

Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento

Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio



mides

Ministerio de Desarrollo Social
Dirección Nacional de Políticas Sociales
Área de las Personas Adultas Mayores

Avda. 18 de Julio 1453, Piso 1
CP. 11200 Montevideo, Uruguay
Tel.: (598 2) 400 03 02* interno 1162
Fax.: (598 2) 400 03 02*
adultomayor@mides.gub.uy
<http://inmayores.mides.gub.uy>

mides
construyendo futuro

inmayores
Área de las Personas Adultas Mayores



Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento | Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio

Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento

Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio

mides
construyendo futuro

inmayores
Área de las Personas Adultas Mayores

mides
construyendo futuro

inmayores
Área de las Personas Adultas Mayores

Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento

Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio

Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento

Primer Debate Nacional sobre Políticas
Sociales, Envejecimiento y Territorio

Agradecimientos

Fondo de Población de Naciones Unidas

Juan José Calvo
Karina Batthyány
Federico Yañez

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) División de Población

Sandra Huenchuan

Ministerio de Salud Pública

Ministra María Julia Muñoz
Subsecretario Miguel Fernández Galeano

Banco de Previsión Social

Ernesto Murro

Ministerio de Desarrollo Social

Directora de Coordinación Territorial
Leonor Soria

Funcionarios de las Oficinas Territoriales del Ministerio de Desarrollo Social, representantes de gobierno, gobiernos departamentales y la sociedad civil de todo el país que difundieron, apoyaron y participaron en el Primer Debate Nacional de Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio, que mediante su colaboración hicieron posible la realización de este proceso de trabajo.

Instituciones participantes

Ministerio de Desarrollo Social

Oficinas Territoriales

Mesas Interinstitucionales

Consejos Sociales:

- Canelones
- Cerro Largo
- Colonia
- Durazno
- Flores
- Florida
- Lavalleja
- Maldonado
- Montevideo
- Paysandú
- Río Negro
- Rivera
- Soriano
- Tacuarembó

Ministerio de Salud Pública

Banco de Previsión Social

Universidad de la República

Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay

Congreso Nacional de Intendentes

Índice general

Prólogo.....	9
Introducción	11
Capítulo 1	
Proceso de trabajo.....	13
Capítulo 2	
Videokonferencia. En busca de la Equidad Generacional.....	17
Mesa de Apertura	17
Mesa 1. Ministerio de desarrollo Social. Algunas consideraciones emergentes	23
Mesa 2. Las transformaciones demográficas y el proceso de cambio social.....	30
Mesa 3. Políticas de envejecimiento en Uruguay.....	41
Discurso de finalización de la Videokonferencia.....	50
Capítulo 3	
Territorio en un proceso de debate.....	55
Capítulo 4	
Las políticas públicas desde un enfoque de envejecimiento.....	59
Oferta pública de Programas Sociales de protección a las Personas Adultas Mayores.....	59
Introducción	59
Área de Intervención de los Programas	61
Área de intervención de los programas indirectos.....	61
Consideraciones sobre el marco conceptual de políticas selectivamente orientadas a las personas adultas mayores	62
Área de intervención de los programas directos	64
Situación socioeconómica de la población beneficiaria	66
Programas indirectos.....	66
Programas directos.....	67
Período de creación de los programas directos	69
Tamaño de los programas directos.....	70
Aspectos Institucionales: ejecución de los programas y gestión de los recursos	72
Programas indirectos.....	72
Programas directos.....	72
Consideraciones finales	73
Bibliografía.....	75
Los programas sociales para las personas adultas mayores en las intendencias municipales	76
Introducción	76
Los programas sociales para las personas adultas mayores en las intendencias municipales	76
Operativa territorial de los programas	76
Programas indirectos	76
Programas directos	78
Programas nacionales y departamentales directos en el territorio	79
Área de Intervención y ejecución de los Programas Sociales Indirectos	80
Programas Indirectos	80
Programas directos	82
Período de creación de los programas	85
Condiciones de acceso a los programas y exigencias para mantenerse como beneficiario	86

Tamaño de los programas	86
Ejecución de los programas	87
Conclusiones	87
Bibliografía	88
Políticas de adulto mayor: periodos expansivos y ejes de desarrollo	90
Génesis de los actuales programas nacionales	90
Caracteres de la “segunda época”: integración social y ampliación de prestaciones	90
Caracteres de la “tercera época”: tratamiento diferenciado de necesidades críticas	92
De los programas a la legislación: la ley 17.796 como actualización global	93
Caracteres de las políticas de nivel departamental	93
Ampliando los espacios de intervención: instituciones, grupalidad, familia	94
Programas y legislación relativa a los ejes de política mencionados	95
Ministerios y entes autónomos	95
Intendencias	95
Legislación	95

Capítulo 5

Algunos aspectos para pensar el envejecimiento, las políticas sociales y el territorio	97
Aportes para la construcción de un diálogo sobre la equidad intergeneracional	97
El cambio demográfico como una oportunidad para reforzar las relaciones intergeneracionales	98
Las relaciones intergeneracionales como un proceso de cambio o como fuente de conflicto	99
Se necesita un nuevo Pacto de Protección Social que preste atención a todas las generaciones	100
Bibliografía	101
El contexto demográfico y las características del envejecimiento poblacional en Uruguay	103
Referencias bibliográficas	106
Producción de subjetividad sobre envejecimiento y vejez presente en las políticas públicas	107
Algunos ejemplos concretos para pensar la producción de subjetividad	109
Estrategias de integración social para un proyecto de vida posible en la Vejez	110
Bibliografía	111
Desafíos para las políticas nacionales para las personas adultas mayores en Uruguay:	
una mirada desde lo local	113
Territorialización, articulación interinstitucional y coordinación con la sociedad	114
Hacia una agenda de trabajo nacional y local	114
El rol de la sociedad civil como articuladora de las políticas sociales	116
¿Cuál es el concepto de calidad de vida?	117
Bibliografía	118
Avanzando hacia un sistema nacional de cuidados para el adulto mayor: algunas líneas de acción de cara al futuro	119
Introducción	119
Los antecedentes	119
El modelo de cuidados para adultos mayores en Uruguay	119
Los cuidados y la oferta estatal	121
Las nuevas iniciativas	122
Elementos de un modelo de cuidados para el adulto mayor	123
La Reforma de la Salud. Programa del Adulto Mayor	128

Capítulo 6

Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento	133
Recomendaciones	133
Propuestas y lineamientos estratégicos generales.....	134
1. Generales.....	137
2. Derechos Humanos.....	139
3. Salud y asistencia	141
4. Entornos favorables	143
Consideraciones finales. Respuestas públicas para la vejez	145

Anexo normativo

Leyes, decretos y ordenanzas referentes a la población adulta mayor, aprobados en el período 2005-2009	149
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Prólogo

Vivimos en un mundo donde la edad es un factor de vulnerabilidad que nos enfrenta al desafío de construir una sociedad para todas las edades. Para esto el Ministerio de Desarrollo Social trabaja en la promoción de derechos de toda la población, facilitando espacios de articulación, asesoramiento, investigación, así como en la sensibilización y promoción de derechos. Esto implica pensar la población vieja no como objeto de intervención sino como sujetos de derecho y actores sociales, sosteniendo una ética apoyada en la solidaridad, dignidad, autonomía e igualdad.

Para esto es necesario nutrir de contenidos y fortalecer los ámbitos de investigación sobre los impactos de las políticas públicas en el envejecimiento. Intentando entender la complejidad que esto conlleva, proponiendo un trabajo sostenido en el tiempo, responsable y con una mirada de futuro que permita potenciar mejores procesos de envejecimiento de quienes ya son adultos y adultas mayores y contribuir a promover envejecimientos con mejor calidad de vida y participativos de las generaciones que vendrán.


Es necesario desarrollar una visión a largo plazo que permita pensar los temas que plantea el envejecimiento desde esta visión de derechos. Entendiendo que es el uso de los mismos y la participación en los mecanismos de desarrollo y la toma de decisiones en el espacio colectivo, desde donde se construye un verdadero sentido de pertenencia a la sociedad. Por lo tanto, es importante promover mecanismos de integración social para todos los grupos poblacionales, tomando el envejecimiento como un tema de todas y todos, con la convicción que tenerlo en cuenta es contribuir a la visión de futuro de nuestra sociedad.

El Estado, a partir de las políticas sociales que instrumenta, es entre otros, un actor fundamental en la construcción de los procesos de envejecimiento, así como también de la forma de entenderlo. Algo clave en relación a esto, es recordar cuando iniciamos el trabajo desde el MIDES, y nos encontramos con sectores de población que tenían hipotecado su futuro y con esto, el derecho a envejecer. Personas que no tenían acceso a servicios, a infor-

mación, a proyectos de vida sustentables, jóvenes de distintas edades que no tenían las condiciones mínimas de calidad de vida en el presente, menos aún de construir un proyecto con visión de futuro. Por otro lado, nos encontramos también, con personas viejas que presentaban altos niveles de exclusión y vulnerabilidad, las cuales requerían intervenciones muy complejas y que estaban por fuera de la matriz de bienestar. Es así que frente a este panorama tan crítico se instrumentan distintas estrategias de intervención, por un lado el trabajo de integración social, fomentando la participación, la promoción de derechos, la construcción de ciudadanía, habilitando el acceso de toda la población a los bienes y servicios del Estado, bienes y servicios que son de todos y todas. Y por otro lado, generando recursos que permitieran atender las situaciones de emergencia social, rescatando con esto la posibilidad de tener futuro.

Es necesario continuar este trabajo, fortaleciendo los mecanismos que se han ido instalando en este tiempo, así como los espacios de articulación y coordinación entre el Estado y la Sociedad Civil para pensar más en profundidad los impactos del envejecimiento. Muestra de ello es el proceso de trabajo que implicó este “Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio”. Pero es necesario a su vez, propiciar otros mecanismos que contribuyan a la construcción de una sociedad para todas las edades.

Creemos necesario comenzar a trabajar en la construcción de nuevos acuerdos sociales, a partir de habilitar programas e intervenciones que permitan el encuentro intergeneracional, en donde podamos estar atentos a lo que le pasa a la otra persona, a sus niveles de sufrimiento, a sus expectativas de futuro. Promover nuevos acuerdos intergeneracionales que nos permitan construir una sociedad para todos y todas sin importar la edad que se tenga.



Marina Arismendi
Ministra de Desarrollo Social

Introducción

El envejecimiento es un proceso de carácter complejo que se construye durante toda la vida y a partir de las características que poseen los colectivos socio-culturales en los que se está inserto, así como también de los medios a partir de los cuales esos colectivos construyen su existencia.

El envejecimiento de la población es un fenómeno que forma parte de una realidad mundial aunque con características y ritmos diferentes para cada región. El peso de las personas mayores de 65 años en la estructura por edades de la población crece en forma acelerada, presentando consecuencias económicas, sociales, culturales, políticas y demográficas variadas.

En Uruguay el 17,7% de la población está compuesta por adultos mayores de 60 años. Es importante señalar que estos porcentajes tienen una correlación directa con la expectativa de vida, y con los medios que permiten a nuestra población vivir más años. Aunque es importante señalar la presencia de otros fenómenos que inciden sustancialmente en la producción de esta realidad, como son la sostenida emigración de la población más joven y la baja tasa de fecundidad.

Esta realidad demográfica mundial implica la necesaria inclusión del envejecimiento en los procesos de diseño, instrumentación y análisis de las políticas públicas. Es así, que la mayoría de los países de la región han ratificado el Plan de Acción Internacional de Madrid (2002), que pauta algunas líneas en el diseño de políticas públicas más equitativas para la población adulta mayor. Uruguay, como estado miembro, desde el acuerdo establecido en la Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento hacia una Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid (Santiago de Chile, noviembre de 2003), inicia este recorrido.

Desde el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) se considera que estos desafíos requieren la organización de nuevas pautas en la coordinación y organización de los recursos disponibles, para habilitar estrategias de abordaje de carácter más arti-

culado e integral. Teniendo en cuenta que abordar el envejecimiento dentro de las políticas públicas, es darse la posibilidad de pensar respecto a los espacios que como sociedad construimos en relación a los proyectos de vida y la perspectiva de futuro de nuestra población. Siendo necesario promover envejecimientos más dignos y con mayor calidad de vida, trabajando en la importancia y lugar que tienen las personas mayores para el desarrollo económico, social y cultural de nuestra sociedad.

A partir de la creación del MIDES, Uruguay presenta nuevas posibilidades de promover y sostener escenarios de articulación y coordinación en materia de políticas sociales en todo el país, ya que tiene entre sus fundamentos: "...sin perjuicio de las competencias de otros ministerios y organismos, formular, ejecutar, supervisar, coordinar, programar, dar seguimiento y evaluar las políticas, estrategias y planes en las áreas de juventud, mujer y familia, adultos mayores, discapacitados y desarrollo social en general"¹. Para contribuir con esta línea en lo que se refiere a materia de envejecimiento y vejez se crea en junio de 2007 dentro de la Dirección Nacional de Políticas Sociales (DINAPPSS)² el Área de las Personas Adultas Mayores, la cual se suma a otras estrategias de intervención del Ministerio, que ya funcionaban en el marco del Plan de Atención Nacional a la Emergencia Social (PANES)³ desde su creación en el año 2005, con el objetivo de atender diferentes situaciones urgentes de la población adulta mayor, como es el caso de algunos progra-

1. Ley 17.866, Creación del Ministerio de Desarrollo Social. Art. 9º Inciso. B.
<http://www.mides.gub.uy/innovaportal/file/61/1/ley%20MIDES.pdf>

2. La DINAPPSS tiene como sus líneas estratégicas de acción: coordinación y articulación de las políticas públicas sociales, programas específicos de apoyo y articulación con otros organismos, programas de inclusión social, investigación y propuestas en políticas sociales.

3. El PANES fue un Plan que se instrumentó entre 2005 y 2007, y que tuvo dos pilares fundamentales, el otorgamiento de una transferencia económica (Ingreso Ciudadano) y la promoción de derechos. El objetivo fue dar respuesta a la emergencia social en los hogares de extrema pobreza, proponiendo como aspectos fundamentales la atención a la situación de emergencia, además de promover un trabajo integral que brindara herramientas y habilitara la estructura de redes sociales que permitieran la integración social y la superación de la pobreza.

mas sociales de la Dirección Nacional de Asistencia Crítica e Inclusión Social (DINACIS)⁴.

Por lo tanto, es para el MIDES importante abordar los temas referidos al envejecimiento desde distintas perspectivas de intervención, aunque complementarias. En primer lugar, el ministerio actúa directa y prontamente sobre distintas necesidades y problemáticas urgentes que presentan las personas adultas mayores, algunas de ellas asociadas a situaciones de vulnerabilidad social y/o económica. Genera para esto nuevos recursos y dispositivos de intervención, como es el caso en el marco del Plan de Equidad⁵ de la Asistencia a la Vejez, prestación económica de tipo no contributiva, que se brinda con el apoyo y colaboración del Banco de Previsión Social del Uruguay⁶ (BPS), a la población de entre 65 y 69 años que se encuentran en situación de extrema pobreza (una vez que cumplen los 70 años automáticamente pasan a cobrar la Pensión a la Vejez, la cual es brindada por BPS). A esto se suma, la instalación de refugios nocturnos en todo el país, a los cuales puede acceder la población adulta mayor en situación de calle en el marco del Programa Atención a los Sin Techo (DINACIS). Como también otro tipo de programas como son ejemplo: “En el País de Varela: Yo Sí Puedo” (también de DINACIS) que trabaja en la línea de alfabetización, o “Uruguay Integra” (de DINAPPSS), que promueve estrategias de inclusión y participación social, ambos programas con participación de un importante porcentaje de población adulta mayor.

