4%	8,4%	1,5%	5,4%	100,0%
Servicios de acompañantes	31,7%	35,5%	13,9%	10,7%	5,0%	3,3%	100,0%
Residenciales de ancianos y disc	31,8%	11,2%	27,2%	7,5%	22,4%	0,0%	100,0%
Total de Hogares con algún consumo de cuidados	31,6%	35,0%	14,3%	10,7%	5,2%	3,2%	100,0%

FUENTE: Pugliese, 2009.

menor cobertura en materia de jubilaciones, hecho relacionado con su inserción en el mercado laboral, y con un mayor peso de las pensiones en su ingreso en la vejez. En el mismo sentido, se mostró como el nivel de ingresos de las mujeres adultas mayores es relativamente menor al de los hombres.

Por otro lado las mujeres tienden a sobrevivir más a los hombres y presentan mayores niveles de viudez y permanencia en hogares unipersonales.

Dados estos factores y el hecho de que las redes sociales tienden a reducirse en la vejez, las mujeres aparecen con una probable mayor tendencia a la soledad y reducción de sus vínculos. Como se esbozó en el capítulo relativo a la salud, si se tiene en cuenta que con el aumento de la edad la incidencia de limitaciones en la capacidad funcional es mayor después de los 80 años, las mujeres entonces aparecen como las que presentarán mayores necesidades de cuidado. Siendo a su vez que disponen de menos recursos económicos, dicha necesidad aparece como más difícil de cubrir.

Teniendo en cuenta que el perfil de los cuidadores de adultos mayores es principalmente femenino, las mujeres jóvenes aparecen como la opción para ayudar a cubrir las necesidades de cuidado que las mujeres adultas mayores no pueden adquirir en el mercado. Esto genera la posibilidad potencial de afectar la inserción laboral actual de las mujeres jóvenes, reproduciendo el ciclo de menor acceso a ingresos por concepto de jubilación en el futuro y por lo tanto probabilidad de tener un ingreso menor.

Es en el sentido de lo expuesto que las necesidades de cuidado que no pueden ser cubiertas por el mercado y son trasladadas a las familias no sólo afectan a los adultos mayores de la actualidad, sino que posiblemente afectan a su vez a los adultos mayores del futuro y principalmente a aquellos de menores ingresos.

Síntesis analítica y conclusiones

Los datos y proyecciones poblacionales son muy claros respecto a los escenarios actuales y futuros de la estructura de edad en Uruguay: la presencia cada vez mayor de personas de edad avanzada conviviendo con otras personas más jóvenes, en proporciones similares. Esto implica que las personas vivirán más años, lo que puede ser considerado un indicador de desarrollo y éxito de una serie de políticas públicas. A su vez es una muy buena noticia para las actuales personas jóvenes, que serán estas personas viejas del futuro.

En este escenario de Uruguay y de Latinoamérica se desarrollará la sociedad del futuro. Planteadas así las cosas, una de las primeras preguntas que surgen es cómo se prepara la población uruguaya para eso. ¿Cuál es el lugar social que se le asigna a las actuales personas viejas? ¿Cuánta discapacidad social existe para llegar a ser viejos? ¿Cómo es el actual estado de salud de las personas mayores? ¿Qué pasa con la calidad de vida en la vejez? ¿Qué pasa con las relaciones entre las diferentes generaciones? ¿Cómo participan como sujetos de derechos las personas mayores?

Estas preguntas y varias más han sido abordadas implícitamente a lo largo del presente trabajo. A continuación se realiza una síntesis analítica del mismo, subrayando aquellos elementos que, a juicio de los autores, aportan insumos relevantes para planificar acciones y políticas públicas para construir una sociedad “para todas las edades”. Para un tratamiento mayor de cada tema, recomendamos revisar el respectivo capítulo y, eventualmente, las fuentes de datos citadas para una mayor profundización de cada tema.

Los adultos mayores y el desarrollo social y económico

En relación a la actual participación económica en la vejez, se señala un aumento de la misma en los últimos años, principalmente para las mujeres, donde aumentó la cantidad de gente mayor de 60 años em-

pleada, aumentando el porcentaje de personas mayores que permanece activa. A pesar de esto, existe una brecha de género que es ampliamente desfavorable para las mujeres en este tema.

Entre los motivos de continuidad en el mercado laboral, se destaca el interés por reforzar el presupuesto del hogar. Si bien la condición de pobreza no aparece como un determinante fuerte para la permanencia en actividad, sí lo es la necesidad de complementar los ingresos, donde la informalidad cobra mayor incidencia a medida que aumenta la edad y el tipo de inserción en emprendimientos por cuenta propia, con local o inversión o sin local o inversión, presentan un mayor peso con el aumento de la edad.

En relación a los niveles de seguridad social e ingresos en la vejez, se destaca como un aspecto altamente positivo el alto nivel de cobertura que presenta nuestro país, tanto por todo concepto de prestaciones contributivas y no contributivas, como si se restringe al análisis a pensiones o jubilaciones. Uno de los beneficios del sistema para la equidad, es la existencia de pensiones de sobrevivencia, que permite a las mujeres de estas generaciones acceder a prestaciones sociales. Esta amplia cobertura de seguridad social es un rasgo diferencial positivo de Uruguay en el marco de Latinoamérica.

Dentro de los adultos mayores la cobertura diferencial de las mujeres por sobre los hombres sólo presenta niveles de cobertura a favor de éstas para el caso de las pensiones, ya sea por sobrevivencia o pensiones a la vejez, siendo mucho mayor la proporción de mujeres que son beneficiarias de algún tipo de pensión por sobre los hombres. Los hombres en caso contrario, están mayoritariamente cubiertos por las jubilaciones. Las diferencias entre hombres y mujeres en estos tipos de cobertura se explican por la historia laboral, donde las mujeres muestran una menor participación económica a lo largo de toda la vida.

Un aspecto a resaltar es que las jubilaciones y las pensiones aumentan su peso en el ingreso total del

individuo a medida que aumenta la edad. Esto debe considerarse sumado al hecho de que en la vejez hay una pérdida de ingresos en materia individual y una disminución de la brecha de ingresos entre hombres y mujeres a medida que aumenta la edad. La pérdida del ingreso en la vejez aparece compensada por la disminución del total de personas por hogar, donde el 50% de los hogares de adultos mayores son unipersonales o bipersonales unigeneracionales, lo que contribuye a explicar los bajos niveles de pobreza registrados entre personas mayores, los cuales se explican mejor por el bajo número de personas por hogar, más que por el nivel de ingresos.

De los datos analizados en el respectivo capítulo, surge claramente que las personas mayores, permanezcan activas o no, constituyen una fuente de ingresos para el hogar, donde dicho nivel de ingresos puede suponer la diferencia entre caer por encima o por debajo de la línea de pobreza. Además, debe tenerse presente que los mayores, además de implicar una fuente de ingresos de carácter formal, aparecen como recurso económico de las familias por tener acceso a crédito en el mercado privado y a préstamos sociales.

Por último, dentro del capítulo sobre desarrollo se ha incluido un apartado sobre la formación de recursos humanos que realizan las universidades en la incorporación de las temáticas del envejecimiento y la vejez. Al respecto la situación actual aparece con un importante retraso en la capacitación de profesionales de las diferentes áreas sobre el tema, que sigue teniendo un lugar al menos secundario en la mayoría de las currículas formativas de las diferentes carreras de grado. En un país que tiene una gran presencia de personas mayores, la cual va a aumentar en los próximos años, queda pendiente aún el desarrollo de una política de formación integral y amplia en el tema, así como la inclusión del mismo en las currículas educativas terciarias. Esto debería ser objeto de políticas específicas.

Salud y bienestar de las personas mayores

El conocimiento claro y preciso sobre las condiciones de salud y enfermedad de la población es un insumo básico para definir políticas en el tema. Sin embargo en este aspecto existe una importante dificultad metodológica para evaluar cabalmente

la situación, pues la mayoría de datos disponibles se basan en auto-reportes por encuestas, siendo la información clínica escasa y fragmentada. La información por auto-reportes, si bien en algunos casos puede producir insumos muy relevantes (como el “estado de salud subjetiva”), en general solo permite tener una aproximación al tema. A modo ejemplo, la prevalencia de hipertensión en la población adulta plantea dos escenarios diferentes según las cifras obtenidas por auto-reportes (donde la persona puede tener hipertensión pero no saberlo) o por datos clínicos. Por tanto este tipo de información no debería ser el principal insumo para la definición de políticas.

Por otra parte, existen diferentes datos sobre un mismo tema que no son congruentes entre sí, como en el caso de las demencias, donde los tres estudios disponibles plantean escenarios diferentes, que a su vez no conciben con los datos internacionales de consenso. A su vez, existen áreas de gran sensibilidad para la salud de las personas mayores donde no existen registros disponibles, como en el caso de los trastornos funcionales de memoria o en depresión y ansiedad. Estas situaciones hacen que sea muy difícil diagnosticar cabalmente la prevalencia de estos trastornos, cuantificarlos, a los efectos de diseñar políticas de abordaje. Lo mismo sucede con los datos sobre salud positiva, área donde la información es más fragmentada y casi inexistente. Estos aspectos deberían ser tenidos en cuenta a la hora de producir nuevos estudios y datos.

Con la información disponible en relación al tema salud, una de las primeras conclusiones es que, en términos generales, los adultos mayores de Uruguay presentan una buena situación de salud. Incluso la misma se presenta como muy buena en el contexto regional, en casi todos los indicadores comparados. Los riesgos para la salud más importantes parecen provenir de las áreas psicosociales, vinculadas principalmente a los entornos y a las construcciones sociales de la vejez. Esto también debería ser considerado para la elaboración de políticas en la materia, desarrollando el concepto de salud positiva, o sea como capacidad y no como ausencia de enfermedad, a los efectos de elevar la calidad de vida de la población. Las mismas deberían complementarse con acciones específicas focalizadas para los grupos de personas mayores en diferentes situaciones de riesgo (discapacidad, soledad,

exclusión social, entre otros)

Del análisis de las tasa de mortalidad y morbilidad se desprende que, acompañando su transición demográfica avanzada, Uruguay ha tenido también una transición epidemiológica según la cuál, la mayor mortalidad infantil, de jóvenes y adultos, se desplaza a mortalidad a los grupos de mayor edad, disminuyendo la incidencia de enfermedades infecciosas en favor de un predominio de enfermedades crónicas no transmisibles. Así, las cinco principales causas de muerte de las personas 60 y más años de Uruguay son las enfermedades del sistema circulatorio (41,92%), tumores (29,94%), enfermedades del sistema respiratorio (12,56%), síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte (10,18%) y enfermedades del sistema nervioso central (5,39%). Estas causas explican más del 80% de las muertes de los mayores del año 2008. (Paredes, Ciarniello y Brunet, 2010).

Las causas de muerte predominantes son diferentes según el sexo: en las mujeres tienen mayor incidencia las muertes por enfermedades del sistema circulatorio, los síntomas anormales y las enfermedades del sistema nervioso. En cambio, en los hombres es mayor la causa de muertes por tumores y enfermedades del sistema respiratorio. Respecto a la prevalencia de enfermedades, más de la mitad de los adultos de 65 años y más (52,2%) declara no tener ninguna enfermedad crónica.

La situación de los adultos mayores también es favorable respecto a la incidencia de enfermedades que implican limitaciones físicas, principalmente si se la compara con el contexto regional, pues la mayoría de los adultos mayores de Uruguay no presenta limitaciones permanentes en visión, audición y movilidad. Lo mismo sucede con la capacidad de independencia funcional, donde el 80% las mantiene plenamente.

No obstante, debe tenerse presente que existe un grupo de personas mayores que sí padece discapacidades y limitaciones importantes o severas en su capacidad de independencia funcional. Si bien este grupo es reducido en porcentaje, el mismo implica a muchas personas y familias en términos absolutos. Debido a los niveles de sufrimiento y vulnerabilidad que implican patologías y discapacidades desde la perspectiva de la pérdida de calidad de vida, debería contemplarse este grupo desde políticas socio-sanitarias específicas.

En relación a los estilos de vida y hábitos de la población joven y adulta (25 a 64 años), en más de la mitad (56,8%) de ellos se han detectado tres o más factores de riesgo, siendo casi ínfimo el porcentaje (2,7%) que no presenta factores de riesgo. Este grupo poblacional presenta tasas elevadas de sedentarismo, obesidad e hipertensión.

Respecto al estilo de vida de las personas adultas mayores, existen algunos factores de riesgo, tales como la falta de actividades físicas y el sobrepeso. A pesar de esto, la población de 60 años y más presenta menos factores de riesgo que la población 25 a 64 años. No existen datos de si estos factores de riesgo obedecen a pautas culturales definidas para las diferentes edades, o si hacen a pautas culturales de una generación que se mantienen en el tiempo. Si fuese lo primero, sería de esperar un cambio positivo en la generación más joven a medida que envejezca. Si por el contrario el escenario fuese el segundo, de no producirse acciones en el mismo, sería de esperar que la salud de las futuras generaciones mayores fuese peor que la de las actuales. Este es otro ámbito que debería ser abordado desde acciones específicas de investigación e intervención.

Un tema a tener en cuenta es que, cuando se habla de factores de riesgo, se habla en relación a las enfermedades médicas prevalentes tales como hipertensión, tumores, etc., las que dependen en gran medida del estilo de vida (actividad física, alimentación, etc.). En el caso de los adultos mayores, diversos estudios han identificado una serie de factores que se podrían denominar de “riesgo psicológico”, tales como ansiedad, depresión, trastornos de memoria, falta de proyección al futuro en el marco de mucho tiempo libre, imágenes negativas de vejez, entre otros (Alzheimer’s Disease International, 2009; Berriel, Paredes y Pérez, 2006; Fernández – Ballesteros, 1996; Jané-Llopis & Gabilondo, 2008; Pérez, 2009; Salvarezza, 1988; Zarebski, 2005). Estos elementos deberían considerarse en la planificación de acciones. No hacerlo, implica una acción en sí misma, que limita el abordaje a una perspectiva bioquímica o asilar.