Pero hay otra segunda dimensión de trabajo en el tema envejecimiento por parte del MIDES, que se suma a las anteriores, e implica orientar acciones que contribuyan a concretar espacios de trabajo complementarios a nivel institucional. Es así que el Área de las Personas Adultas Mayores, tiene como su razón de ser el colaborar con otros organismos

del Estado y la sociedad civil, para el análisis de la incidencia del envejecimiento en el diseño de las políticas públicas, así como también propiciar espacios de articulación que contribuyan a una mejor utilización de los recursos ya existentes. Es por esto que para contribuir en el cumplimiento de estos objetivos, nos propusimos en diciembre de 2007 un complejo proceso de coordinación de espacios de trabajo a nivel nacional y local, en el marco del Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. El mismo contó para su desarrollo, con el financiamiento del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)⁷ y la colaboración de la Dirección Nacional de Coordinación Territorial⁸ del MIDES, a partir de la coordinación en territorio por parte de las distintas Oficinas Territoriales de espacios colectivos de trabajo y discusión, referidos a la situación actual en materia de recursos y provisión de servicios sociales y sanitarios para las personas adultas mayores. Se buscó, además, conocer en profundidad los diversos niveles de capital social disponibles para pensar un escenario de políticas sociales que puedan orientar respuestas hacia otros niveles de complejidad que hoy presenta el envejecimiento como fenómeno demográfico y social.

Esta publicación pretende dar cuenta de un proceso de trabajo construido colectivamente, como fue el Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio, además de incluir algunas líneas estratégicas hacia donde deberían encaminarse a mediano y largo plazo las políticas públicas sociales en materia de envejecimiento.

4. La DINACIS tiene como objetivos promover la inclusión social de quienes viven en situación de indigencia, extrema pobreza, así como otras formas de exclusión no económicas.

5. El Plan de Equidad se instrumenta a partir de enero de 2008, es un plan nacional que apunta a una reconfiguración del sistema de protección social uruguayo. Teniendo el MIDES un rol articulador y coordinador de las políticas públicas.

6. El BPS, como Instituto de seguridad social, tiene la misión de brindar servicios para asegurar la cobertura de las contingencias sociales a la comunidad en su conjunto y la recaudación de los recursos, en forma eficaz, eficiente y equitativa, promoviendo políticas e iniciativas en materia de seguridad social.

7. Proyecto: Envejecimiento: hacia el diseño de nuevas políticas sociales. Referente del Proyecto por UNFPA Soc. Karina Batthyány. Consulta: <http://unfpa.org.uy/proyectos/index.php?Projects=1&All=1&SeeAll=1&Compld=1>

8. La Dirección Nacional de Coordinación Territorial tiene como cometido el diseño, implementación y desarrollo de la estrategia de descentralización del MIDES en todo el país.

Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio

El Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio se centró en base a dos objetivos fundamentales:

- Constituir espacios de diálogo en escenarios de articulación interinstitucional, en materia de políticas sociales en torno a la vejez y el envejecimiento a partir de tres dimensiones: derechos humanos, salud y asistencia y entornos favorables.
- Propiciar la elaboración de una serie de recomendaciones que permitan una mejor articulación de los recursos y servicios disponibles.

Las tres dimensiones sobre las que se centraron los espacios de trabajo y discusión fueron definidos de acuerdo a las metas estratégicas planteadas por el Plan de Acción Internacional Madrid 2002, ya que permitían contemplar una variedad de problemáticas asociadas a múltiples situaciones en las que se requería la intervención del MIDES desde distintos ámbitos.

- Derechos humanos: protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo.
- Salud y asistencia: las personas mayores deberán tener acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía.
- Entornos favorables: las personas mayores gozarán de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez.

Es importante mencionar, que el eje de seguridad social, si bien está planteado en el documento de referencia y es a su vez un elemento de permanente discusión en materia de políticas públicas orientadas a la población adulta mayor, no es un tema sobre el que se trabajó directamente. Esto es debido a

que fue abordado profundamente, se diseñó también una serie de recomendaciones en el “Diálogo Nacional sobre Seguridad Social”⁹ organizado por BPS, proceso de trabajo que ya había concluido al dar inicio el Debate, por lo cual consideramos la importancia de dar continuidad a los temas, y no trabajar sobre lo ya trabajado, sino contribuir impulsando otras líneas de análisis en materia de políticas públicas y envejecimiento.

Proceso de trabajo

En diciembre de 2007 comenzó la primera etapa de trabajo, al definirse las distintas modalidades de participación y dar inicio a instancias de planificación con la Dirección Nacional de Coordinación Territorial del MIDES, con el objetivo de pensar en forma conjunta la mejor estrategia para abordar los lineamientos del Debate en territorio, se definieron tres etapas claves de trabajo:

- Videoconferencia.
- Ámbito de trabajo local a partir de las Mesas Interinstitucionales¹⁰.
- Comisión de trabajo interinstitucional y social para la elaboración de un paquete de recomendaciones.

En febrero de 2008 se logró el apoyo financiero por parte el UNFPA para las dos primeras etapas de trabajo, siendo para este organismo prioritario trabajar en los temas que propone el Debate.

⁹. El Diálogo Nacional sobre Seguridad Social se implementó de junio a diciembre del año 2007, en base a cinco mesas temáticas, con el objetivo de generar una evaluación del actual sistema de seguridad social, así como también delinear nuevos insumos. Las mesas fueron: “Demografía y Seguridad Social”, “Inclusión, Trabajo y Seguridad Social”, “Seguridad Social y Protección Social”, “Cobertura del Sistema de Seguridad Social” y “Financiamiento del Sistema de Seguridad Social”. En el proceso de diálogo participaron actores pertenecientes a diferentes instituciones del Estado y la sociedad civil.

¹⁰. Las Mesas Interinstitucionales son un ámbito articulado de trabajo a nivel local, coordinadas por el MIDES desde la Dirección Nacional de Coordinación Territorial a partir de sus Oficinas Territoriales, donde representantes de organismos del Gobierno Nacional y los Gobiernos Departamentales identifican los aspectos prioritarios que requieren un trabajo en territorio a la búsqueda de una optimización de recursos.

La primera etapa de trabajo se llevó adelante el 23 de abril de 2008, a partir de una Videoconferencia en la cual se presentó un panorama general respecto a las políticas públicas referidas a la población adulta mayor en nuestro país, así como algunas cuestiones prioritarias a trabajar en este sentido. Con la participación de autoridades políticas y de gobierno, representantes de organismos internacionales expertos en la materia (UNFPA, CELADE-División de Población de la CEPAL), organizaciones de la sociedad civil, profesionales y público en general, con una cobertura que llegó a todo el país a partir de los telecentros de Antel¹¹ ubicados en las capitales departamentales (los contenidos de la misma quedan desarrollados en el capítulo 2).

En junio de 2008 se inició el trabajo en territorio a partir de la inclusión del Debate como propuesta en la agenda de las Mesas Interinstitucionales, promoviendo la discusión colectiva y el análisis de cómo se organizan los procesos que acompañan la instrumentación de las políticas sociales orientadas hacia los adultos mayores desde ámbitos locales. Se tomaron cuatro documentos claves para este trabajo, Diálogo Nacional sobre Seguridad Social, Informe de Repertorio Social¹² (MIDES), Sistema Nacional sobre el Adulto Mayor (BPS) y el Plan de Acción Internacional de Madrid 2002. En el capítulo 3 se puede acceder a lo trabajado en este punto.

La tercera etapa de trabajo comenzó el 26 de agosto de 2008, al conformarse una Comisión de trabajo para la elaboración de un paquete de recomendaciones en los ejes del Debate, contemplando y analizando además los elementos discutidos a partir del trabajo en territorio. La Comisión fue coordinada por el Área de las Personas Adultas Mayores (DINAPPSS, MIDES) y estuvo integrada por representantes del Ministerio de Salud Pública (Programa Nacional del Adulto Mayor), Banco de

Previsión Social (Director Jorge Papadopulos, Director Geza Stari), Congreso Nacional de Intendentes¹³ (Representantes designados: Comuna Canaria, Dirección de Desarrollo Social, Área del Adulto Mayor; Intendencia Municipal de Montevideo, Dirección de Desarrollo Social, Secretaría del Adulto Mayor), Universidad de la República (Red Interdisciplinaria sobre Envejecimiento y Vejez (REV) y Facultad de Psicología, Servicio de Psicología de la Vejez) y la Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay.

El trabajo de la Comisión, se dividió en dos etapas, la primera de presentación y discusión de las líneas de trabajo institucionales, así como también un análisis a los insumos producidos en el territorio. La segunda, estuvo centrada en la elaboración de una serie de recomendaciones de cómo orientar las políticas públicas referidas a la vejez y el envejecimiento, que implicó un proceso de discusión y acuerdos sobre los temas prioritarios y las lógicas posibles de abordaje.

Es importante destacar que si bien el proceso de trabajo fue complejo, cada uno de los integrantes de la Comisión trabajó de manera comprometida. Los distintos obstáculos que se presentaron en el trabajo fueron discutidos y problematizados en las distintas instancias de encuentro. Se llegó a un acuerdo con el equipo de trabajo en considerar, que en muchos momentos la lógica sectorial y fragmentada de intervención en el ámbito de las políticas públicas para las personas adultas mayores, atravesó y condicionó el funcionamiento y la producción grupal. Asimismo, distintas formas de entender el envejecimiento, y los diferentes procesos institucionales, sociales y demográficos asociados a éste, entraron en un espacio de interpelación dentro de la Comisión, principalmente a la hora de definir las prioridades a abordar. De igual forma, esto no impidió la producción y análisis de contenidos, que son parte sustancial de lo que en esta publicación se presenta, tanto a nivel de los artículos que se incluyen en el capítulo 5 que han sido aportes fundamentales de integrantes del equipo de trabajo. Como a nivel de las recomendaciones en el capítulo 6, con las que concluyó este proceso de trabajo, además de una serie de conclusiones respecto de la situación y desafíos que presenta el envejecimiento en Uruguay de acuerdo a los recursos disponibles de cara a los próximos años.

11. ANTEL. Administración Nacional de Telecomunicaciones.

12. El Informe de Repertorio Social es una investigación realizada durante 2007-2008 mediante un convenio entre MIDES, desde la DINAPPSS y la Dirección Nacional de Monitoreo y Evaluación con el Instituto de Ciencias Políticas de la Facultad de Ciencias Sociales de la Udelar, con el objetivo de conocer la oferta y modalidades de programas sociales tanto a nivel nacional como departamental. La misma ha dado lugar al Observatorio Social MIDES que se encuentra para consulta en: www.mides.gub.uy.

13. El Congreso Nacional de Intendentes es un espacio de trabajo colectivo donde participan en modalidad de Plenario los distintos gobiernos departamentales tratando temas de su interés.

Ver: <http://www.congreso.intendencias.gub.uy/>

Se presenta además en el capítulo 4 una investigación exhaustiva y análisis de las distintas estrategias de abordaje institucional respecto a la población adulta mayor tanto a nivel nacional como departamental que son producto de la investigación realizada por el Repertorio Social MIDES.

Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio

En búsqueda de la Equidad Generacional

“Envejecer... un proceso de todos y todas”

23 de abril de 2008, Hotel Ibis, Montevideo

En la presente se contó con un público variado de las ciudades de Artigas, Bella Unión, Canelones, Colonia, Durazno, Florida, Melo, Mercedes, Minas, Paysandú, Punta del Este, Rivera, Rocha, Salto, Tacuarembó y Treinta y Tres. Tuvo como objetivo, dar inicio al trabajo en territorio, buscando involucrar a representantes institucionales y de la sociedad civil en su conjunto, potenciando diálogos que ya se vienen estableciendo desde hace varios años en el ámbito nacional.

Mesa de Apertura

- Director Nacional de Políticas Sociales del Ministerio de Desarrollo Social, Christian Mirza.
- Presidente del Banco de Previsión Social, Ernesto Murro.
- Subsecretario del Ministerio de Salud Pública, Miguel Fernández Galeano.

Christian Mirza

Buenos días a todas y todos.

En primer lugar, quiero hacer un enorme agradecimiento a todos ustedes y a cada uno de los que están en los distintos departamentos y localidades del Uruguay, porque esta práctica de videoconferencia, nos posibilita un diálogo y una interacción y nos permite trabajar como es nuestro propósito: en forma colectiva y de apoyo recíproco.

Queremos saludar a las autoridades nacionales, departamentales y locales que están aquí presentes; a los representantes del directorio del BPS, a las organizaciones sociales que están participando de este evento, y un agradecimiento especial al Fondo de Población de las Naciones Unidas, en la persona de Juan José Calvo, quien ha confiado desde el principio en las propuestas que el Ministerio de Desarrollo Social le hiciera para trabajar en esta dirección.

También deseo saludar especialmente a las compañeras y compañeros de la Dirección Nacional de Coordinación Territorial, por todo el esfuerzo y trabajo en la búsqueda por llevar al territorio tanto este como otros temas. Sabemos que hoy están inaugurando el Quinto Seminario de Espacio Frontera en el Chuy. Hay algunos coordinadores territoriales aquí presentes y hay otra cantidad allí en

el Chuy. Un saludo y un agradecimiento para ellos, por el trabajo que vienen realizando.

Quiero dar además la bienvenida a la representante de la CEPAL la Dra. Sandra Huenchuan, quien está entre nosotros desde el día de ayer y que vendrá a participar activamente de este evento y, ojalá, que en otros eventos y líneas de trabajo que estamos iniciando.

Para hacer algunas reflexiones iniciales: cuando uno piensa en envejecimiento, éste se presenta como un problema a resolver. Sin embargo Uruguay tiene una esperanza de vida que está, en promedio alrededor de los 75 años, lo cual es un aspecto altamente positivo. Ya que cuanto más alta sea la esperanza de vida, mejor será para la sociedad en su conjunto; lo que nos cuestiona e implica es en como contribuir desde el estado a promover y habilitar procesos de envejecimientos dignos, y con pleno ejercicio de sus derechos sociales, políticos, económicos, culturales y que, desde luego, no pasan solamente por garantizar un ingreso, que obviamente es fundamental, sino, también, por la revalorización del papel del adulto mayor desde el punto de vista sociocultural, desde el punto de vista de las redes de socialización de nuestra sociedad.

Respecto al envejecimiento, hay en nuestro país organizaciones que operan en varias áreas de acción, desde hace mucho tiempo, con experiencia

acumulada y amplia especialización en el tema. Precisamente, el objetivo de este Debate es contribuir en las diagramaciones ya iniciadas desde otros espacios institucionales en materia de políticas sociales, tomando en cuenta las herramientas ya existentes.

Hay mucho trabajo acumulado, por citar algunos ejemplos, el realizado por los compañeros del Ministerio de Salud Pública, desde su Programa Nacional del Adulto Mayor, así como otras líneas y programas desde el Banco de Previsión Social, que vienen trabajando sobre múltiples aspectos relacionados hacia la población adulta mayor ya desde hace mucho tiempo, produciendo además, conocimiento en materia de articulación institucional, tal como lo demuestra, entre otras cosas, el propio proyecto elaborado el año pasado para la creación de un Sistema nacional para el adulto mayor, que se sostuvo desde un trabajo colectivo de articulación y coordinación en donde también el propio Ministerio de Desarrollo Social participó.

Este Debate implica un diálogo, interacción y discusión con todos los actores públicos y sociales, para la construcción de una mirada colectiva en torno a las políticas públicas orientadas hacia la población adulta mayor, espacio que pretendemos se traslade a los ámbitos de discusión locales promovidos por el Ministerio de Desarrollo Social como son los Consejos Sociales que ustedes saben están constituidos en todos los departamentos del país y las Mesas Interinstitucionales que son el ámbito de coordinación público-estatal a nivel departamental.