Tal como fue planteado, el tema salud y enfermedad mental de los adultos mayores en nuestro país es un área donde existen pocos datos y, los existentes, no siempre son congruentes entre sí. Si se observan los indicadores clásicos definidos para este tema, se puede apreciar muy claramente la con-

cepción subyacente de salud como ausencia de enfermedad y ente estanco, no procesual. En el caso de las personas mayores, estas concepciones centrales asignan lugares desde la “salud” que se relacionan muy bien con el modelo deficitario de la vejez, de los cuales muchos mayores son portavoces, como se analizará en el siguiente apartado. Esta concepción de salud como ausencia de enfermedad, debería ser revisada si se pretende definir políticas centrales de promoción de salud -incluida la salud mental- para este grupo etario, diferenciándose de políticas específicas de abordaje de grupos vulnerables, ya sea en el tratamiento como en la rehabilitación.

Respecto a las enfermedades mentales, existe un grupo de patologías que tienen mayor prevalencia según la literatura internacional, pero que no es posible definir cifras claras para nuestro país. Tal es el caso de las demencias, los trastornos cognitivos, la depresión y la ansiedad. Es muy difícil planificar una política de abordaje específico si no se cuenta con datos confiables que permitan cuantificar el fenómeno y planificar el escenario. Ante la ausencia de datos, el abordaje actual en este tema sigue siendo fragmentado, mayoritariamente curativo y farmacológico. Como ya fue planteado antes, este tipo de abordaje en el mundo ha demostrado ser totalmente ineficiente tanto desde la perspectiva económica, como desde los resultados en salud.

Existen también un conjunto de trastornos mentales, tales como los trastornos funcionales de memoria, que afectan a las personas en varios aspectos funcionales su vida cotidiana. En el ámbito científico no es clara aún la evolución de este tipo de trastornos (si son una entidad en sí misma o un estadio previo de un deterioro mayor). A su vez, existe evidencia empírica respecto a que el tratamiento psicosocial temprano de los mismos pueden mejorar mucho la calidad de vida de las personas. Resulta extraño que la OMS y la OPS, así como los manuales de indicadores sobre patologías no los incluyan. Desde el sistema de salud, hasta el momento no hay un abordaje definido, pues muchas veces son confundidos por profesionales no capacitados en temáticas del envejecimiento, como “algo propio de la vejez”. Esto debería tenerse presente a la hora de elaborar propuestas de prevención.

Un tema que sí está estudiado es las muertes por suicidio en nuestro país. Las cifras en este caso son muy poco favorables para las personas mayores

de nuestro país, principalmente los hombres: Uruguay presenta la tasa más alta de América Latina en el grupo de 60–69 años (27,1 cada 100.000) y la segunda en el grupo de 70 y más (36,1), detrás de Cuba. Tres de cada cuatro suicidios son cometidos por hombres y la tasa es más alta en el interior que en Montevideo.

La elevada tasa de suicidio en mayores de Uruguay es coherente con las elevadas cifras de depresión en sus diferentes modalidades, entre los mayores. Según la forma de medición, la misma tendría una prevalencia de entre 16% y 28% en los adultos mayores de 60 años de Montevideo. Teniendo en cuenta los perfiles de los suicidios, no sería de extrañar que en el interior esta prevalencia fuese mayor. Esto debería ser analizado en profundidad en futuros estudios con base epidemiológica clínica.

El estudio “Género y Generaciones” en su fase cualitativa con adultos mayores, a pesar de no tener entre sus objetivos estudiar el tema del suicidio, encontró algunos datos significativos en los hombres adultos mayores de Montevideo. Se observó que aquellos que presentan una visión negativa de la vejez y el futuro, con temores vinculados a enfermedad, discapacidad y dependencia, conciben la muerte, incluido el suicidio, como forma de evitar el sufrimiento y la humillación. Estos aspectos ponen de manifiesto que una política de prevención debería contemplar el tema de los mensajes sociales y las imágenes de la vejez, y por tanto, el lugar asignado socialmente a esta etapa etaria.

En relación a la salud mental, queda planteada la necesidad de construir, en futuros estudios, indicadores propios sobre salud mental positiva. Con los indicadores utilizados para este análisis, se obtiene que existe mayoritariamente un buen estado de salud subjetiva en los mayores de Montevideo: 57% de las mujeres y el 69% de los hombres declara tener una buena salud. Lo mismo sucede con la sensación de bienestar y con la autoestima, que con las modalidades de evaluación utilizadas, obtuvieron respuestas mayoritariamente positivas. Por su parte la categoría de estrés, en el 60% de las personas mayores evaluada como baja o nula.

Esta buena auto-percepción de salud de los adultos mayores montevideanos es coherente con el buen estado de salud general de los mismos, con un alto grado de independencia funcional y poca carga de discapacidad. En este escenario, en general las

mujeres tienden a tener una auto-percepción menos positiva que los hombres en todos los indicadores señalados. Esto es congruente con los datos por sexo sobre auto-percepción corporal y sexualidad.

Un tema que no deja de sorprender es la casi inexistencia de estudios nacionales que incluyan el tema de la sexualidad de los adultos mayores. Teniendo presente que la agenda de investigación sobre los derechos sexuales y reproductivos se ha incrementado en los últimos tiempos, la casi inexistencia de la vejez en la misma o, por el contrario, la poca inclusión de estos derechos en la agenda de investigación central sobre envejecimiento, parecería ser un buen analizador del lugar de ausencia que la sexualidad en la vejez ocupa en el imaginario colectivo dominante. Los investigadores y los ejecutores de políticas parecería que no han sido ajenos al mismo.

Las actuales generaciones de adultos mayores tampoco son ajenas a estas concepciones dominantes, pues mayoritariamente presentan una formación y concepción muy rígida sobre la sexualidad desde un modelo un modelo que asimila masculino = activo y femenino = pasivo, con poca información sobre la sexualidad y su propio cuerpo. Existen dos variables que han demostrado ser relevantes para considerar el tema: nivel socioeconómico (NSE), que incluye la escolaridad, y sexo. Al respecto, las personas de baja escolaridad y las mujeres aparecen como la población que vive más rígidamente este modelo.

Mientras que los hombres de esta generación mayor en general plantean haber vivido una sexualidad placentera, las vivencias de las mujeres son diferentes según el nivel socioeconómico: mientras que en las mujeres de nivel socioeconómico bajo aparece la vivencia de una sexualidad no tan placentera a lo largo de la vida y vinculada a la reproducción, en las de NSE alto aparecen otros aspectos que hacen una valoración de su sexualidad como satisfactoria y valorada. Los anteriores aspectos sobre la sexualidad son congruentes con la mayoritaria percepción que presentan los adultos mayores de una imagen corporal y un cuerpo, que es más positiva en los hombres, en las personas de nivel socioeconómico y escolaridad alta, y en los menos viejos. Estos datos se interpretan a la luz de la construcción social de estos componentes psíquicos.

Respecto al conocimiento y apropiación de sus

derechos sexuales y reproductivos, en estas generaciones mayores es casi inexistente, principalmente en las personas de nivel socioeconómico bajo y en las mujeres. Este tema debería ser incluido en la agenda política sobre sexualidad y envejecimiento, desde una perspectiva de derechos.

Finalmente en el tema de la atención y accesibilidad en salud, la reforma del sistema de salud es potencialmente un elemento altamente positivo, principalmente en la concepción de cambio de modelo de atención. Uno de los desafíos a enfrentar en el tema envejecimiento y vejez es la capacitación del personal de salud en estos temas y la protocolización de la atención a las personas mayores, desde una perspectiva de derechos. Como se planteó anteriormente, en función del perfil de patologías prevalentes, así como de los aspectos de salud y calidad de vida a promover, el abordaje debería contemplar una articulación entre los servicios sociales y los de salud, en el marco de una política sociosanitaria.

Entornos favorables para el envejecimiento

La temática de los entornos favorables para el envejecimiento y las personas mayores es, tal vez, el área prioritaria menos desarrollada en nuestro país, no solamente en el campo del diseño, desarrollo, implementación y evaluación de las políticas, sino especialmente en el campo de los relevamientos, producción de datos e investigación. Las dificultades de abordar satisfactoriamente este tema han sido señaladas con anterioridad (p.e. CELADE 2006; Paredes, Ciarnello y Brunet 2010), y han sido constatadas para nuestro país en el curso de la elaboración de este informe. Entre otros componentes de esta dificultad se han subrayado la inconsistencia o falta de continuidad o directamente la falta de relevamiento y ordenamiento de datos mediante los instrumentos existentes (Paredes, Ciarnello y Brunet, 2010) y la amplitud y complejidad de temas que abarca, lo que implica que “su tratamiento —sobre todo lo referido a los entornos sociales— requiere la producción y análisis de datos cualitativos” (CELADE, 2006: 113), escasamente producidos y considerados por agencias oficiales de información. Todos estos problemas fueron encontrados en el relevamiento realizado para producir este trabajo.

El peso de los adultos mayores, su presencia so-

cial, se puede apreciar al considerar la composición de los hogares uruguayos. Casi el 40% de las residencias en el país tiene al menos un adulto mayor entre sus integrantes y un 37% de los jefes de hogar son adultos mayores.

Los arreglos y estrategias residenciales y familiares en Uruguay conlleva algunas paradojas: Por un lado implica que un gran número de habitantes son o conviven con una persona adulta mayor, por lo que la relación con la temática del envejecimiento, y más específicamente con la vejez, tiene elementos de altísima presencia de hecho, aunque coexistiendo con una baja integración y visibilidad social. Por otro lado, aproximadamente la mitad de los adultos mayores no conviven con otras personas adultas mayores, lo que implica que el ámbito intra hogar a menudo no favorezca el encuentro entre pares etéreos, con el consabido perjuicio de ver dificultados algunos procesos psicológicos como la reminiscencia y socio culturales como la asistencia a espectáculos y eventos sociales. En tercer término, también la mitad aproximada de personas mayores no vive en su residencia con integrantes de otras generaciones, por lo que el relacionamiento intergeneracional no encuentra tampoco en el hogar un ámbito propicio, al menos en muchos casos.

Una característica de los arreglos residenciales de las personas mayores en Uruguay es la gran proporción de hogares unipersonales si se compara con la realidad latinoamericana. Esto es mucho más común en mujeres, hecho que se incrementa al avanzar la edad de las personas y tiene implicancias, como ya se expresara al hablar de desarrollo, en cuanto a las redes informales de apoyo. Las mujeres tienen tendencia a vivir solas a medida que aumenta su edad, en tanto en los varones esto no es tan acentuado. Se identifica una tendencia masculina a formar parejas más marcada a edad avanzada que en las mujeres, no sólo como reflejo de las características sociodemográficas conocidas, sino también relacionado con una diferente relación con la institución matrimonio y familia vinculada a la identidad de género de estas generaciones.

Los arreglos familiares y de convivencia muestran también modificaciones en función del nivel socioeconómico de los adultos mayores. Los sectores de menores ingresos presentan una tendencia a la convivencia de varias generaciones más frecuente que los otros sectores, lo que parece vincularse a

estrategias de supervivencia y adaptación a limitaciones económicas graves, hecho al que no estarían “obligados” los sectores de mayores ingresos, transformando en mucho menos frecuente esta opción. Estrategias de supervivencia y arreglos familiares guardan por tanto relación con la distribución de la riqueza y con la significación social de la vejez, de la familia y la identidad de género.

Se aprecia que si bien es alta la presencia de adultos mayores que habitan en viviendas propias, esta no es de las situaciones más elevadas de la región. Por otra parte, los adultos mayores en general, y los de bajos ingresos en particular, presentan dificultades para mantener en condiciones adecuadas las residencias en las que viven.

Es común que las personas mayores centren gran parte de su campo de actividad, en acción y pensamiento, en el ámbito doméstico y familiar y que, por contrapartida, las relaciones con amigos y amigas tiendan a perder peso con la edad en términos generales. En ese contexto, la relación con los hijos resulta de las más importantes relaciones de “intercambios de apoyos” que surgen en los relevamientos disponibles. La familia es la institución y el ámbito más valorado por los adultos mayores en nuestro país, a veces prescindiendo de la cualidad real de dichas relaciones.

A pesar de la escasez de estudios de la relación de los adultos mayores con los espacios públicos, se ha investigado la percepción que de los mismos tienen las personas mayores. La percepción de peligrosidad de los espacios públicos es alta entre los adultos mayores, siendo especialmente elevada entre los sectores más pobres de estos grupos etéreos. Particularmente, se percibe como fuentes de peligro a los jóvenes en el marco de los espacios públicos. La adecuación de los espacios públicos es todavía insuficiente según declaraciones de los propios ejecutores de políticas.

También el transporte colectivo es considerado poco adaptado a sus necesidades y de mala calidad por parte de los adultos mayores. Tanto este problema, como la percepción de peligrosidad de los espacios públicos se perciben como obstáculos a la participación de instancias sociales y culturales.

En el campo de los apoyos estatales se han identificado 16 programas y acciones regulares directos y 77 indirectos, a los que hay que agregarle los implementados actualmente por el MIDES (4

directos). En la esfera departamental se registran 117 programas y acciones regulares. No se cuenta con criterios, sistemas ni procedimientos claros de evaluación desde la mayoría de los programas en cuanto a la eficacia y el impacto de los mismos, lo que representa un problema mayor al momento de disponer de una imagen realista en esta esfera de los apoyos sociales.