Un elemento importante a destacar es pensar este proceso de trabajo como continuidad al Diálogo Nacional en Seguridad Social, ya que allí se realizó un Informe de trabajo que hacía bastas apreciaciones en relación a la situación de la población adulta mayor y el sistema de seguridad social en Uruguay. Intentamos por lo tanto continuar profundizando en estos y otros aspectos que se presentan en relación a las políticas públicas y la población adulta mayor, ya que la estructura demográfica tendiente al envejecimiento en el Uruguay presenta problemáticas institucionales y comunitarias urgentes a resolver. Cuando decimos problemáticas institucionales, nos referimos a la arquitectura de estructuración de programas dirigidos a las personas adultas mayores, en los que está configurado el

sistema público-estatal particularmente, y comunitarias son las vinculadas a políticas de inclusión social y redes vinculares que consideren a los adultos mayores como ciudadanos activos en cualquier sociedad y, en particular, en las nuestras, tanto a nivel nacional como local.

El objetivo es pensar las acciones y omisiones del Estado en materia de políticas sociales en relación con el envejecimiento; tema que nosotros planteamos que debería generar el interés y la movilización, en el sentido de asumir un compromiso de toda la sociedad para pensar estos temas.

Como objetivo específico pretendemos a partir de una definición participativa, el diseño de una estrategia de articulación institucional en materia de políticas sociales relacionadas al envejecimiento. Queremos señalar lo que para nosotros constituye el marco normativo de este trabajo en primer lugar hay que considerar, el Plan de Acción Internacional de Madrid 2002, sobre Envejecimiento, también la Primera Conferencia Intergubernamental Regional sobre Envejecimiento de Santiago de Chile en el 2003; la Segunda Conferencia Intergubernamental Regional sobre Envejecimiento en Brasilia en 2007. A nivel nacional, lo que constituye el Plan de Equidad, porque nosotros siempre señalamos que el Plan de Equidad es una acción de todo el gobierno dirigida a toda la población, no solamente a determinados segmentos tanto sean segmentos generacionales como producto de la situación socioeconómica, sino a toda la población; por lo tanto este Plan es un punto de base; lo mismo que es el informe sobre el Diálogo Nacional sobre Seguridad Social que fuera entregado hace pocas semanas atrás al presidente de la República; el estudio que se hizo sobre investigación y Análisis del Gasto Público Social (GPS) que también arroja importantes elementos para trabajar en esta dirección y el Informe de Repertorio Social, repertorio que está en la segunda fase de culminación de relevamiento de todos los programas sociales a nivel de gobiernos locales, para pasar a una tercera etapa que es de validación de la información.

Hay algunos datos que queremos presentar del Informe de Repertorio Social 1ª Etapa, que es que el mayor número de porcentaje de intervenciones públicas para las personas mayores de 65 años se encuentra en el sistema de pensiones y jubilaciones. En el Informe sobre GPS que hacíamos recién mención, es interesante ver cómo evolucionó el GPS a lo

largo de todo el siglo XX, cuando en las primeras tres décadas del siglo teníamos un 60% de ese gasto era imputado a salud y educación y cerca del 40% a seguridad social, pasamos a una reversión de esta ecuación para ubicarnos, sobre fines del siglo, en una relación del 60% del gasto dirigido a las políticas hacia las personas adultas mayores. Ahí habla de cómo se ha configurado la matriz del bienestar de protección en el Uruguay y también nos informa de la necesidad de revisar, como lo está haciendo este gobierno nacional, a partir de distintos instrumentos y estrategias, como revisar, reconsiderar, transformar el sistema, el modelo de protección social uruguayo, donde necesariamente hay que considerar los procesos de envejecimiento y las proyecciones a mediano y largo plazo.

Sin embargo esta inversión en el sistema de seguridad social no resuelve totalmente algunas problemáticas que atraviesan a las personas de edad en nuestro país, se hace necesario, por lo tanto, integrar otras dimensiones referidas a las políticas públicas.

Otro elemento importante, que se desprende del Informe de Repertorio de Políticas Sociales es la dificultad de articulación a nivel estatal desde sus diferentes incisos. Claro está que nosotros, no estamos empezando de cero, hay ámbitos de coordinación interinstitucional, pero de todas maneras hay que avanzar y trabajar mucho más fuerte, entre otras cosas, porque la mayoría de los organismos públicos ejecutan en forma solitaria sus programas, y hay una serie de organismos públicos autorreferenciados que brindan más de una prestación sin una coparticipación clara de otra entidad pública, así como también una multiplicidad de entidades ofertantes o bocas de entrada para prestaciones posiblemente similares.

Cuando nosotros solicitamos la colaboración de la Universidad de la República para realizar el Repertorio de Políticas Sociales, les señalamos que este debería servir como instrumento para examinar, para analizar qué es lo que está sucediendo en el interior de ese sistema de protección, de ese sistema de políticas sociales en el Uruguay, sobre todo y básicamente a nivel público-estatal, y seguir escudriñando, examinando, explicándonos por qué tal o cual cosa, por qué hay siete u ocho incisos que operan con distintos programas orientados hacia la población adulta mayor y si efectivamente podemos

mejorar la articulación y coordinación de los distintos programas

Las consecuencias que aportaba esto es las dificultades para que distintos grupos de poblaciones puedan satisfacer necesidades heterogéneas, además de cierto grado de desaprovechamiento de las capacidades institucionales, algunas complejidades adicionales en la pretensión de la coordinación interinstitucional, en la medida que las iniciativas sociales de la misma naturaleza se encuentran radicadas en diversos incisos; posibles superposiciones, tal como lo señala el propio repertorio, lo que implica analizar si efectivamente hay superposiciones o no las hay, o si hay vacíos, ausencias o lagunas que llenar, que tengan que ver con el alcance de los distintos programas hacia los grupos beneficiarios, así como al interior del propio sistema de protección de bienestar en su conjunto.

El Debate pretende poner a discusión la dificultad en materia de articulación interinstitucional con el cometido de elaborar un sistema de recomendaciones que, a mediano y largo plazo, pueda ir superando las dificultades referidas. Hemos avanzado, desde la propia creación del Gabinete Social hasta la propia generación del ámbito del Consejo Nacional de Políticas Sociales, en donde están, entre otros, el Ministerio de Salud Pública, el Banco de Previsión Social, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, el Ministerio de Economía y Finanzas y el Congreso de Intendentes, hasta esos otros ámbitos que hoy fueron mencionados, de carácter bi y multilateral, a nivel institucional.

Todo eso muestra señas de que estamos avanzando, pero que todavía hay un camino largo por recorrer para mejorar y optimizar el uso de los recursos públicos y, sobre todo, el involucramiento aún mayor de los actores sociales en materia de políticas de envejecimiento; actores locales, en territorio, que están siendo convocados en este Debate.

Estas son solamente algunas líneas como para generar la discusión. Este es un problema de todos, por tanto la convocatoria es trabajar, como siempre, entre todos.

Gracias.

Ernesto Murro

Buenos días para todas y todos en todo el país. Creemos que es un nuevo hecho importante que el Ministerio de Desarrollo Social haya convocado a este Debate y que estemos abriéndolo conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública y el Instituto de Seguridad Social del país, las organizaciones que representan a los adultos mayores, a las personas de la tercera edad, a jubilados y pensionistas; las instituciones que investigan y trabajan con estos sectores, la Universidad; y el apoyo, nuevamente de Naciones Unidas.

En estas breves palabras de apertura estaremos exponiendo y haciendo algunas propuestas y dando algunas noticias hacia el mediodía, según lo que está planificado, y allí nos extenderemos un poco más para dar algunas noticias, algunas buenas, y algunas novedades y algunas propuestas que pensamos que, a partir de lo que señalaba recién Christian Mirza, lo que ha sido la culminación de esta primera etapa del Diálogo Nacional en Seguridad Social, un evento importantísimo que ha ocurrido en la vida de nuestro país, que, lamentablemente, no ha tenido el destaque que todos esperábamos en los medios de comunicación. Si hubiera habido algún problema, seguramente hubiera tenido algún destaque, pero como se resolvió por amplísimos consensos y con muy buenos resultados, muchas veces para algunos no es noticia.

Hace 48 horas el presidente de la República planteó en el Consejo de Ministros que es hora de hacer, a partir del Diálogo Nacional, y que quienes estamos en estas cosas nos pongamos a elaborar las leyes y decretos de las conclusiones del Diálogo Nacional. Por tanto creo que este debate también es parte de eso y parte de que estemos informando y haciendo, los organismos de gobierno en conjunto con las organizaciones sociales y con la academia, la puesta en marcha de las leyes, de los decretos, de las normas que lleven a la práctica las importantes conclusiones que allí arribamos.

Creo que también es muy importante destacar la importancia que nuestro Instituto de Seguridad Social le da a este evento. Está aquí presente la mayoría del directorio de BPS. Está el vicepresidente, los directores que representan a jubilados, pensionistas y trabajadores; la directora Elvira Domínguez; están los integrantes del grupo de trabajo del

proyecto de Sistema nacional de adulto mayor, que han venido trabajando intensamente durante todo el año pasado y que elevaron a consideración del Directorio un proyecto. Allí se ha trabajado con participación del Ministerio de Salud Pública, en particular su Programa Nacional del Adulto Mayor; con la participación, también, del Director especialista que tenemos, que es Italo Sabio; la gente del MIDES; con la Secretaría del Adulto Mayor de la Intendencia de Montevideo; con la Universidad de la República; con la Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay, que también está aquí presente y creo que es un actor fundamental e imprescindible en este proceso.

Creo que allí hay una serie de propuestas muy concretas que están a consideración, no sólo de nuestro Instituto previsional, sino de todos los actores con representación en este país. Por tanto, creemos que es importante también cómo organicemos esto. Sin duda que existe una diversidad muy importante que hay que contemplar y tener en cuenta, pero también y con la misma certeza, creemos que las organizaciones nacionales más representativas de estos sectores deben ser actores fundamentales de este proceso; de forma de que las legitimidades que se han ido adquiriendo por la representación, por la elección, por los congresos, por las organizaciones, también tienen que tener su peso calificado en estas instancias.

Esto creemos que es importante ver cómo avanzamos en este camino y creemos que este evento a nivel nacional, tal cual está planteado, sin duda va a seguir aportando a ese jalón histórico que fue el Diálogo Nacional en Seguridad Social, donde estas temáticas fueron expresamente abordadas y hay documentos muy importantes y consensos muy importantes que consideramos que deben ser una base sustancial de este proceso de debate sobre las políticas de envejecimiento.

Miguel Fernández Galeano

Buenos días a todas y a todos. También un saludo a toda la gente que está participando, tecnología mediante, en esta actividad de inicio de este Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio. Desde el Ministerio de Salud Pública estamos participando aquí con el Programa Nacional del Adulto Mayor, está su responsable la Licenciada Eugenia de Marco.

Quisiera aprovechar esta instancia inicial de apertura, para colocar algunas reflexiones que tienen que ver con cómo miramos este tema desde el sector salud.

El sector salud en las políticas de población, en los temas de envejecimiento, vaya si tiene responsabilidad y un compromiso muy fuerte, por los impactos que tiene desde el punto de vista de los cuidados, desde el punto de vista de los derechos, el tema de la salud. El sector salud cada vez tiene más claro, y nuestro Ministerio de Salud Pública lo siente así, que no puede haber políticas sociales integrales si no es a través de una fuerte coordinación intersectorial e interinstitucional que garantice la posibilidad de, concibiendo a la salud como algo con múltiples determinantes sociales, culturales y ambientales, algo que debe ser abordado con un enfoque integral, integrador, multidisciplinario e interdisciplinario.

Este Primer Debate Nacional coloca, en su presentación inicial, tres ejes que atraviesan nuestra visión de políticas de salud a partir de lo que está haciendo la reforma sanitaria, que no es solo una reforma en términos de financiamiento o de gestión, sino que es una reforma que tiene objetivos sanitarios que suponen cambiar el modelo de atención, incorporar el cambio de modelos de atención como un elemento sustantivo de ese cambio. Son imprescindibles los cambios de las grandes carreteras de cómo funcionan los sistemas de salud, pero si no hay un cambio sustantivo en los objetivos sanitarios, todo lo que hagamos en materia de financiamiento, en elementos de gestión, van a ser insuficiente, esto es, si no hay un enfoque diferente de la salud.

Este Debate está convocado en torno a tres ejes: derechos humanos, salud y asistencia y entornos favorables. Es muy importante tener claro que estos tres ejes conforman componentes importantes del Debate. En primer lugar, las políticas sociales de-

ben ser, necesariamente, integradas a partir de un enfoque de derechos. Si no rompemos el paradigma asistencialista y curativo en la salud, asistencialista y benefactor en otras políticas sociales, nunca estaremos respondiendo integralmente a la complejidad con la cual se presentan los problemas de salud, por la cual se determinan y aparecen los problemas de salud y de población.

El enfoque de derechos también coloca en el eje el tema del empoderamiento, la participación social, el involucramiento y el fuerte rol que tiene que cumplir la sociedad civil organizada en estos temas para avanzar en temas de las políticas públicas. Por eso, el debate nacional construye, desde el enfoque de red intergubernamental, o sea de coordinación intersectorial e interagencial de distintas organizaciones del Estado que tienen que ver con el tema; pero debe construir, simultáneamente, con las redes sociales que en torno al tema de las políticas de envejecimiento y de las políticas hacia la promoción integral de los derechos del adulto mayor deben jugar.

El segundo eje es el eje de la salud. Lo primero que tenemos que preguntarnos es si el eje de la salud es el de la atención médica. Es uno de los componentes y vaya que si desde el Programa Nacional del Adulto Mayor y desde la reforma sanitaria y nuestra concepción del Sistema Nacional Integrado de Salud estamos incorporando en los contratos con las instituciones prestadores, elementos que garanticen programas de atención a la salud del adulto mayor que garanticen determinados estándares de calidad, de acceso y de capacidad de respuesta del sistema de salud; con todas las dificultades que esto tiene y en un proceso. La reforma, sin duda, va en esa línea.

Cuando pensamos en salud no lo pensamos solo como sinónimo de atención médica. Salud es generar, y vaya si esto vale y aplica de manera decisiva en el caso del adulto mayor, el otro componente que tiene esta convocatoria que es cómo generamos entornos favorables, entornos de integración, entornos de articulación y de promoción de derechos y de promoción de estilos saludables de vida. De apostar a concebir los procesos de envejecimiento no como un problema, sino entenderlos como una etapa de la vida donde se generan potencialidades, donde se genera un conjunto de elementos que permiten un goce y un disfrute de la vida que llega para, justamente, poder avanzar en determinadas cuestiones.

Muchas veces cuando hablamos de envejecimiento nos quedamos mirando los componentes o los impactos negativos que tiene un envejecimiento que no es pensado desde una perspectiva integral e integradora, que piense, como bien dice la convocatoria de este Debate, en la solidaridad intergeneracional, en el aporte entre las generaciones, en el utilizar de cada quien todas sus potencialidades y capacidades en cada etapa de la vida.

La idea de una apertura es la de colocar algunos de los desafíos que tiene este Debate. Quiero terminar diciendo que un tema particular, que a nuestro Programa del Adulto Mayor le preocupa especialmente respecto del envejecimiento, es resolver el gran tema que tiene el sistema de protección social, no sólo el sistema de salud también el sistema de salud, del cuidado; el tema de cuál es el rol, de cómo la sociedad genera herramientas de cuidado, no del adulto mayor, de cuidado de la sociedad para resolver los problemas de una sociedad inclusiva, integradora, no segregadora, no eliminadora de problemas.

Vaya si el tema del envejecimiento y de los adultos mayores no está también en clave de inclusión social, de incorporación, de potencialidades, por lo tanto creo que la idea del Debate es poner en diálogo, en espacios de discusión que nos permitan llevar a la práctica de forma mejor los temas. Acá los debates son para concluir, para hacer lo que se puede en cada momento, para diseñar una estrategia, para diseñar y acordar una forma de pararse frente a los problemas; no para resolverlos en un acto con un pensamiento mágico, sino para resolverlos en la construcción de la viabilidad de los cambios. Y la construcción de la viabilidad de los cambios requiere de interacción; de espacios habilitadores, de distintos enfoques para construir y consensuar una política, y eso es lo que venimos haciendo: muchos debates, pero muchas concreciones atrás de esos debates.

Es por esto que desde el Programa Nacional del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, y desde el Ministerio de Salud Pública en su conjunto, saludamos enormemente, porque queremos una idea absolutamente contraria al enfoque de chacras para resolver los problemas complejos, que se plantean en términos de resolver algunos problemas que nuestro país ya vive con las grandes dificultades de

tener problemas del primer mundo y tener recursos que no son los del primer mundo. Esto plantea, en términos de política, desafíos enormemente importantes.

Una felicitación al Área de las Personas Adultas Mayores del MIDES, y al propio Ministerio de Desarrollo Social, por habernos convocado a este debate abierto. Comparto lo que decía Ernesto de que tenemos que ir viendo cómo lo vamos construyendo sobre la marcha y, seguramente, el producto de esta actividad será, como ha sido en otros debates, el de una hoja de ruta, una forma de hacer, una estrategia para avanzar en temas que son enormemente prioritarios en la realidad social, demográfica y ética que tiene nuestra sociedad.

Mesa 1. Ministerio de desarrollo Social.

Algunas consideraciones emergentes

- > Representante de la División Evaluación de Políticas Sociales, Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo, Martín Koolhaas.
- > Representante de la Dirección Nacional de Coordinación Territorial, María Noel Sanguinetti.
- > Directora Nacional de Asistencia Crítica e Inclusión Social, Bertha Sanseverino.

Martín Koolhaas

Buenos días a todos. Muchas gracias al Área de las Personas Adultas Mayores por darme la posibilidad de participar.

Como decía Adriana, mi participación va a consistir en describir algunas características de la población de adultos mayores en situación de pobreza extrema, en particular, la fuente de información que se utiliza, la población que se va a describir, concretamente, está hecha en base a los protagonistas del PANES a mayo del 2007, es decir, son personas que se encontraban en hogares que cobraban el ingreso ciudadano.

Sin embargo, realizo algunas comparaciones en función de la Encuesta de Hogares ampliada del año 2006 que realiza el INE, para comparar características de esta población con otros grupos poblacionales.

Vamos a presentar algunas características. Lo primero que hay que destacar tiene que ver con la incidencia de adultos mayores en la población. Como se observa en el gráfico, los adultos mayores en situación de pobreza extrema representan al 1,3% de la población, en el caso de la población que estamos analizando; cuando la población general del país, según la Encuesta de Hogares ampliada, esta población es el 15%.

Esta influencia tiene que ver con que la pobreza está asociada negativamente con la edad: a mayor edad es menos probable encontrar personas pobres, ya que la pobreza se concentra entre los niños y jóvenes. Por tanto vamos a presentar el perfil de esta población que representa el 1,3%.

Al analizar por área geográfica encontramos algunos elementos interesantes. Por ejemplo, en las áreas rurales se duplican las posibilidades de

encontrar adultos mayores en situación de pobreza extrema. Tenemos un 2,8% de adultos mayores en esta situación, cuando en el total del país es 1,3%. También en las áreas urbanas menores a 5.000 habitantes es más alta la proporción de adultos mayores, que llega a 1,6%, mientras que en Montevideo es 1,1%.

En relación con la incidencia de los adultos mayores por departamento que tienen situación de pobreza extrema. Tenemos el departamento con mayor incidencia, que es Lavalleja, dato que coincide con lo que ocurre con la población total del país. Mientras que los departamentos costeros que tienen más población, como Montevideo, Canelones, Maldonado y San José, son los que presentan una incidencia de adultos mayores en situación de pobreza extrema más baja en promedio.

En relación con la distribución por sexo, se encuentra que esta población está más masculinizada que la población general de adultos mayores, que se distribuye equitativamente entre hombres y mujeres, cuando en la población general de adultos mayores la relación es 6 mujeres, 4 hombres.

Esta mayor masculinización tiene que ver con el perfil por edad que se observa representa a la población en situación de pobreza extrema. Se observa que la población se concentra en el grupo de edad 65-69 años en situación de pobreza extrema, es decir, se concentra en la población más joven dentro de los adultos mayores. Si observamos la distribución por sexo y edad en la población general de adultos mayores, la distribución por tramos de edad es mucho más homogénea entre los grupos. Esto tiene que ver con que en los grupos de edades más avanzadas siempre predominan las mujeres sobre los hombres, porque las mujeres tienen mayor esperanza de vida. De ahí que la población de adultos mayores en po-

breza extrema sea más masculinizada debido a este perfil por edad.

En cuanto al nivel educativo se observa que el 18% de esta población nunca asistió a un establecimiento de enseñanza, lo que es un porcentaje muy alto si se compara con la población general, ya que en la población total del país este porcentaje es del 4% y para la población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza el porcentaje de personas adultas mayores que nunca asistieron a un establecimiento de enseñanza es de 10,5%.

Lo que es interesante destacar es que entre el 82% de las personas que asistieron alguna vez a algún establecimiento de enseñanza, predominan en esta población los que no completaron primaria. El 66% tiene como máximo nivel educativo la primaria incompleta y el 24% primaria completa. Es decir, que la abrumadora mayoría no superó el nivel de educación primaria y ni siquiera completó la educación primaria.

En cuanto a la situación conyugal y el tipo de hogar, el dato que nos llama la atención, que resulta interesante, es que si comparamos a los adultos mayores en situación de pobreza extrema con la población general del país, existe un más bajo porcentaje de adultos mayores que están casados o en unión libre, son sólo la tercera parte, cuando a nivel general de adultos mayores este porcentaje es cercano al 50%, contra un 37% que tenemos en esta población. Este dato nos está hablando de un elemento más de vulnerabilidad que caracteriza a esta población. En particular lo que se observa, si desagregamos entre casados y unión libre, es que es muy baja la proporción de personas casadas; son un 24% contra un 47% en la población general.

Otro elemento interesante es que la mayoría de estos adultos mayores viven en hogares que son extendidos, es decir, que frecuentemente son el único adulto mayor que integra el hogar, pero viven con personas de otras generaciones, seguramente hijos en edad adulta que viven a su vez con sus hijos. Sólo el 18% son hogares unipersonales. Esto está asociado a que hay una baja proporción de personas casadas o en unión libre.

En relación con la ocupación y las tareas se encuentra que los adultos mayores en situación de pobreza extrema tienden a tener mayores niveles de actividad económica, precisamente por el dato que señalaba anteriormente de que tienen un per-

fil por edad más joven que el resto de la población de adultos mayores. Por otro lado, al observar las tareas, lo que es interesante destacar es que, entre las mujeres, 7 de cada 10 se desempeñaron o se desempeñan como personal doméstico, que es un porcentaje bastante más alto que el resto de la población en pobreza extrema que no es adulta mayor. Lo mismo ocurre entre los varones, que predominan, en mayor medida todavía, las personas que se desempeñaron o se desempeñan como peones agropecuarios, lo que está asociado a la mayor incidencia de esta población en el área rural.

En cuanto a los ingresos, se encuentra que un 8% de los hogares declara no tener ningún ingreso. Lo que es interesante es que es mayor la población de adultos mayores que tiene ingresos por concepto de trabajos (dos tercios) que por concepto de jubilación o pensión (46%). Si se considera a las personas, sólo el 40% de los adultos mayores tiene ingresos por jubilación o pensión; predominan, en particular, los que tienen ingresos por pensión, o sea, que son la minoría. La cuarta parte de los adultos mayores declara no percibir ingresos y un 30% declara percibir ingresos por trabajo, lo que está asociado a lo que decía anteriormente.

Otro dato de interés es que para los hogares de adultos mayores que tienen ingresos por jubilaciones o pensiones, que como se decía antes no alcanzan a la mitad, esos ingresos representan una altísima proporción de los ingresos del hogar, en promedio el 71%.

En cuanto a la cobertura de salud lo que se encuentra es que la amplísima mayoría se atiende en el Ministerio de Salud Pública (93%) y que personas que se atienden en una mutualista son una proporción ínfima (1%). Cabe destacar que un 12% se atiende en una institución municipal.

Finalmente, en relación con la situación de la vivienda lo que encontramos es un deterioro generalizado de los hogares de adultos mayores con situación de pobreza extrema. Si lo comparamos con los hogares en situación de pobreza extrema que no tienen adultos mayores, se encuentra, por ejemplo, que 2 de cada 10 de estos hogares ni siquiera tiene baño, y 1 de cada 10 tiene, pero es de uso compartido con otros hogares. Si observamos otros indicadores de la vivienda esta tendencia se mantiene. Por ejemplo, el porcentaje de tenencia de distintos bienes de confort en el hogar y los únicos bienes que

alcanzan el 50% en hogares con adultos mayores son la televisión, la cocina y la heladera. Para dar un ejemplo: estufa sólo tiene el 8% de estos hogares y teléfono sólo el 14%.

En síntesis, describiendo un rápido panorama de los adultos mayores en situación de pobreza extrema, hay que señalar que tienen igual probabilidad de ser hombres que mujeres, pero se caracterizan por tener entre 65 y 69 años y vivir en hogares extendidos sin cónyuges, no han completado la enseñanza primaria, en su mayoría no son jubilados ni pensionistas; sin embargo, este hecho se ve compensado porque al vivir en hogares extendidos, en general son hogares que tienen un ingreso laboral, sin importar el carácter formal o informal de

las actividades que realizan las personas en estos hogares.

En cuanto a la atención de salud se atienden en salud pública y viven en un hogar con un alto nivel de privación material.

Es intención de la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo y el Área de las Personas Adultas Mayores que este perfil sea complementado en próximas instancias, a partir de la base de información que surja de la población que está intervenida por el Plan de Equidad.

Muchas gracias.

María Noel Sanguinetti

Señor director Nacional de Políticas Sociales, Señora directora de la Dirección Nacional de Asistencia Crítica e Inclusión Social (DINACIS), compañeros de Evaluación y Monitoreo, autoridades nacionales, representantes de los Organismos Internacionales, amigos y amigas del Área de las Personas Adultas Mayores, a todos nuestros compañeros de las Oficinas Territoriales y demás compañeros de Organismos públicos y organizaciones de la sociedad civil que están trabajando a nivel del territorio, Señoras y Señores.

Es para nosotros un gran momento poder compartir esta mesa y participar en este evento que nos permite concretar una experiencia y un abordaje integral, descentralizado y participativo de las políticas sociales, en particular, en un tema tan complejo para nuestra sociedad como es el envejecimiento.

Esto, a la vez, nos plantea un gran desafío, que empieza hoy, que es la construcción de una estrategia colectiva viable y con resultados que impacten en una mejora de la calidad de vida de ciudadanos y ciudadanas que habitan en todo el territorio nacional.

Desde la Dirección Nacional de Coordinación Territorial agradecemos el espacio que la Dirección Nacional de Políticas Sociales, en particular el Área de las Personas Adultas Mayores, nos ha concedido y esperamos iniciar un fuerte trabajo que deberá entenderse como un aporte más a la consolidación de la estrategia nacional para la articulación y descentralización de las políticas sociales.

¿Por qué el desarrollo de un ente territorial?

Entendemos la descentralización territorial en la materia sobre la base de dos grandes elementos, uno que es la conceptualización del fenómeno del envejecimiento y, por otro lado, nuestra visión de la construcción de las políticas sociales.

El proceso de envejecimiento se produce por el avance de los procesos de transición demográfica, de prolongación de la vida de los adultos mayores y la caída de los niveles generales de la tasa de natalidad.

El envejecimiento es un fenómeno que refiere al aumento de la proporción de los grupos etarios correspondientes a adultos mayores y, fundamentalmente, entendido como los efectos sociales, cul-

turales y económicos, entre otros, que el mismo conlleva.

En este sentido, es que, como problemática, afecta a los distintos grupos demográficos y socioeconómicos, y adopta características particulares a lo largo y ancho de todo el territorio nacional, dependiendo de la realidad espacial de la cual se trate.

Este fenómeno tiene cada vez más peso y requiere de un abordaje integral por parte de los individuos, las familias, el Estado, así como de las instituciones públicas y privadas.

En este sentido, el abordaje en relación a la conceptualización, al diagnóstico y al desarrollo de estrategias viables y eficaces de implementación y articulación, requiere del aporte de todos aquellos comprometidos con la temática.

Entendemos que se trata de un concepto, de una definición de la problemática y de una construcción de estrategias, así como de un abordaje que deben ser elaboradas y desarrolladas en forma colectiva. Para así analizar de forma integral el contexto social en el cual se desarrollan. Es en este sentido que la dimensión territorial cobra relevancia.

Como fenómeno que transversaliza la sociedad, el envejecimiento presenta una serie de dimensiones, entre las que se pueden destacar el mayor peso de los grupos de mayores edades; la existencia de un grupo con carencias de recursos de diferente tipo, que van desde lo económico, lo social, lo fisiológico; la existencia de un grupo de hombres y mujeres que debido a su edad deben ser incorporados en forma integral. Es a través del empoderamiento de este segmento de la población que se va a fortalecer el ejercicio de sus derechos, redundando en la mejora de la calidad de vida de éste sector y por ende la de todos los integrantes de la sociedad dado que el fenómeno transversaliza las distintas generaciones.

La estrategia a desarrollar requiere de la incorporación de estas dimensiones y, además, deberá tener la capacidad de incorporar la diversidad social al territorio, que es donde se materializan y concretan las políticas sociales y donde interactúan distintos individuos y actores.

El MIDES entiende que este tercer eje del debate, el territorial, es un eje clave en el sentido y en la medida en que se logra, a partir del aporte de los distintos actores públicos y la sociedad civil. Cons-

tituye por lo tanto una estrategia compartida que incorpora una visión de futuro común, un empoderamiento y compromiso de todos y todas con la temática y un espacio para el aporte de todos. Es entonces que para dar viabilidad y lograr resultados a corto, mediano y largo plazo; es necesario avanzar en una nueva línea tendiente a contribuir a la mejora de la calidad de vida de todas y todos los uruguayos y uruguayas, hacia una sociedad más justa y equitativa.

¿Cómo se piensa construir este “eje territorio” desde el Ministerio de Desarrollo Social? La Dirección Nacional de Coordinación Territorial es la responsable de diseñar, implementar, desarrollar y sostener la estructura descentralizada del Ministerio en todo el territorio nacional. Esto implica la planificación y coordinación en el territorio de políticas públicas sociales, generando ámbitos de coordinación y articulación local, tanto a nivel de actores públicos como de las organizaciones de la sociedad civil, integrando la diversidad de cada departamento en relación a la definición de estrategia de las políticas sociales tanto nacionales como municipales.