Puede advertirse, sin embargo, que hay dos grandes áreas que presentan mayor nivel de cobertura tanto a nivel nacional como departamental. Por un lado se encuentran las prestaciones de tipo “tradicional” donde las transferencias económicas y la salud ofrecen en términos generales niveles altos de cobertura de toda la población adulta mayor, aspectos que han sido desarrollados en los capítulos respectivos, aunque con problemas de accesibilidad a la plenitud de los beneficios de las prestaciones.

En otro sentido, dentro de un tipo de prestaciones no tradicionales se encuentran las destinadas a fomentar la participación y la inclusión social, ya sea promoviendo la organización y asociatividad, las actividades recreativas, deportivas e intergeneracionales. Los programas mencionados atienden a otro tipo de necesidades de la población adulta mayor que además tienden a considerarlo como sujeto activo dentro de la sociedad a la vez que sujeto de derecho. Es en este último grupo de políticas en las que menos se cuenta con criterios objetivos y accesibles de evaluación, por lo que resulta muy difícil considerar el verdadero impacto de las mismas en general y en muchas de las políticas específicas en particular.

Debe además reconocerse otro grupo de programas que son aquellos que no tienen como base a los jubilados y pensionistas, es decir que integran a aquellos que en épocas pasadas quedaron por fuera de los sistemas formales, donde se los reconoce como colectivos vulnerables y que deben ser alcanzados por la política social. (Tejera, R. 2009).

Además de los problemas señalados en cuanto a la evaluación de los programas, se constata que estos adolecen de problemas de articulación solamente matizados por coordinaciones en aspectos puntuales. Suelen encontrarse duplicaciones y verdaderas superposiciones y paralelismos de acciones y programas en diversas áreas y zonas del país.

El problema del abuso, la violencia y el maltrato a los adultos mayores se halla aún escasamente re-

levado. Surgen, sin embargo elementos indicativos de que los sectores más pobres y las mujeres serían los grupos de personas mayores más vulnerables. Es en estos grupos, por ejemplo, donde encontramos las mayores manifestaciones de temores por la seguridad en los espacios públicos. Los escasos estudios específicos realizados, aún muy incipientes, permiten suponer que el abandono sería la principal forma de ocurrencia de maltrato, sin embargo el país se debe estudios más sólidos y sostenidos en este campo.

En cuanto a la participación social organizada de las personas mayores se aprecia un creciente dinamismo de las organizaciones en los últimos 30 años. La forma organizacional “Clubes de Abuelos” y similares sufre una alta atomización que debilita su impacto y su rol de ámbito de participación e incidencia social, a pesar de mostrar alto potencial integrador. Las Asociaciones de voluntariado crecen y se consolidan en los últimos años. Por su parte las Asociaciones de Jubilados captan la mayor proporción de adultos mayores, ampliando también su campo de acción, como lo ejemplifica sus tareas de voluntariado y cogestión con el Estado, como es el caso de la pesquisa de beneficiarios del Hospital de Ojos por ejemplo, que se agregan a sus acciones políticas y reivindicativas.

En cuanto a la imagen social del envejecimiento, se aprecian dos modelos coexistentes de envejecimiento. Uno denominado modelo tradicional que vincula a la vejez con la pasividad, el declive, la dependencia, la heteronomía, la enfermedad, las “fallas” en el cuerpo en aspectos funcionales y estéticos y el temor a la soledad, lo que lleva a constituir la en una categoría contra la que defenderse mediante la autoexclusión de la misma (los viejos son otros). Otro, paradigma emergente, implica ideales de libertad más activos, especialmente para las mujeres, la idea de que la disposición subjetiva puede incidir en la modalidad de envejecer, la relación directa entre la actividad y el buen envejecer, la importancia de la información como instrumento de incidencia en la modalidad de envejecimiento, la mayor riqueza de la red vincular y social asociada a un mejor envejecimiento, todo ello articulado con algunas “virtudes tradicionales” de la vejez como la serenidad y la experiencia. Esta coexistencia de dos paradigmas conlleva nuevas tensiones entre las personas mayores y las personas que envejecen en este

contexto. Además, plantea interrogantes en cuanto a los riesgos de promover esquemática y dogmáticamente un nuevo modelo, más inclinado por un envejecimiento activo, pero igualmente modelizador y homogeneizante.

Resumidamente, puede afirmarse que la vejez es valorada negativamente en la sociedad uruguaya, lo que conlleva grandes dificultades para las generaciones que aún no han llegado a la vejez para proyectarse en ella y para vincularse fluidamente con las personas mayores, a la vez que implica un posicionamiento de autoexclusión de la vejez en los propios adultos mayores, partícipes de esta visión negativa de la misma.

Existe una alta presencia demográfica de los adultos mayores, pero a la vez con una reclusión en el hogar y un aislamiento generacional importante de la mayoría. Una alta proporción de los adultos mayores, la mayoría mujeres, viven solos y solas. Son una minoría los adultos mayores que muestran una participación social activa, a pesar de que la misma tiene una relevancia social alta pero de escasa visibilidad. Las mujeres sostienen muchas actividades de transferencias de recursos sociales varias y junto con los sectores de menores ingresos muestran aspectos claros de tendencia a la vulnerabilidad en este grupo etéreo. Estos elementos, junto a los indicios de situaciones de abuso, maltrato y abandono, a una percepción de peligrosidad del espacio público y de los jóvenes por parte de los adultos mayores, a una imagen social negativa de la vejez y a niveles bajos de articulación de políticas configuran una situación que implica la necesidad de situar los derechos económicos, sociales, culturales y ambientales de las personas mayores en el centro de la agenda social del país en articulación con otros campos de problemáticas como el género, los sistemas de cuidados, el sistema de salud, la equidad social, entre otros.

Envejecimiento, vejez y cuidados

Actualmente nuestro país se halla definiendo las características que tendrá un sistema nacional de cuidados, incluyendo un componente específico referido a los adultos mayores. A los efectos de caracterizar a la población de personas adultas mayores respecto al tema del cuidado se definieron cuatro grupos:

1. Población de adultas y adultos mayores con dependencia y discapacidad de carácter crónico.
2. Población de adultas y adultos mayores con dependencia circunstancial o por tiempo potencialmente limitado.
3. Población de adultas y adultos mayores de mayor edad (old-old, en general mayores de 80 – 85 años).
4. Existe una cuarta población que se debe contemplar dentro de un sistema de cuidados que refiere a las personas adultas mayores que offician como cuidadores de familiares o allegados.

La situación de los adultos y las adultas mayores es relativamente positiva en términos de salud. Esto es así en primer lugar respecto a la incidencia de enfermedades que implican limitaciones físicas, principalmente si se la compara con el contexto regional, pues la mayoría de los adultos mayores de Uruguay no presenta limitaciones permanentes en visión, audición y movilidad. Lo mismo sucede con la capacidad de independencia funcional, en tanto el 80% las mantiene plenamente.