En este sentido, se desarrollan de forma conjunta dos grandes líneas de trabajo, una que denominamos el “Despliegue del MIDES en el territorio”, que implica la puesta en funcionamiento y la consolidación de las Oficinas Territoriales del MIDES, así como la descentralización a nivel del territorio de las políticas sociales. Esto último se ha podido materializar a través del establecimiento de ámbitos de coordinación y articulación de políticas a nivel del territorio, como lo son las Mesas Interinstitucionales de Políticas Sociales y otros espacios como son los Grupos de Trabajo Fronterizos y diversos espacios de articulación en los cuales nuestros representantes a nivel de territorio participan en forma permanente. Todos ámbitos fuertemente relacionados con los espacios de participación de la sociedad civil como son los Consejos Sociales.

En este momento se cuenta con un fuerte dispositivo a nivel del territorio, que permite plantearse desafíos como el que estamos proponiendo hoy. Estos dos años de trabajo estuvieron destinados a la construcción y creación de todo este dispositivo que requirió la instalación de las Oficinas Territoriales, la instalación de las mesas y el fortalecimiento de estos equipos.

En relación con las oficinas territoriales, el MIDES cuenta con 33 de ellas en todo el país, ubicadas en las capitales departamentales y otras localidades. Las mismas cuentan con la figura de un Coordinador Territorial, la de un Delegado Territorial a nivel del territorio y un Equipo de Trabajo integrado por perfiles técnicos y administrativos. Por otra parte, están las Mesas Interinstitucionales, ámbitos de coordinación, a nivel del territorio, de las políticas sociales y vinculadas a otros espacios.

En este tiempo se ha desarrollado un fuerte trabajo en la búsqueda de la construcción y puesta en funcionamiento de estos espacios. También se ha trabajado en el desarrollo de procedimientos específicos que den respuesta a los sinnúmeros de necesidades explicitadas en nuestra sociedad, en la capacitación y apoyo técnico, en la construcción de una visión de estrategia compartida que busque lograr el mayor impacto de las intervenciones que atiendan a las prioridades locales.

En este sentido, este Debate Nacional nos está proponiendo una nueva forma de trabajo y nos muestra que estamos avanzando en la descentralización de las políticas sociales y, por lo tanto, en la profundización democrática a partir de la posibilidad de concretar mayores niveles de participación y articulación.

El dispositivo desarrollado por el MIDES será soporte o estructura para la construcción de un Debate de todos y todas sobre el envejecimiento. La Dirección Nacional de Coordinación Territorial y la Dirección Nacional de Políticas Sociales están trabajando en el desarrollo de una estrategia de trabajo en conjunto con los actores territoriales. Y cuando me refiero a la Dirección de Coordinación Territorial me refiero a los equipos centrales pero, fundamentalmente, a los 33 equipos territoriales que se encuentran en todo el país y que son quienes corporizan al MIDES en el territorio y por ende los que llevan adelante y hacen posible llegar a todos los ciudadanos y ciudadanas.

Esperamos que todos nos acompañen.

Con el equipo del Área de las Personas Adultas Mayores y demás compañeros y compañeras del MIDES tenemos grandes expectativas y muchas ganas de poder abordar esta dimensión territorial.

Gracias.

Bertha Sanseverino

Buenos días a todas y a todos.

En calidad de Directora de Asistencia Crítica e Inclusión Social voy a analizar algunas situaciones que tienen que ver con la población más vulnerable.

A partir del 1º de marzo de 2005, con el Plan Nacional de Atención a la Emergencia Social, hemos podido ingresar a obtener la información de 190.000 hogares. Imagínense lo que significó eso como apuesta social: llegar a 190.000 hogares, visitarlos y, de ahí, poder obtener toda la información. Ese es un material extraordinario y, como muy bien decía el Dr. Miguel Fernández Galeano, sirve para luego trabajar y para modificar los grandes problemas que tiene la sociedad uruguaya.

Tiene, por supuesto, una mirada de datos objetivos. Debemos construir un poco más y trabajar más en la dimensión subjetiva, cuestiones que allí podemos ir obteniendo, enriqueciendo nuestras investigaciones y ese acercamiento permanente que tenemos que tener con los actores, con los protagonistas. Por eso, muchas veces hemos insistido en hablar de protagonistas porque cambia el lugar hacia quien se está pensando estas políticas sociales.

A partir de estos datos, desde la Dirección Nacional de Asistencia Crítica e Inclusión Social es que tenemos los programas dirigidos a las poblaciones de mayor vulnerabilidad social: personas que están en situación de calle, personas que viven solas, adultos mayores con patologías. Aquí tenemos un equipo en el que está la psicóloga Estrella Domínguez, quien ha trabajado mucho en estos temas y ha acompañado mucho el trabajo del equipo del Área de las Personas Adultas Mayores. Hemos trabajado y analizado cómo nosotros vamos resolviendo el tema que citan en la Declaración de Brasilia: la preocupación de los Estados por los derechos de las personas ha ido en aumento y se ha traducido en la creación de marcos legales de protección, aunque se mantienen brechas de implementación de estos derechos y muchas personas de edad que aún no acceden a prestaciones de seguridad social, salud o servicios sociales.

Ahí está el tema de quién franquea esas brechas y cómo se franquean. Tengo la convicción de que si nosotros hemos podido avanzar en estos tres años, ha sido también porque hemos logrado la articula-

ción y la consolidación de coordinaciones y porque teníamos instituciones capaces de poder sumarse a ese gran desafío que, en su momento, fue el Plan de Atención a la Emergencia Social y hoy lo es, en su conjunto, el Plan de Equidad.

Si a esos 190.000 hogares que visitamos, sobre los que después hicimos una base de datos, la cual no hubiera sido posible sin el apoyo del Banco de Previsión Social. Nosotros armamos un sistema informático, podríamos decir que un subsistema del Banco de Previsión Social, que retroalimenta con información. Ese sistema es consultado por todas las oficinas territoriales y ahí se sabe la situación concreta de lo que nosotros hemos generado como prestación, lo cual le da al sistema una transparencia extraordinaria respecto a que ese hogar que ha ingresado al Plan de Emergencia tiene sus prestaciones actualizadas y tiene una valoración de su situación que, felizmente, ha ido modificándose en el transcurso de estos tres años y eso es importante porque nos permite desplegar otros componentes.

¿Cómo hemos ido resolviendo el entorno del Plan de Equidad? Con las personas de 65 años, ha sido con una prestación que se ha llamado asistencia a la vejez. Actualmente están siendo beneficiarios de esa asistencia a la vejez 2.232 personas mayores de 65 años, hasta los 69; luego, a los 70, pasan a la prestación que tiene el Banco de Previsión Social que es la pensión a la vejez.

Todo esto significa el acompañamiento, porque todos estos casos fueron analizados y visitados. El objetivo aquí es cómo romper las brechas a las cuales no han podido llegar muchas personas. Aún tenemos a muchas personas que estaban en el Plan de Emergencia, mayores de 70 años, que no tienen pensión a la vejez. Ahí estamos articulando también con el Banco de Previsión. Sea porque vivían en zonas muy distantes, sea porque había una serie de cuestiones culturales a superar para poder hacer el trámite; todo eso es lo que estamos resolviendo.

Lo hemos resuelto, también, en otros temas: por ejemplo, cuando pusimos en funcionamiento el Programa "En el país de Varela, Yo Sí Puedo". Aquí participaron 3.000 personas y de ellas 130 eran adultos mayores. Ahí también hicimos fuertes coordinaciones con los organismos competentes. Podemos decir que, respecto al tema salud, ustedes recordarán, que junto a la colaboración del gobierno cubano, con el tema ocular, hicimos un convenio,

porque ahí había una deuda de muchos años: personas que estaban esperando en listas en los distintos servicios públicos y otros sin posibilidades de tener los recursos muy altos que les exigían los servicios privados.

Allí hicimos una movida muy importante, hicimos muchos viajes a Cuba. Llegaron a viajar y a operarse de cataratas 1.963 personas. Viajaron prácticamente de todos los departamentos del país. De esas personas, el 63% eran adultos mayores de 65 años (1.234), es decir que viajaron, se operaron y pudieron recuperar alegría, esperanzas y otra manera de vivir.

Creo que es muy importante, en este juego de inclusión, cómo nosotros incorporamos a estos adultos mayores que necesitan muchos temas de resolución, en los temas de salud, en problemas de salud mental. Algunos estudios, obviamente, los tendrán que hacer actores más capacitados, para que lo que van diciendo los organismos internacionales y nuestras propias conclusiones políticas vayan cada vez caminando en esa línea.

Somos muy conscientes de que eso genera muchísimo más trabajo, pero que da enormes satisfacciones. Debo decir, para desmitificar algo que se ha generalizado como una mirada del rol pasivo de los sectores indigentes, de querer ubicar en el lugar

de asistido porque esa es la cultura en la cual han estado, sin embargo, el Plan de Emergencia y lo que vamos realizando este año nos ha mostrado que cada vez que hemos abierto oportunidades laborales, educativas, socioculturales, ha habido una demanda extraordinaria, incluso demandas que, por cuestiones de posibilidades de colmar a todas, no hemos podido hacerlas.

Creo que hay que desmitificar esa sociedad que se cierra, que no estaría dispuesta a dar paso a la integración. Ahí la apuesta es de los servicios sociales institucionales, que tenemos que estar más cerca de la gente, tenemos que salir más. Nos hemos dado cuenta que el tema de situación de calle, donde hay muchos adultos mayores, no alcanza con tener los servicios y esperar a que vengan. Hoy estamos haciendo equipos móviles que vayan a la búsqueda y que esté al servicio donde está el protagonista, que necesita un puente muy fuerte de inclusión social. No se le puede pedir a él, se tiene que pedir a nosotras, que estamos en una tarea social extraordinariamente rica y compleja.

En ese camino vamos a seguir trabajando y cuantos más seamos, mejor va a salir todo.

Muchas gracias.

Mesa 2. Las transformaciones demográficas y el proceso de cambio social

- > Representante Auxiliar del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para Uruguay, Juan José Calvo.
- > Representante de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe- División de Población de la CEPAL, Sandra Huenchuan.
- > Representante de la Red Interdisciplinaria sobre Envejecimiento y Vejez (REV) de la Universidad de la República, Darío Vallejo.
- > Representante de la Organización de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU), Myriam Cirizola.

Juan José Calvo

Comenzaré diciendo que, además de que hago absoluta y total concordancia con el marco conceptual que presentó Mirza sobre cómo esto debe ser tratado, que revela, como ya hemos dicho en otras situaciones y mesas de diálogo, una enorme madurez intelectual por parte de quienes están llevando adelante políticas sociales; me gratifica doblemente en la condición de una especie muy rara avis en Uruguay, que somos los demógrafos y demógrafas. Está aquí Sandra Huenchuan, colega de CEPAL; está Mariana Paredes y Martín Koolhaas. Sandra no reside en Uruguay, pero Mariana, Martín y yo debemos representar fácil el 40% de la población de demógrafos y demógrafas de Uruguay.

El subtítulo de este debate no lo puedo encontrar más feliz. El envejecimiento tiene que ver con un tema de equidad intergeneracional y ese es el punto.

Voy a dividir esta exposición de diez minutos, que estoy improvisando respecto a la que tenía, porque no tiene sentido repetir lo que se ha dicho muy bien, en dos partes.

Qué nos pasó y qué pasa en el mundo y qué nos pasó, qué pasa y qué nos puede pasar en Uruguay desde una perspectiva muy demográfica y económica, porque esas son mis vertientes de capacitación.

El envejecimiento no es un tema del Uruguay. El mundo joven. La estructura del mundo hoy es una estructura joven, pero está envejeciendo muy rápidamente. Esto es particularmente cierto para la región de América Latina y el Caribe. Voy a parafrasear aquí algunos conceptos y cifras que nuestros

colegas de la División de Población de CEPAL y del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), que produjeron en ocasión del panorama social de CEPAL hace un par de años atrás.

Algunos conceptos importantes a tener en cuenta: las transformaciones demográficas son parte del proceso de cambio social y económico. Tengamos eso como un mandamiento importante. Se enmarcan en el proceso de la transición demográfica y los desafíos (esto es muy importante para pensar en políticas) que plantean esas transformaciones no siempre se identifican a tiempo ni adecuadamente, a pesar que son plenamente predecibles.

En el caso del mundo y de América Latina y el Caribe en particular, el proceso de envejecimiento avanza con suma rapidez. Las causas para la región ya han sido explicitadas, en forma sucinta, en la presentación de María Noel Sanguinetti, no las voy a repetir; tiene particularidades sí para el caso de Uruguay que sí valen la pena comprender para pensar el tema y por qué la situación demográfica del país nos ha pescado en la situación en la que estamos.

Simplemente reiterar que en el caso de América Latina hemos tenido una transición demográfica acelerada. No ha sido el caso del Uruguay, pero pongámonos en el mundo y la región. Ha sido heterogénea entre y alrededor de los países. Este sí es el caso de Uruguay. La transición demográfica no ocurre de igual forma si se consideran divisiones de la población. Si miramos las pirámides de población que está por debajo de la línea de pobreza son totalmente distintas a las pirámides de población que está por encima de la línea de pobreza y, ade-

más, podríamos hacer consideraciones de carácter territorial al respecto, pero la primera es la más relevante.

Alguna cifra que me parece relevante para entender la velocidad y el volumen que esto está teniendo, que son cifras de CEPAL, desde el CELA-DE. Entre el 2000 y el 2050 la población de mayores se va a triplicar, y hacia el 2050 estamos pensando que en América Latina y el Caribe uno de cuatro latinoamericanos va a ser un adulto mayor. Es enorme y veloz el proceso.

Pensemos que la esperanza de vida creció 20 años en los últimos cincuenta años en la región, que es unos ocho años mayor que en las regiones en desarrollo, pero sigue siendo la segunda más alta por regiones en el mundo. Para relativizar lo anterior, la mortalidad de la región es exactamente la misma que la mortalidad de los países desarrollados, hace cuarenta años. Todo depende con el punto relativo con el que nos estemos midiendo como región, si estamos bien o estamos mal.

Voy a omitir otras consideraciones respecto a lo que pasa en América Latina y el Caribe, pero es importante saber dónde estamos. ¿Qué pasó con Uruguay? ¿Por qué estamos donde estamos? ¿Cuál es nuestra situación y qué es lo que probablemente nos va a pasar?

Uruguay no se comportó como todo lo anterior. Uruguay fue un caso particular demográficamente hablando, y tiene mucho que ver con su historia económica, principalmente, desde mi punto de vista, y este es un punto de vista opinable, para esto tenemos un Debate, aunque, por supuesto, con mucha vinculación con otros factores determinantes de la ocurrencia de la dinámica demográfica. Uruguay procesó muy tempranamente, muy precozmente su transición demográfica. Una diferencia de diez años de distancia con España y con Italia, y esto no es casualidad. La composición demográfica del país desde su origen responde a patrones muy distintos a los del resto de la región. No tuvimos, demográficamente hablando, poblaciones importantes, desde el punto de vista de su peso, autóctonas y las poblaciones de inmigrantes venían no solamente con sus valijas, sino con sus comportamientos demográficos. Por lo tanto, en un contexto de alta producción de proteínas, con redes tempranamente extendidas de protección social, ocurrió lo esperable. Nuestra

transición demográfica avanzó con muchas décadas de adelanto respecto a la región.

A su vez, la demografía uruguaya fue (y ahora no tenemos que pensar ni en años, ni en décadas, sino en grandes bloques de tiempo) plenamente funcional al proceso económico que el país vivió. Cuando el país tenía una matriz productiva que determinaba una inserción dinámica en su comercio internacional, la demografía uruguaya se adaptó perfectamente a esto. Tuvimos los momentos de las grandes inmigraciones. Nuestro comportamiento reproductivo y nuestra mortalidad fueron funcionales a esa inserción económica y al funcionamiento de la economía uruguaya en su interior y con su relación con el mundo.