Los riesgos para la salud más importantes parecen provenir de las áreas psicosociales, vinculadas principalmente a los entornos y a las construcciones sociales de la vejez tales como empobrecimiento de las redes e imagen negativa de la vejez y el envejecimiento. Esto también debería ser considerado para la elaboración de políticas en la materia, desarrollando el concepto de salud positiva, o sea como capacidad y no como ausencia de enfermedad, a los efectos de elevar la calidad de vida de la población. Esto debería complementarse con acciones específicas focalizadas para los grupos de personas mayores en diferentes situaciones de riesgo (discapacidad, soledad, exclusión social, entre otros).

No obstante, debe tenerse presente que existe un grupo de personas mayores que sí padece discapacidades y limitaciones importantes o severas en su capacidad de independencia funcional. Si bien este grupo es reducido en porcentaje, el mismo implica a muchas personas y familias en términos absolutos. Debido a los niveles de sufrimiento y vulnerabilidad que implican patologías y discapacidades desde la perspectiva de la pérdida de calidad de vida, debería contemplarse este grupo desde políticas socio-sanitarias específicas en forma descentralizada y articulada entre acciones de apoyo social y sanitario desde los primeros niveles.

En relación a la discapacidad en la vejez, al igual que sucede con la dependencia funcional, la misma tiene una mayor prevalencia con el aumento de la edad. No obstante, debe tenerse presente que, si bien existe una mayor incidencia de varias patologías en la vejez, tres de cada cuatro mayores de 65 años plantea no tener ninguna discapacidad.

Por otra parte, muchas personas mayores desempeñan roles relevantes como cuidadores de personas de distintas franjas etáreas, lo que debe ser incorporado en la política tanto para el desarrollo de apoyos a estos cuidadores como para articular esfuerzos con estos recursos hoy activos con una relevancia social y económica tan alta como invisibilizada por la naturalización de estas acciones sociales.

Por último, cabe decir que al concebir un sistema integrado de cuidados sería adecuado contemplar también una escala de servicios que incluyan desde el cuidador personal a otros de tipo institucional (como Residenciales, Centros de Día, Referentes Zonales). Esto a su vez, para articularse con los recursos socio comunitarios disponibles y con las otras políticas respecto al envejecimiento y la vejez, debería ser contemplado desde un visión de territorio ya que existe una enorme diversidad en el mismo y en las necesidades locales.

Consideraciones finales en torno al tema de la investigación en envejecimiento y vejez

Un resultado colateral pero importante de la realización de este informe lo constituye una visión sobre el estado de la investigación en la temática que nos ocupa. Una primera constatación es que el Estado no ha jugado un papel relevante en la constitución de líneas de investigación consistentes en la temática del envejecimiento. Estas se han desarrollado a partir de instancias académicas a veces apoyadas por oficinas nacionales de organismos internacionales o compitiendo en el campo nacional por fuentes de financiación sin ningún tipo de soporte en líneas prioritarias que destaquen al envejecimiento a pesar de la realidad demográfica de nuestro país.

En el campo de la salud gran parte de la investigación en temas de vejez y envejecimiento se ha financiado por parte de la industria del medicamen-

to, con el consiguiente sesgo de los focos de interés de los estudios.

Esto ha dado lugar a la carencia de un número importante de equipos estables de investigadores. Se aprecia a partir de la revisión bibliográfica la abundancia de investigadores “ocasionales” de temas relativos al envejecimiento y las personas mayores, con las consiguientes dificultades en los procesos de acumulación y consolidación de líneas y programas de investigación. Los grupos estables de investigadores en estas temáticas son pocos y cuentan con recursos humanos y materiales reducidos, lo que compromete sus posibilidades de producción.

Otro problema constatado es la escasa interacción sistemática entre los grupos de investigación. Esto se aprecia en la existencia de datos contradictorios que no se ponen en discusión en los textos disponibles, en la abundancia de “citas de cortesía” en varios trabajos de investigación que no dan cuenta de un estudio profundo y sistemático del trabajo de los otros grupos o directamente en la inexistencia de referencias cruzadas entre los estudios. Estos aspectos, de no ser revertidos, pueden comprometer el avance del conocimiento científico de temas cruciales para el desarrollo de políticas y acciones cardinales.

Para revertir estas dificultades en el campo del conocimiento del envejecimiento en Uruguay, además de la toma de conciencia del problema por parte de los propios actores académicos, parecen ser necesarios apoyos y estímulos específicos jerarquizados desde las agencias de financiación de la investigación, las instituciones universitarias y otras instancias estatales, así como la incorporación en la agenda de la sociedad civil organizada del control social del trabajo académico en este campo.

Referencias

- Albala C, Lebrão ML, León EM, Ham-Chande R, et al.(2005) Encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE): metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health, 2005, 17(5/6): 307 - 322
- Amaral R, Di Filippi M, Panza R, Tron S, Tulio C y Vázquez A (2007) Abordaje interdisciplinario sobre abuso y maltrato en la vejez. En Envejecimiento, memoria colectiva y construcción de futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano y I Uruguayo de Psicogerontología. Montevideo: Psicólogos Universitario.
- Alzheimer's Disease International (2010) World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. London: Alzheimer's Disease International. Disponible en URL: http://www.alz.org/news_and_events_world_alzheimers_day.asp (citado en octubre de 2010)
- _____ (2009) Informe mundial sobre el Alzheimer 2009. Resumen Ejecutivo. Londres: Alzheimer's Disease International.
- ASDI-CEPAL (2010) El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe, Separata. Disponible en URL: <http://www.cepal.org/celade/envejecimiento> (citado en octubre de 2010)
- Bagnulo H, Haretche A y Serra J (2008) Disyuntivas para la asignación de prioridades en el gasto público social. El gasto público en salud y en tecnologías aplicadas para la extensión de la vida. En: Calvo JJ y Mieres P (Edit., 2008) Nacer, crecer y envejecer en Uruguay. Propuestas concretas de políticas de población. Montevideo: UNFPA / RUMBOS
- Batthyány K (2008): "El cuidado de los adultos mayores en los hogares de Montevideo. Algunos elementos para el debate", En: artículo presentado a la Mesa de diálogo: Sistema de cuidados. ¿Quién cuida? ¿Quién debería hacerlo?, Red Género y Familia
- Berriel, F. (2010) Estudio de la significación social del envejecimiento en Uruguay. Presentación realizada el 9 de setiembre de 2010 en la Universidad de la República, en el Coloquio Regional de Expertos "Envejecimiento, Género y Políticas Públicas" (En prensa)
- Berriel F, Paredes M. y Pérez R. (2006) "Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez". En: López A. (Coordinadora, 2006) Reproducción biológica y social de la población uruguaya Tomo I Estudio Cualitativo. Montevideo: Trilce. Cap. 1, pp. 19 - 124.
- Berriel F y Pérez R (2006) Imagen del cuerpo y producción de sentidos. Estudio con adolescentes, jóvenes, adultos y adultos mayores de la ciudad de Montevideo, Uruguay. Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales. Nº 23. Vol. 6 (3) Agosto de 2006: 65 - 82
- _____ (2002). Adultos Mayores Montevideanos: Imagen del cuerpo y red social. Revista Universitaria de Psicología, agosto de 2002, 2(1): 25- 42, Universidad de la República
- BPS - AGSS. Asesoría General en Seguridad Social - Asesoría Económica y Actuarial (2010): Indicadores de la seguridad social. Disponible en URL: www.bps.gub.uy (recuperado en octubre de 2010)
- CEPAL - CELADE. Comisión Económica para América Latina y el Caribe - Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (2006) Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. Santiago: Naciones Unidas. Disponible en URL: www.eclac.org/publicaciones/xml/0/28240/W113_1.pdf (citado en octubre de 2010)
- CEPAL (2000) Cómo envejecen los uruguayos. Montevideo: CEPAL. Disponible en URL: http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/2/LCMVDR185Rev2/Parte_201y2.pdf y en http://www.eclac.cl/publicaciones/Montevideo/2/LCMVDR185Rev2/parte_203.pdf (recuperado en octubre de 2010)
- Consorcio EUROsocial Salud (2008) Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad: adulto mayor y dependencia. Documento Técnico. Disponible en URL: www.eurosocalsalud.eu/files/docs/00648.pdf (recuperado en octubre de 2010)
- _____ (2008b) Dossier Uruguay del Documento: Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad: adulto mayor y dependencia. Disponible en URL: <http://www.eurosocalsalud.eu/files/docs/00358.pdf> (recuperado en octubre de 2010)
- Cruz A y Pérez L. (2006) Adultos mayores en Uruguay: actores del voluntariado y del servicio cívico. Montevideo: ICD.
- El País (2009, 16 de junio) Ciudades. Derechos. Piden a la

- ONU que tenga en cuenta al adulto mayor. Derechos. Uruguay colabora en elaborar una convención (Por MARÍA EUGENIA LIMA) Extraído de URL: <http://www.elpais.com.uy/090616/pciuda-423718/ciudades/piden-a-la-onu-que-tenga-en-cuenta-al-adulto-mayor>, el 13 de octubre de 2010 a las 16:35 hs.
- Engler T y Peláez M (2002, eds.) Más vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur. Washington: BID. Disponible en URL: www.iadb.org/document.cfm?id=1600266 (citado en octubre de 2010)
 - Fernández, A.M. (1994) La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Bs. As.: Paidós.
 - Fernández - Ballesteros, R. (1996) Psicología del envejecimiento: crecimiento y declive. Lección inaugural del curso académico 1996 - 1997 de la Universidad Autónoma de Madrid. Madrid: UAM.
 - Filardo V, Muñoz C, Aguiar S, Chouhy. Noboa, et. al. (2008) Informe de la Investigación Usos y apropiaciones de espacios públicos de Montevideo y clases de edad. Montevideo: Departamento de Sociología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de la República. Disponible en URL: <http://www.rau.edu.uy/fcs/soc/Publicaciones/Informes/InfInv40.pdf>
 - Huenchuan, S (2010) Envejecimiento y género: acercamiento a la situación de las mujeres mayores en América Latina y a las recomendaciones internacionales en el tema. Presentación realizada el 9 de setiembre de 2010 en la Universidad de la República, en el Coloquio Regional de Expertos "Envejecimiento, Género y Políticas Públicas" (En prensa)
 - Huenchuan S y Paredes M (2006) Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas. Montevideo: Trilce
 - INE - Instituto Nacional de Estadística (2010a) Análisis de la antigüedad en el empleo. Encuesta continua de hogares 2006 y 2008. Montevideo, INE. Disponible en URL: www.ine.gub.uy (recuperado en octubre de 2010)
 - _____ (2010b): Encuesta Continua de Hogares 2009. Disponible en URL: <http://www.ine.gub.uy/microdatos/microdatosnew2008.asp#ech> (recuperado en octubre de 2010)
 - _____ (2008) Anuario estadístico. Disponible en URL: www.ine.gub.uy (recuperado en octubre de 2010)
 - _____ (2007) Encuesta Continua de Hogares. Módulo de uso del tiempo y trabajo no remunerado. Disponible en URL: www.ine.gub.uy (recuperado en octubre de 2010)
 - _____ (2004) Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad. Informe final. Montevideo: INE. Disponible en URL: www.ine.gub.uy/biblioteca/discapacidad/discapacidad.pdf (recuperado en octubre de 2010)
 - Instituto de Neurología (1992) Prevalencia de las principales enfermedades neurológicas en una población de Uruguay. Rev. Méd., Uruguay, 1992; 8: 191-205
 - Jané-Llopis E & Gabilondo A (Eds., 2008). La salud mental de las personas mayores. Documento de consenso. Luxemburgo: Comunidad Europea.
 - Kluver, C (2009) "Algunos indicadores sobre pensiones no contributivas - pensión vejez", en Comentarios de Seguridad Social, Nº25, octubre-diciembre. Montevideo: BPS.
 - Lazo, A. y Pereira, C. (2009) "Análisis de cobertura del régimen previsional uruguayo 1996-2008", en Comentarios de Seguridad Social, Nº 24, julio-setiembre. Montevideo: BPS.
 - Leopold, LV (1999) Formación profesional. El caso de la Gerontología. Estudio de necesidades y aportes para un diseño curricular. 1ra. Edición. Montevideo: Multiplicidades. (Tesis de Maestría en Gerontología)
 - Lorenzo Otero J y Fontán Scheitler J (2003) Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. Rev Med Uruguay 19: 4-13
 - Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC. (2005) Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. Rev Panam Salud Publica. 2005;17(5/6):353-61.
 - MSP - DGS Ministerio de Salud Pública - Dirección General de Salud (2010) Mortalidad por Causa y Sexo Años 2003 a 2008. Disponible en URL: <http://www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3791,18262> (recuperado en octubre de 2010)
 - _____ (2010b) Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles- 2006. Presentación de resultados para paso 2 y 3. Montevideo: MSP. Disponible en URL: http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_4533_1.html (recuperado en octubre de 2010)
 - _____ (2010c) Informe Epidemiológico ITS -VIH/ Sida. Montevideo: MSP. Disponible en URL: http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_4704_1.html (recuperado en octubre de 2010)
 - _____ (2009) Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Montevideo: MSP. Disponible en URL: http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_2894_1.html (recuperado en octubre de 2010)
 - _____ (2006) Guías de prevención y detección de factores de riesgo de conductas suicidas. Montevideo: MSP. Disponible en URL: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?3021,16946 (recuperado en octubre de 2010).
 - MSP - PNSM Programa Nacional de Salud Mental (2010)