Cuando el modelo frontera-pradera-puerto dejó de ser funcional para una correcta inserción dinámica en el comercio internacional, demográficamente pasamos a tener un modelo pradera-frontera-aeropuerto y la respuesta demográfica fue inmediata. Hace más de cuarenta años que tenemos instalados estructuralmente los procesos de inmigración internacional en nuestra dinámica demográfica. El comportamiento reproductivo de los sectores medios se retrajo, en clara anticipación, adaptando y considerando las expectativas que tenían.

Por lo tanto, esto nos explica, en gran medida, cómo hemos llegado a esta situación. ¿Cuál es la situación demográfica que tenemos en el país? Alto grado de avance en el proceso de transición demográfica, en la primera transición demográfica, quiero aclarar. Esto es lo que produce el envejecimiento de la población, ya fue dicho antes. El fuerte proceso de inmigración internacional no hizo otra cosa que profundizar ese proceso de envejecimiento, porque la probabilidad de emigrar de las personas jóvenes es considerablemente más alta que la de las personas no jóvenes, pero, además, eso produce un eco: las personas jóvenes no solamente son jóvenes para estar en edad activa y trabajar, sino que son los que maximizan su reproducción biológica y, por lo tanto, hay un eco, demográficamente hablando, y es que las personas migran con sus hijos o tienen a sus hijos en las economías a las cuales han emigrado.

Los desafíos que todo esto genera, qué es esperable que ocurra demográficamente si nosotros consideramos que la hipótesis es una estructura de modelo productivo como la que tenemos. Es espe-

rable más de lo que está ocurriendo. Nada indica que vayamos a tener una modificación sustantiva en el comportamiento de los patrones reproductivos. Vamos a estar, seguramente, rondando la tasa de reemplazo, un poquito más alguna vez, un poquito menos alguna vez. Los procesos de migración internacional, que están ya incluidos estructuralmente en el comportamiento demográfico del país, se van a activar con mayor intensidad si el ciclo económico tiende a la baja. Esto ya lo hemos aprendido. Es muy eficiente, además, el funcionamiento del sistema de redes uruguayo. Los sectores medios, particularmente, han aprendido con rapidez cómo actuar ante la presencia de una crisis económica. No esperan los efectos de la crisis a nivel micro, directamente se anticipan y migran antes que eso ocurra. Es esperable que, en términos de mortalidad, continuemos observando la evolución que estamos viendo en este momento.

Es importante señalar que históricamente tenemos un descenso continuo, permanente de la mortalidad infantil, en particular. Es esperable que esto continúe ocurriendo y que llegue al piso factible, dado el punto de conocimiento que tenemos en el campo, en un plazo relativamente razonable. La tendencia es bastante clara. Uno observa las tendencias de las últimas décadas y si bien se podría haber objetado que el avance podría haber sido un poco más veloz, lo claro es que la tendencia indica el punto hacia ese lado.

¿Qué se nos suma en Uruguay a esto, tal vez incluso hasta como novedoso? Se nos suma que, además, Uruguay tiene, en las últimas dos décadas, un muy profundo avance en lo que se denomina la segunda transición demográfica. Espero que Mariana Paredes intervenga en este Debate...

Esto entremezcla problemas demográficos con problemas vinculados a las políticas sociales. Se cruzan agendas, porque lo que tiene la demografía no es posible considerar cada uno de estos factores por separado, todos interactúan entre sí. Esto ha hecho que sea tan problemática la adopción de políticas de población, porque, en primer lugar, son difíciles en sí mismas, porque son complejas: una medida de política monetaria termina repercutiendo en el comportamiento demográfico, por ejemplo. Y, en segundo lugar, históricamente el Uruguay, en función de todas esas peculiaridades que describí, no se identificó a sí mismo como un país que tu-

viera problemas en términos de población, porque se identificaron como problemas de población otro tipo de problemas: los problemas derivados de las altas tasas de crecimiento demográfico, por ejemplo; pero no avanzó, como bien citaba Miguel en su intervención del inicio, históricamente hablando, no pensó, no consideró o no percibió, particularmente las elites académicas y políticas, que lo que estaba enfrentando eran problemas de una demografía de primer mundo en un contexto económico para la resolución de estos de tercer mundo. Es decir, avanzamos procesos demográficos muy similares con los que avanzó España, Italia o Francia, simplemente que los márgenes para solucionar los problemas que generaba esa nueva demografía eran extremadamente distintos. Esto ha conllevado una situación de dificultades e insatisfacciones desde el punto de vista de la mirada generacional de quienes estamos en la sociedad uruguayo.

Por eso, reitero, el subtítulo de esta actividad es particularmente inteligente: el problema no es de los viejos ni de los jóvenes, es un problema intergeneracional y cualquier solución tiene que tener una mirada integral de todas las generaciones simultáneamente; cualquier medida que se tome que afecte a una generación, afecta, por definición, a todas las generaciones que hoy convivimos en Uruguay.

Muchas gracias

Sandra Huenchuan

Quiero agradecer, en nombre del CELADE-División de Población de la CEPAL, la invitación a este Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio que ha organizado el Ministerio de Desarrollo Social del Uruguay, con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

En el año 2006, la CEPAL _durante su XXXI Período de Sesiones realizado aquí en Montevideo_ planteó la necesidad de avanzar en la construcción de nuevo pacto social que amplíe los niveles de protección social a todos los sectores de población. Un año más tarde, en la II Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento realizada en Brasilia, este llamado se amplió, incluyendo explícitamente la situación de las personas mayores dentro del marco general de los derechos humanos, y en particular, de los derechos económicos, sociales y culturales.

El envejecimiento de la población es un fenómeno cada vez más común en los países de la región; aunque, indiscutiblemente, se trata de un proceso muy heterogéneo debido a que no todos los países están en la misma fase de envejecimiento demográfico. Hay algunos que se encuentran en un estadio de envejecimiento incipiente _por ejemplo, Bolivia, Guatemala, Paraguay, Honduras, Haití, entre otros_ y que coinciden con aquellos que presentan debilidades institucionales profundas, y donde los mayores desafíos en términos demográficos se dejarán sentir en el futuro, debido a que el sector de edad avanzada es aún menor dentro del conjunto de la población nacional. En el otro extremo, se ubican los países de envejecimiento avanzado como Cuba, Puerto Rico, algunos de los países del Caribe angloparlante, y el Uruguay.

Nuestro énfasis en la heterogeneidad del proceso de envejecimiento poblacional tiene que ver, entre otros aspectos, con los retos de políticas públicas que se derivan de la dinámica demográfica, puesto que existen desafíos diferentes en función de las disímiles cuestiones que hay que enfrentar. Cada sociedad definirá cómo aborda el envejecimiento, pero ello debe conllevar los marcos de referencia que deben ser insoslayables para las decisiones en torno a este tema, y sobre los cuales me referiré más adelante.

Pero la heterogeneidad, no sólo es la característica principal del proceso de envejecimiento demográfico de la región; sino, también es uno de los rasgos predominantes de la población de edad avanzada. Para ilustrar esta afirmación quisiera que comentemos algunas evidencias. En el Uruguay, junto con el Brasil, la cobertura de la seguridad social es amplia y las brechas entre el ingreso por seguridad social y ingreso por trabajo son también menores que en los demás países documentados. Esta es una característica que los diferencia de la tendencia regional, y que influye en las posibilidades de inclusión económica y social de las personas de edad. No se trata de un grupo desprotegido económicamente; sino, por el contrario, de un sector que aporta de manera sustantiva a sus familias, y que contribuye a dinamizar la economía nacional.

Otro aspecto relevante para conocer la situación de las personas de edad es analizar el acceso de los servicios de salud en la vejez. De acuerdo con los datos disponibles en la región, a menor ingreso y mayor edad hay más dificultades para acceder a la salud. A ello se suma, en el caso específico de las personas de edad de menores ingresos, el hecho que generalmente se atienden en el sistema público de salud, lo que deriva en dificultades y desafíos específicos para dicho sector, los que a su vez deben ser abordadas en el corto y mediano plazo para atender un demanda en constante aumento.

Dentro del abanico de aspectos que tenemos que abordar se ubica asimismo el de los entornos. De acuerdo a los datos del Latinobarómetro 2006, el trato hacia las personas de edad es considerado, en general, malo o muy malo según la opinión de los entrevistados. En una amplia cantidad de países, más del 50% de los encuestados consideran que el trato de las personas de edad es deficiente. En el caso de Uruguay, más del 50% de las mujeres y cerca del 50% de los hombres evalúan que es negativo. Ello tiene consecuencias para la construcción de la subjetividad y de la imagen social de la vejez, lo que condiciona en muchos casos, la plena integración de este grupo poblacional.

Ahora bien, y retomando uno de los puntos al que aludía en el inicio de esta charla, existen marcos de referencia que deben ser tomadas en consideración para abordar el fenómeno del envejecimiento. Esto quiere decir que las acciones públicas y las ins-

tituciones encargadas de la atención de personas mayores, deben basarse explícitamente en las normas internacionales sobre derechos humanos

A partir de lo recién mencionado, quisiera identificar de algunos elementos que pueden ser útiles para encuadrar este debate nacional que está impulsando el Ministerio de Desarrollo Social.

El diagnóstico de la CEPAL sobre los sistemas de protección indica que se trata de una promesa inconclusa. El Estado de bienestar_ o el Estado protector como se llamó en América Latina_ basado en la sociedad del trabajo no incluye a plenamente a toda la población. Hoy en día el acceso universal a los sistemas de previsión social por la vía del trabajo _por la precariedad del empleo y el aumento del empleo informal_ es extremadamente complejo de lograr.

Si revisamos las estadísticas regionales, hallamos que solamente cuatro de cada diez personas en América Latina accede a la seguridad social. Eso es diferente en el Uruguay, pero, en términos de la región, debemos decir que el sistema de protección social, tal cual fue construido, en la actualidad no cumple la función para la que fue diseñado.

De igual manera, los cambios demográficos y tecnológicos están agregando nuevos desafíos para los sistemas de protección social para los que se precisan respuestas colectivas y sistemáticas. Hoy en día la protección social enfrenta el reto de incorporar nuevos riesgos. El más evidente en sociedades envejecidas, es el de la dependencia, en un escenario donde las tendencias sociales vigentes suelen entrar en conflicto con las tradicionales formas de protección que brinda la familia.

Como ha dicho la CEPAL, tenemos que alcanzar un nuevo consenso político en relación con las políticas públicas con el fin de universalizar la protección social y fortalecer el componente de solidaridad. Ese consenso debe contar con una dimensión normativa, una dimensión instrumental y una dimensión de intervención.

La dimensión normativa se refiere, principalmente a lo que se planteaba hoy en la inauguración de esta actividad: existen tratados internacionales de derechos humanos y cuando diseñamos las políticas sociales tenemos que hacerlo a la luz de las recomendaciones del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y del Proto-

colo adicional de la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales, principalmente.

El componente instrumental se refiere a que la legislación y las políticas sociales deben promover y proteger los derechos y libertades fundamentales. Para que se concreten, se requiere que los poderes políticos establezcan los medios y los recursos con que se harán efectivos, como la constitucionalización de derechos, la creación de leyes especiales de protección y las políticas o planes de acción para garantizar los derechos. Asimismo, es necesario asignar presupuestos que financien las disposiciones normativas y políticas a las que un país se compromete.

Por último, la dimensión de intervención, se expresa en acciones concretas de aplicación y de responsabilidad, que se ponen en práctica mediante programas sectoriales o específicos (salud y vivienda, entre otros), considerando en especial que su orientación y sus prestaciones o servicios permitan avanzar en el cumplimiento de los derechos. Como características básicas, estos programas deben ser universales y contar con mecanismos para hacer exigibles las prestaciones y servicios.

Estos y otros aspectos fueron abordados por los países miembros de la CEPAL en la II Conferencia Regional Intergubernamental sobre el Envejecimiento, y ese debate se plasmó en la Declaración de Brasilia, la que reforzó el principio de los asuntos de envejecimiento y de equidad entre generaciones están muy estrechamente relacionados, son interdependientes y tienen que ver con aspectos amplios de política pública.

Existen elementos comunes que enfrentamos como región y compartimos en muchos casos los enfoques que guían la acción. Sin embargo, el contexto nos obliga a pensar los asuntos de las políticas sociales a partir de la realidad que vivimos. En el caso del Uruguay, es fundamental fortalecer los espacios de diálogo social y, como ha indicado el representante del UNFPA, el tema de envejecimiento no debe quedar circunscrito únicamente a la generación de personas de edad del 2000; sino también debe ser abordado desde la perspectiva de las generaciones que vienen.

En definitiva, la invitación es a considerar en plenitud los cambios demográficos y evaluar, si las

respuestas en uso pueden garantizar a todos los ciudadanos y las ciudadanas el nivel de protección adecuado en marco del respeto y garantía de los derechos humanos.

Muchas gracias.

Darío Vallejo

Muchas gracias por la invitación a la Universidad de la República y a la Red Interdisciplinaria sobre Envejecimiento y Vejez (REV). Buenos días a todos y a todas los que están acá y en distintas partes de Uruguay.

Vamos a ir reflexionando sobre el papel de la Universidad de la República, particularmente de la Red Interdisciplinaria sobre Envejecimiento y Vejez (REV), en los posibles aportes que ya están haciendo, de hecho, y en los avances que se puedan dar en este Debate respecto al desarrollo de políticas sociales y, en general, de la protección social.

Sólo a título informativo, vamos a compartir con ustedes una historia breve de la Red. Se creó a partir de una decisión del Consejo Directivo Central de la Universidad de la República el 5 de mayo del 2002, luego de una serie de encuentros de coordinación temática, a nivel académico dentro de la Universidad, que venía nucleando distintas profesiones y formación terciaria.

Ya en la segunda reunión, en el segundo semestre del 2001, había una nutrida participación de servicios universitarios: Medicina, Enfermería, Tecnología Médica, Nutrición, Odontología, en fin, programas temáticos y territoriales de extensión, como el Programa Apex, todo lo cual configuró, en ese momento, un cambio interesante respecto al abordaje de la Universidad a la temática del envejecimiento y de la concepción misma del envejecimiento y, por tanto, a los caminos que, posteriormente, se podrían ver a nivel de investigación, de docencia y de consejo.

La Red de Envejecimiento participó en la organización de diversos eventos nacionales y departamentales y ha tenido una actividad bastante estable en la búsqueda de creación de formación terciaria especializada en la temática del adulto mayor. Esto se ha hecho a nivel de distintas propuestas. Una tiene que ver con la propuesta de formación de una Maestría en Gerontología Social, pero, particularmente, ha caminado, sobre todo, a partir de la docencia especializada, en algunos casos a nivel de posgrado, en otros a nivel de prácticas curriculares de estudiantes o pasantías y desarrollando distintos servicios de extensión universitaria que buscan repensar la temática del adulto mayor y la ejecución

de programas concretos, intentando crear cambios en los modelos de intervención a nivel de políticas sociales en distintos aspectos.

La Red Interdisciplinaria sobre Envejecimiento y Vejez (REV) en esta trayectoria ha participado, en diversos momentos, de una creciente inquietud y organización de la discusión a nivel del gobierno, de organizaciones no gubernamentales y a nivel académico, lo cual nos coloca en una coyuntura bastante distinta que la que teníamos en el momento que se creó la Red Temática, particularmente fértil.

Una de las cosas que queremos destacar, que parece más importante, es la estrategia adoptada por el Mides para la generación de este Debate. Con estas últimas participaciones creo que hemos llegado a ver a la temática del envejecimiento como un problema global y una noción sobre el que está envejeciendo que tiene que repensarse a sí misma. Eso implica una naturaleza del Debate Nacional que excede el ámbito académico y el ámbito de los decisores de políticas sociales y que debe incluir a los actores sociales, los directamente involucrados; los que trabajan con adultos mayores, pero, también, a la población en general.