- Presentación pública realizada por el Dr. Lizardo Valdez el 17 de julio de 2010 en el marco del Día Nacional para la Prevención del Suicidio. Disponible en URL: www.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4222,18917 (Recuperado en octubre de 2010)
- Naciones Unidas (2002) Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Nueva York: Naciones Unidas.
 - Nuñez I (2009) Algunos indicadores de salud en personas mayores. En: Comentarios de Seguridad Social Nº 22 Enero - Marzo 2009. Montevideo: BPS, pp. 39 - 56. Disponible en URL: www.bps.gub.uy/.../2009/.../Comentario_20ene-feb-mar-202009.pdf (recuperado en octubre de 2010)
 - OISS. Organización Iberoamericana de Seguridad Social (2007), "Situación y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico", Proyecto sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en los países del Cono Sur, Madrid.
 - _____ (2006) Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico. Material editado en CD.
 - OMS-Organización Mundial de la Salud (2010) Estadísticas sanitarias mundiales 2010. Francia: OMS. Disponible en URL: www.who.int/whosis/whostat/2010/es/index.html (recuperado en octubre de 2010)
 - _____ (2009) Salud mental: un estado de bienestar. Disponible en URL: www.who.int/features/factfiles/mental.../index.html (recuperado en octubre de 2010)
 - OMS - World Health Organization (2005) Preventing chronic diseases: a vital investment. Switzerland: WHO. Disponible en URL: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html (recuperado en octubre de 2010)
 - OPS - Organización Panamericana de la Salud (2010) Mortalidad por suicidio en las Américas. Informe regional. WashingtonDC: OPS. Disponible en URL: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=5047 (citado en octubre de 2010)
 - _____ (2009) Estrategia y plan de acción sobre salud mental Washington DC: OPS
 - _____ (2001) Encuesta Multicéntrica. Salud, Bienestar y envejecimiento (SABE) en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS
 - Paredes, M (2008) Estructura de edades y envejecimiento de la población. En: Varela C [coord.], Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI, Montevideo: Trilce.
 - Paredes M, Ciarniello M y Brunet M (2010) Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto de Latinoamérica. Montevideo: Lucida Edit.
 - Pellegrino, A (2008) La población y el crecimiento. En: Varela C [coord.], Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI. Montevideo: Trilce.
 - Perdomo, S (2009a) "Oferta pública de programas sociales de protección a las personas adultas mayores", en MIDES, Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. Montevideo; MIDES
 - _____ (2009b): "Los programas sociales para las personas adultas mayores en las Intendencias Municipales", en MIDES, Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. Montevideo: MIDES
 - Pereira, C (2010) Mecanismos aplicados en Uruguay para alcanzar altos niveles de cobertura a las edades mayores. Comentarios de Seguridad Social, Nº27, abril-junio 2010. Montevideo: BPS.
 - Pérez Fernández, R (2010) El caso de la enfermedad de Alzheimer en las políticas de salud. Presentación realizada el 9 de setiembre de 2010 en la Universidad de la República, en el Coloquio Regional de Expertos "Envejecimiento, Género y Políticas Públicas" (En prensa)
 - _____ (2009) La Dimensión Psicológica de los Recuerdos y los Olvidos en Mujeres Mayores con Queja Subjetiva de Memoria. Un estudio desde la perspectiva de las participantes de un programa universitario de salud. Montevideo: Facultad de Enfermería, UR. Tesis de Maestría en Salud Mental no publicada.
 - _____ (2004) El campo de la Psicogerontología en Uruguay. Revista de Psicogerontología Tiempo (revista electrónica) octubre de 2004 (citado el 13 de octubre de 2004), (15): Disponible en URL: <http://www.psicomundo.com/tiempo/tiempo15/>
 - Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2009) Reporte Social 2009 - Principales características del Uruguay social. Montevideo: Presidencia de la República
 - Pugliese, L (2008a) "Servicios de cuidados domiciliarios a los adultos mayores. Una perspectiva desde el Sistema de Seguridad Social. (Primera parte)", en Comentarios de Seguridad Social, Nº 19, abril-junio, Asesoría General en Seguridad Social, BPS, Montevideo.
 - _____ (2008b) "Empoderamiento, participación y asociatividad de los adultos mayores en Uruguay. Una aproximación descriptiva", en Comentarios de Seguridad Social, Nº20, julio-setiembre, Asesoría General en Seguridad Social, BPS, Montevideo.
 - _____ (2009) "Servicios de cuidados domiciliarios a

- los adultos mayores. Una perspectiva desde el Sistema de Seguridad Social. Estudio de Gasto de los Hogares en estos cuidados”, en Comentarios de Seguridad Social, Nº23, abril-junio, Asesoría General en Seguridad Social, BPS, Montevideo.
- Pugliese L y Santos S (2008) Los programas del banco de previsión social desde una perspectiva de género. En: Comentarios de Seguridad Social, Nº 21, octubre-diciembre. Montevideo: BPS
 - Rodríguez F y Rossel C (Coord., 2009) Panorama de la vejez en Uruguay. Montevideo: UNFPA / IPES
 - Rossi M y Triunfo P (2004) El estado de salud del adulto mayor en Uruguay. Documento de trabajo No. 14/04. Montevideo: Dep. Economía, FCS, Universidad de la República
 - Salvarezza, L. (1988) Psicogeriatría, teoría y clínica. Bs. As.: Paidós.
 - Scardino A (2007) El envejecimiento poblacional y sus implicancias. Comentarios de Seguridad Social Nº 16. Julio - Setiembre 2007. Montevideo: BPS
 - Santos, S (2009) Los servicios de cuidado para niños, niñas y adolescentes relativos a la educación en el Uruguay. Comentarios de Seguridad Social, Nº27, abril-junio 2009. Montevideo: BPS,.
 - Tejera, R (2009) “Políticas de adulto mayor: periodos expansivos y ejes de desarrollo, en MIDES, Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento. Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. Montevideo: MIDES
 - Trylesinski F (2007) Encuesta Nacional de Hogares Ampliada 2006. Los uruguayos y la salud: situación, percepciones y comportamiento. Montevideo: INE-UNFPA
 - UNIPS-CLAEH (2005) Relevamiento de programas y políticas sociales del Uruguay. Montevideo: IIN-CLAEH.
 - Vega E, González J, Llibre J y Ojeda M (2009) Trastornos mentales en Iso adultos mayores. En: Rodríguez J, Kohn R y Aguilar-Gaxiola (Edit., 2009) Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS, pp. 243 - 255.
 - Zarebski G (2005) El curso de la vida: Diseño para armar. Trabajo psíquico anticipado acerca de la propia vejez. Mecanismos y efectos en el modo de envejecer. Tesis doctoral. 1ra. Edición, Bs. As.: Universidad Maimónides Científica y Literaria.
 - Zunzunegui MV, Pinzón SA, Béland F., Pantelides EA, Albala C y Prats O (2002) Estado de salud, capacidad funcional y necesidades. En: Engler T y Peláez M (edits.) Mas vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur. Washington DC: BID, pp. 149 - 175. Disponible en URL: www.iadb.org/document.cfm?id=1600266 (citado en octubre de 2010)
 - Zunzunegui MV, Pinzón SA, Engler T, Pantelides EA, Albala C y Prats O (2002) Condiciones y estilos de vida. En: Engler T y Peláez M (edits.) Mas vale por viejo. Lecciones de longevidad de un estudio en el Cono Sur. Washington DC: BID, pp. 105 - 123. Disponible en URL: www.iadb.org/document.cfm?id=1600266 (citado en octubre de 2010)