Esto sólo es posible desde una lógica territorial, desde la lógica de dónde están localizados los actores sociales. Tal vez sea importante agregar otro argumento de por qué realizar este Debate a nivel territorial. No sólo porque la fijación de los programas es a nivel territorial, sino porque las realidades, la complejidad de las realidades concretas de la vida cotidiana del adulto mayor implica un cuestionamiento constante al desarrollo y al modelo de políticas sociales y, por lo tanto, debería ser el ámbito más adecuado a partir del cual construir una reconfiguración de las políticas hacia el adulto mayor.

En ese sentido, la Universidad de la República tiene como compromiso básico, que ya viene desarrollando, de contribuir activamente y de forma productiva a la temática, que se va discutiendo a nivel nacional y, en este caso, particularmente a través de la Red de Envejecimiento, hay un desafío particular de los servicios que están involucrados en la Red para, en primera instancia, formar el personal técnico y profesional en cantidad suficiente para enfrentar esta diversidad de problemáticas, y en segunda instancia, no menos importante, de la calidad adecuada y por una perspectiva que sea in-

tegral, que pueda recoger los debates y los conocimientos actuales de la gerontología.

Una de las cosas que planteamos es que la Universidad, desde sus tres ejes, puede aportar de forma diversa. En el eje de la enseñanza, a nivel académico, ya se está avanzando y se ha ido evolucionando en el tiempo en la formación centrada en la medicina hacia otras disciplinas a nivel de posgrado. Se está avanzando, también, en la discusión, generando espacios amplios de debate académico que generan un repensar de la temática del envejecimiento.

Respecto a la enseñanza, existe también una constante contribución de la Universidad a través de prácticas curriculares y pasantías, de manera que la relación entre la Universidad y la Red Temática, en particular, pretende ser una relación que no esté situada sólo en el plano académico, sino en estrecha relación con lo que ya está funcionando en políticas sociales. En este caso se ha centrado, particularmente, el área de la salud. Hay una participación bastante activa de la Red de Envejecimiento en el área de la salud. En el área de enseñanza el aporte tiene que ver, básicamente, con la formación y con la extensión.

En la parte de investigación, o sea, el segundo pilar importante de la Universidad, la Red Temática viene haciendo investigaciones, ha generado una publicación y, tal vez, lo más relevante en este punto es resaltar la necesidad de creación de una agenda más o menos consensuada y coordinada de investigación, entre los distintos servicios de la Universidad de la República y con otros ámbitos, por ejemplo, con el Instituto Nacional de Seguridad Social, de manera que podamos tener, ante la necesidad de conocimiento más o menos inmediatos para la adopción de medidas, insumos que lleguen a tiempo y en forma coordinada y complementaria, provenientes de la investigación.

En el ámbito de la extensión universitaria más específica, la Universidad de la República tiene una línea clara de desarrollar programas integrales que tengan una constitución interdisciplinaria y que, a su vez, sean concretos en su organización, en el sentido que estén directamente relacionados... De manera que este ámbito podría ser un ámbito propicio donde pensar, a partir de iniciativas concretas, el funcionamiento de sistemas o microsistemas de políticas sociales, a partir de los cuales evaluar cos-

tos, procedimientos, protocolos y, eventualmente, generar propuestas de aplicación.

Una de las cosas que tenemos que construir a partir del lanzamiento del Debate es un consenso a partir de qué es lo que queremos discutir. Hay algunos ejes temáticos y algunas realidades que nos interpelan desde distintos ángulos y que nosotros proponemos que sean tomados dentro del debate a nivel regional y departamental.

Mencionamos algunos: retiro laboral abrupto; la reconversión del sistema privado; el riesgo psicosocial, particularmente la tendencia a los índices que se han encontrado últimamente como los riesgos de subsidios; la concreción de acuerdos internacionales y en ámbitos de derecho positivo nacional, ya que tenemos un defasaje y tenemos que priorizar por dónde avanzamos, y la generación de servicios especializados en la temática del adulto mayor, para el nivel primario de salud.

Tenemos un sistema de salud que no estaba pensado para trabajar a nivel de atención primaria de salud. A nivel mundial existen diversos subsistemas complementarios y progresivos de atención de salud, que deben ser tomados como insumos para crear una política nacional.

El empobrecimiento de las redes sociales y vinculares es una temática que tiene muchísimo que ver con el capital social y con la capacidad del adulto mayor para salir adelante, pero, también, tiene una particularidad general. Tiene que generarse un marco normativo, pero de desempeño técnico, que genere un piso mínimo a partir del cual se intervenga en áreas del adulto mayor.

Muchas gracias

Miryam Cirisola

Buenos días a todos y a todas. Gracias por la invitación del Área de las Personas Adultas Mayores del Ministerio de Desarrollo Social.

El encare de esta temática lo vamos a decir de esta manera: algo sobre envejecimiento y sociedad, visión de Organización Nacional de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU).

Esta temática tan importante es realmente sentida en nuestra organización y tratamos de tenerla presente en cada una de nuestras exposiciones. La encararemos desde dos puntos de vista: sobre el envejecimiento y la sociedad y el envejecimiento satisfactorio. En la vista de esta realidad, desde nuestra organización, es el segundo punto.

En el primer punto de vista, somos uno de los países más envejecidos de América Latina, como ya se ha dicho, con un 17,7% de mayores de 60 años y 13% de mayores de 65. Compartimos esta realidad con otros países de América Latina, como son Chile, Cuba, Argentina; Cuba más envejecida, Chile y Argentina menos envejecidos.

La transición demográfica, o sea, la disminución de la natalidad, la disminución de la mortalidad y, en nuestro país, la emigración nos llevan a la constatación de esta temática. Así, el desarrollo de las políticas sociales al respecto deben ser tratadas. Nosotros encaramos en nuestra organización, fiel reflejo de nuestra sociedad, los temas económicos, la vivienda y la salud. Estos tres ejes, que son pilares fundamentales de nuestro estado de bienestar, son los que constantemente están presentes en cada una de nuestras plataformas.

Hay factores asociados al estado de bienestar subjetivo en el adulto mayor que, según la literatura, son estos mismos, aparte de la edad, el apoyo social, la depresión y el género. Los planteamientos de Ryff en 1989 investigan el estado de bienestar subjetivo y lo caracteriza en las siguientes dimensiones.

- > Autoaceptación: considerada como la figura central de la salud mental, característica de la madurez, de la realización personal y del óptimo funcionamiento.
- > Relaciones positivas con los demás: importantes para la capacidad mental.
- > Dominio del ambiente: se deben crear ambientes acordes a cada persona, en los que no sólo se pueda sentir con autosatisfacción, sino también

con control de algún modo del entorno y de la participación en la misma.

- > Crecimiento personal: significa el desarrollo de la propia persona, de su propio potencial; crecer, expandirse como persona.

Hay una cantidad de pérdidas psicosociales que pasan durante la vejez, lo que parece determinar, en algunos ancianos, su incapacidad para percibir sus competencias, sus habilidades y los aspectos positivos del entorno que les rodea y de la vida en general. Hay estudios que calibran la pérdida de la autoestima a medida que pasan los años, y como dice Fernández Ballesteros la autoestima es la base de la calidad de vida de los ancianos.

Asimismo, Mroczek y Kolarz, en 1998, señalan la importancia de algunas variables contextuales y de personalidad la relación que hay entre la edad y el bienestar, encontrándose mejores índices en las personas casadas y extrovertidas, disminuyendo en extrovertidos y solteros.

Resumiendo la autoaceptación, la autoestima y el propósito de la vida tiene que ver con muchos de los síntomas asociados con la depresión, así como el dominio del ambiente, lo social, o sea, las relaciones positivas con los demás y el apoyo social recibido.

A partir de los 60 años se entra, biológicamente, en una etapa de presenectud, en donde la mayor parte de los casos hay una involución de las condiciones físicas y mentales, reestructurándose las funciones psíquicas, pero no llegando a una desintegración.

Las etapas de la vida se interrelacionan entre sí, y así lo han estudiado muchos autores, analizándolos y dándole la razón a los que dicen: se envejece, según se ha vivido. En 1982 las Naciones Unidas adoptaron el eslogan “añadir vida a los años” e incluyen cinco fundamentos rectores de las políticas sociales: independencia, participación, cuidado, dignidad y desarrollo personal. Estos principios son elementos imprescindibles en el desarrollo del envejecimiento satisfactorio, junto a otros criterios como son la larga vida con salud física, la eficacia conductiva, las competencias sociales, el control personal y la satisfacción vital.

En el concepto de envejecimiento satisfactorio se separa el proceso de envejecer de los efectos de la enfermedad, puesto que el envejecimiento satisfactorio se define como aquel que logra evitar la enfermedad y la discapacidad, manteniendo el

funcionamiento físico y mental. Se considera que las personas mayores deberán mantenerse activas y comprometidas con la vida social y familiar.

Este envejecimiento se basa en la salud, o sea, ausencia de enfermedad; la habilidad funcional, o sea, ausencia de la discapacidad; el buen funcionamiento cognitivo y la gran participación vital.

Esto significa un avance sobre los modelos tradicionales de envejecimiento, con un estado general positivo, sintiéndose el 60% bien. Se refiere a la idea del ser humano como unidad biológica y psicológica dentro del entorno social. Así la política de prevención requiere incluir estilos de vida tan variados como estilo de vida y salud, ejercicio físico y salud, entrenamiento cognitivo, redes de apoyo social, relaciones interpersonales y vinculación familiar.

Recordemos también, en este contexto, el papel del ocio como crecimiento personal que incluye la libertad de elección y la selección del mismo, así derivando en resultados beneficiosos para la salud de la persona.

En el contexto de la importancia de lo social para el adulto mayor está la cercanía intergeneracional que sucede en el entorno familiar. Se mantiene el papel del abuelo/a, con la integración de estos a la familia a pesar de la estampa del viejo abandonado, internado por sus propios familiares. Ahí está la contraposición.

María Teresa Bazo en un estudio de investigación en España ve que hay una imagen de “abuelidad” positiva, en general, basándose en la complementariedad con respecto a la figura de los padres, pues representa la parte agradable del proceso educativo, junto a la imagen de tradición. Esto sucedió en el País Vasco, donde se hizo la investigación.

Deberemos recordar, más allá de estas investigaciones, lo que significa la presencia la presencia y el rol del abuelo, afecto, tiempo, protección, seguridad, siendo siempre un elemento de referencia.

¿Cómo vemos desde nuestra organización esta realidad? En todo nuestro accionar hemos vertido estos conceptos de calidad de vida del adulto mayor, del estado de bienestar y la interrelación dinámica entre estos términos y la salud de la persona. Nos ha sido bastante difícil en una sociedad que, generalmente, discrimina a los viejos y los ubica en: ya no producen, son pasivos, son caducos, ya no estás, ya fuiste, etcétera.

Acá no está pasando lo que se investigó en Es-

paña, ya que lo que vemos normalmente es que la discriminación intergeneracional existe en nuestra sociedad. No existe en la familia y en entorno social en el que nos desenvolvemos incluso a nivel sindical, pero está en la sociedad en su conjunto.

En el libro de Psicogerontología del último congreso, en el capítulo desarrollado por Mariana Paredes, respecto a la “Vieja vivida, la edad en perspectiva”, la pregunta con que se empieza es ¿qué es ser viejo? Y en apretado resumen de algún concepto de este trabajo podemos decir que, aferrándonos a lo que dice la autora, que en año 2040 habrá, según las proyecciones demográficas, la misma cantidad de jóvenes menores de 15 que de viejos por encima de 65 años. Por lo que habrá nuevos desafíos que la sociedad deberá plantearse a solucionar.

Asimismo, se asevera la feminización en el proceso de envejecimiento como la longevidad más acentuada. En nuestra organización vivimos esta realidad, pero de distinta manera, porque hay mayor porcentaje de hombres que de mujeres. ¿Por qué? ¿Qué pasa? Temática que se deberá analizar.

¿Qué pasa con las mujeres que al pasar de determinada franja etaria decide pasar el resto de su vida en pos de algunos objetivos y no de otros? ¿En qué se basa su elección y la selección que hace de la gama de posibilidades que puede tener a su alcance? ¿Realmente tiene varias posibilidades para elegir? Preguntas que deberán analizarse y estudiarse en los distintos contextos. No hay una sola respuesta a esta pregunta. Pensamos que algunos factores que conllevan esta situación pueden ser: el papel que desempeña la abuela en la familia desde el punto de vista de la protección y cuidado de sus nietos, el machismo arraigado en nuestra sociedad que lleva a que la mujer esté en un segundo lugar o ella misma se coloque en ese lugar, el tema de la seguridad en la casa quedando la mujer al cuidado de ella y el hombre saliendo de ella.

Seguiremos con estos objetivos, tratando de que la calidad de vida de los viejos sea provechosa, útil, con la dignidad y respeto que toda sociedad le debe dar a esta franja etaria y enfrentarse a los desafíos que, desde todo punto de vista, que ello representa.

Nuestra organización, con 130 asociaciones en todo el país, sigue esta misma línea de conducta y se hace partícipe de las inquietudes que estas problemáticas encierran, mediante la discusión de estas en las asociaciones, con el debate profundo que

ameritan, y en caso de que este tipo de evento se traslade al interior del país, ONAJPU participará en cada departamento con las filiales del lugar.

Gracias.

Mesa 3. Políticas de envejecimiento en Uruguay

- > Representante del Congreso de Intendentes, Susana Rodríguez.
- > Representante del Ministerio de Turismo y Deporte, Juan Carlos Demaría.
- > Presidente del Banco de Previsión Social, Ernesto Murro.

Susana Rodríguez

Buenas tardes a todos y a todas.

Quiero agradecer al Ministerio por haber invitado al Congreso de Intendentes a tan importante Debate.

Primero que nada quiero resaltar lo oportuna que es la discusión, el diálogo, sobre políticas de envejecimiento que plantea el Ministerio de Desarrollo Social para un país como el nuestro. No se necesita ahondar en argumentos para entender que, dadas las características de Uruguay, los temas de vejez son, tal vez más que para otros países de América Latina, un desafío del presente.

No se puede pensar en desarrollar políticas sociales eficaces en Uruguay sin prestar particular atención al envejecimiento de su población. La apuesta del Mides de orientar las políticas sociales hacia los adultos mayores o, mejor dicho, hacia la vejez, de manera amplia y comprensiva, es uno de los valores agregados más importantes de este Debate.

En ese sentido, es fácil pensar en las políticas sociales referidas a los adultos mayores simplemente como servicio para un grupo de edad que, dadas sus características, tiende, fácilmente, a caer en situaciones de vulnerabilidad social.

Este enfoque es muy válido, pero seguramente si adoptamos esta posición restrictiva, deberíamos discutir, como sociedad, qué otros sectores o grupos de edad se encuentran en situaciones similares y pensar cuáles deben ser prioridad, dado que los recursos parecen ser siempre escasos para atender a todos.

La forma comprensiva de pensar en los adultos mayores que nos propone el Mides entiende a la política de vejez como parte integral de un marco de políticas sociales, orientadas a la generación de

derechos sociales y, en definitiva, como un factor de contribución al desarrollo de nuestra sociedad.

Esta forma de pensar en el tema de la vejez debe impulsarnos a trabajar en la formulación de políticas, a partir de potenciar el valor que pueden agregar en nuestra sociedad los adultos mayores, y cómo hacemos para que su aporte a la sociedad y al desarrollo sea el mayor posible, cómo trabajamos desde todo punto de vista para lograr la mayor integración social de los adultos mayores.

Seguramente es condición para ello mejorar sus niveles de salud y bienestar, tanto a través de la atención directa como facilitando el mejoramiento de las cuestiones ambientales, se favorece una vejez más saludable. Es claro que en estos dos aspectos debe haber compromiso político, y es también obvio que tanto el gobierno nacional como las intendencias destinan importantes recursos.

Ejemplo de esto a nivel municipal son la atención en las policlínicas barriales y los intentos de avanzar en las más diversas políticas municipales, como la de tránsito y transporte, espacios públicos, cultura, deporte, entre otras, contemplen en su diseño e implementación a los adultos mayores.

Como les dije antes, lo central es promover a los adultos mayores como parte de toda la comunidad y, fundamentalmente, como agentes que decididamente aportan al desarrollo de nuestra sociedad. En este sentido, nuestro desafío debe ser el de promover la transversalización, la dimensión del envejecimiento y la vejez con enfoques de género y con vocación de integración intergeneracional. Poco avanzaremos si no logramos esta transversalización en la formulación e implementación de políticas públicas. Pero este es un desafío compartido en el rol de la sociedad civil y de los grupos de adultos mayores, en la sensibilización y en la demanda, es fundamental. En consecuencia, el diálogo que se

está promoviendo tiene un papel fundamental y sólo será eficaz si se logra una convocatoria amplia y plural y, en particular, si favorece el establecimiento de acuerdos interinstitucionales con carácter intergeneracional.

La importancia de tener como objetivo la integración intergeneracional en nuestro trabajo es determinante. Nuestro esfuerzo siempre debe tratar de evitar caer en la generación de espacios cerrados. Por esto, desde diversas inserciones institucionales: municipios, ministerios y organizaciones de la sociedad civil, debemos comenzar a promover, a través de políticas específicas, la integración intergeneracional.

Seguramente deberíamos promover los encuentros entre las generaciones más jóvenes y los adultos mayores, pero, también, necesitamos entender las políticas de envejecimiento como parte de un marco integral de políticas sociales, que debe proveer derechos sociales desde el nacimiento hasta la vejez.

La territorialización de este tipo de políticas es un punto central, ya que aumenta decididamente su eficacia al contemplar las particularidades locales, al tiempo que asegura una provisión universal de servicios, facilitando el proceso a todas y todos los ciudadanos.

Nuevamente aquí los gobiernos departamentales tienen un importante conocimiento acumulado y son piezas importantes para pensar la estrategia de territorialización. Por sus características institucionales, son agentes gubernamentales privilegiados en el trabajo territorial.

La coordinación nos plantea fuertes desafíos y problemas. En primer lugar, la coordinación re-

quiere generar compromisos sobre la autonomía en el diseño y aplicación de políticas. Coordinar institucionalmente no puede significar colocar las políticas sobre la égida de algún organismo rector y menos aún uniformizar su contenido.

Las esferas de decisión y aplicación de políticas sobre la vejez deben buscar formular evaluaciones comunes y objetivos de políticas compartidos, pero deben mantener, también, la idea de que son esferas independientes, tanto de diseño como de aplicación de políticas, que obedecen, en caso de la relación de gobiernos nacionales y departamentales, a legitimar políticas diferentes.

Hago énfasis en este punto no para defender la mirada desde lo local y la autonomía de los gobiernos departamentales, sino porque sinceramente creo que entender la coordinación interinstitucional de otra manera no haría más que naufragar cualquier intento de cooperación entre actores.

Para finalizar, quiero recalcar nuevamente la importancia de este diálogo y destacar sus características en términos de enfoque, objetivos y convocatoria.

Para quienes trabajamos desde lo departamental, el pensar que nuestro trabajo también se inscribe en la lógica nacional de políticas fue siempre necesario y, a la vez, para quienes trabajan a nivel nacional pensar en la dimensión local de sus políticas y en las esferas que estas comparten con las políticas de los gobiernos departamentales parece aún más relevante.

Muchas gracias.

Juan Carlos Demaría

Buenas tardes a todos los presentes físicamente y por intermedio de los servicios de ANTEL, que nos ven desde el interior.

Parfraseando un poco a nuestro presidente, diciendo que lo primero es lo primero, quiero agradecer a este gobierno que se ha preocupado por los más infelices, como decía José Gervasio Artigas, y comenzamos en este quinquenio a trabajar profundamente en los espacios de coordinación de las políticas públicas, muestra de ello es la creación de un Ministerio dedicado a ello. Los intereses y programas reales se demuestran con hechos, y esto se refleja en un Ministerio real que coordina a nivel nacional veintitrés mesas territoriales.

Sabemos que hay un amplio porcentaje de adultos mayores que no viven en condiciones de la dignidad que merecen, pero, además, y esto es gravísimo, en las condiciones que la sociedad, décadas atrás, en su época de juventud, les había prometido que iban a vivir. Es la promesa inconclusa que alguien mencionó.

La sociedad les creó una expectativa, ahora frustrada, y eso genera desesperanza, frustración y mucha emotividad, y como envejecer es un proceso de todos, a todos nos involucra y a todos los organismos de nuestra sociedad y del Estado, entre ellos, el Ministerio de Turismo y Deporte que represento.

El envejecer para el involucrado en ese proceso de envejecimiento es un tema presente, no lo podemos dejar para el futuro y el tema transversaliza toda la sociedad y el Estado. Así como sabemos que el deporte es un derecho de todos, obviamente, también de los adultos mayores, pero quiero enfocar estas reflexiones sobre el turismo.

Mi intervención se va a referir exclusivamente al cuarto objetivo específico de esta convocatoria, que dice: crear condiciones que favorezcan la participación social de las personas adultas mayores, así como la plena inclusión en la sociedad con el fin de favorecer vidas más activas y participativas. Respetando los tres ejes centrales del Debate: derechos humanos, salud y entorno.

El turismo ya fue definido por las Naciones Unidas como uno de los tantos derechos humanos, en diciembre de 1993. Es obvio que un gran porcentaje de nuestros adultos mayores no gozan de ese derecho humano.

Quisiera leerles algunos artículos acordados por el Código Ético Mundial para el Turismo, aprobado en una conferencia el 1° de octubre de 1999 en Santiago de Chile. Lo interesante es que coincide la fecha del 1° de octubre con el Día Mundial de Adulto Mayor.

Con el apoyo de autoridades públicas se desarrollará el turismo social, en particular, el turismo asociativo, que permite el acceso de la mayoría de los ciudadanos al ocio, a los viajes y a las vacaciones.

Se fomentará y se facilitará el turismo de las familias, de los jóvenes y de los estudiantes, de las personas mayores, la posibilidad de acceso directo y personal al descubrimiento de las riquezas de nuestro mundo constituirá un derecho abierto, por igual, a todos los habitantes.

Las actividades turísticas respetarán la igualdad de hombres y mujeres. Se encaminarán a promover los derechos humanos y, en particular, los derechos específicos de la población más vulnerable, especialmente los niños, las personas mayores, las personas con discapacidades y las minorías étnicas.

Luego habla de algunas obligaciones de los agentes del desarrollo turístico. Según la misma Organización Mundial de Turismo, se define al turismo social como acción de desarrollar las condiciones necesarias que permitan el acceso al turismo de amplios sectores de la población, los cuales, por insuficiencia de medios económicos, por falta de hábitos, de educación, de información, permanecían fuera del movimiento turístico. Pero la realidad, hasta ahora, en nuestro país parece mostrar otro panorama: gran parte de la población no tiene posibilidades de disfrutar de viajes turísticos por falta de ingreso, tipo de trabajo, discapacidad. O sea, el turismo parece ser una expresión de exclusión y desigualdad; hasta es una expresión algo snob, elitista y de estatus social.

La sociedad toda y, dentro de ella, el Estado, tiene la responsabilidad de que el turismo sea cada vez más accesible y más justo en sus formas, contenidos y efectos. La política de incentivo del turismo receptivo, que tantos beneficios económicos está proporcionando (este año 800 millones de dólares) comienza a mostrar algunos elementos no compatibles con un modelo de desarrollo sostenible intersectorial.

El crecimiento de un gran polo turístico prepon-

derante con inversiones inmobiliarias fabulosas; la estacionalidad de dicho polo, reducido a una temporada de dos meses; la inestabilidad laboral que ello supone para miles de trabajadores; la propia inseguridad en los operadores turísticos que crea esta estacionalidad, hacen pensar en una inevitable interacción entre el desarrollo social, la territorialidad y el turismo.

Deberíamos ir pensando un modelo de planificación turística integrada que implique no sólo la articulación y coordinación de las diferentes planificaciones, sino, también, la integración de planificaciones realizadas en los diferentes entes territoriales, lo que exigirá el otorgamiento de un mayor papel protagónico al Estado, que se complete con dos instrumentos adicionales: la evaluación ambiental o de sostenibilidad de los planes y la necesaria participación ciudadana durante el proceso planificador; dos mecanismos auxiliares para alcanzar una idea acabada de desarrollo sostenible.

Explicemos de qué se trata el sistema nacional de turismo social, el cual es un aporte a una sociedad sin excluidos, entre ellos, nuestros adultos mayores. Nuestro objetivo es contar con un Sistema Nacional de Turismo Social consolidado que sea generador de propuestas de calidad y accesible para todos los ciudadanos.

El objetivo es hacer accesibles los viajes al mayor número de personas, que permita la realización plena de las potencialidades de cada individuo: como personas, como ciudadanos. No sólo se busca un beneficio económico, sino un valor agregado que aporte beneficios sociales, educativos, deportivos y de salud.

Ese pleno desarrollo del sistema nacional de turismo social permitiría asegurar el descanso y la recreación de los segmentos de población con menos posibilidades desde el punto de vista social, financiero, cultural o de salud; promover la integración regional mediante el intercambio de vivencias que permiten los viajes en grupo; desarrollar una oferta de servicios turísticos a precios accesibles, sin desmedro de la calidad; combatir la estacionalidad del turismo en nuestro país y darle utilidad a una capacidad ociosa que existe durante ocho o nueve meses del año.

Al romper la estacionalidad turística de manera de revitalizar zonas turísticas en otoño y primavera, por ejemplo, cuando están subutilizadas, también contribuye a la estabilidad del trabajo de los uruguayos y a la calificación sistemática de los trabajadores del sector, por el hecho de no interrumpir su participación en la prestación de los servicios, generando una mejora en la competitividad del sector y un trabajo digno.

Creemos que, luego de un par de años, los propios beneficiarios van a exigir que el proyecto continúe, pero, también, lo van a pedir la hotelería, los transportistas, los agentes de ventas, etcétera.

Ahora miremos la salud y, en especial, un solo aspecto de esta, que no es el más importante, pero que llama la atención. Organizamos desde el interior de Florida, en un pequeño hogar de ancianos, un viaje al mar, tal cual la película: un ómnibus con cuarenta ancianos, entre ellos, dos ciegos, que nunca habían visto el mar. Fue por el día, algo muy sencillo. Varias de esas personas hoy han disminuido algunas de sus medicaciones permanentes.

El solo hecho de que personas que nunca vieron el mar, en un viaje de un solo día, hayan logrado disminuir algunas de sus medicaciones permanentes, no es que sea un milagro, es parte de incidir en algo del deseo, de la calidad de vida y de esto se trata.

El turismo social de los adultos mayores es también un factor de cohesión social entre pares, muchas veces disgregados por diferentes factores. El Sistema Nacional de Turismo Social cuenta con dos programas: Turismo Social Joven, que se está coordinando con el INJU, y el otro Turismo Social con grupos de sectores vulnerables de todo tipo, entre ellos, adultos mayores, como el ejemplo que les ponía de los ancianos de Florida.

Finalizo planteando la importancia que las políticas públicas faciliten el acceso de todos al disfrute del tiempo libre y la recreación.

Muchas gracias.

Ernesto Murro

En primer lugar queremos agradecer la oportunidad y reconocer la importancia de este Debate convocado por el MIDES. Lo consideramos necesario a los efectos de avanzar en la formulación de políticas públicas en diálogo social.

Vamos a organizar nuestra exposición en 5 capítulos:

- El primero es sobre un tema que nosotros consideramos ideológico, cuando se habla de la temática del adulto mayor, de jubilados y pensionistas, de la tercera edad.
- El segundo capítulo es relativo a la participación y la gestión.
- Tercero sobre los resultados del Diálogo Nacional sobre Seguridad Social, en particular sobre esta temática de hoy.
- Cuarto: tiene que ver con una rendición de cuentas de qué hemos hecho en estos 3 años en relación a esta temática.
- Y quinto que son algunas propuestas que nos interesan poner a consideración, de lo que habría que hacer en los próximos 2 años de gobierno, sin perjuicio de algunas perspectivas que puedan haber también a mediano y largo plazo.

Para esto nos estamos basando en este documento de 247 páginas que elaboró un grupo de trabajo de gente de nuestra Institución, pero también colaboró gente del MIDES, del MSP, de la IMM, de la UDELAR, y que está a consideración del Directorio del BPS y de los otros organismos, y a nosotros nos parece un aporte importante que podemos hacer a esta temática (“Bases para la formulación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor”, diciembre 2007).

El primero, el tema ideológico: tenemos la sensación de que se está empezando a generar un fenómeno que algunos expertos llaman el “edadismo”. Como el envejecimiento crece, como en el 2040 vamos a tener más cantidad de adultos mayores de 65 que menores de 15, como el gasto en seguridad social es el 57% del gasto público social, como pasa todo eso, entonces bueno, se dice que ahora llegó la época de que a los viejos los dejemos de lado y nos dediquemos a otro sector de la sociedad. Y nosotros queremos analizar esta discusión, no queremos aceptar calladamente esta afirmación. Considerando algunas cosas que hemos hecho, como por ejem-

plo las políticas de asignaciones familiares, que se está haciendo a través del Plan de Equidad, y otras políticas como el Sistema Nacional Integrado de Salud con la inclusión de 380 mil niños en 4 meses, con la lucha contra la pobreza (porque sí hay una infantilización y feminización de la pobreza).

Pero creemos que podemos caer en el riesgo de esto, que algunos empiezan a llamar el edadismo. Es cierto que en el primer tercio del siglo XX la mayoría del gasto público social era salud y educación, y a partir de los 40 y hasta ahora, el 60% es mayoritariamente jubilaciones y pensiones. Y si a eso le agregamos que el 90% de los mayores de 65 años cobran jubilación o pensión, y algunas encuestas nos dicen que el 95 o 97% de los mayores de 65 años tienen la cobertura de salud, entonces algunos dicen, a esta gente no le damos nada, nos vamos a dedicar a otra. Nosotros con eso, no estamos de acuerdo.

Acá hay varias cosas, por suerte en Uruguay los niños no viven solos, pero lamentablemente en Uruguay tenemos un gran aislamiento y una gran soledad de la tercera edad y peor en las mujeres. Y además en Uruguay, aún hay una alta cantidad de pasividades con bajos ingresos, pese a lo que hemos mejorado, porque la jubilación media de Uruguay son \$6.500, y paralelamente, hay una incidencia importante de los ingresos por jubilaciones y pensiones en los hogares pobres.

Otra forma de expresar esto es hablar de la “etarización” de la pobreza. Esta discusión más compleja la tenemos que dar, y este puede ser un ámbito propicio para ello.

Finalmente en este primer punto, hay algo que también cambió en este país, y es que nosotros no estamos conformes con que el 90% de los mayores de 65 tengan jubilación o pensión y con que el 95% aparezca con cobertura de salud (los más altos indicadores de América Latina). Y no estamos conformes con lo que hemos mejorado, como nunca antes, los ingresos por pasividades. Antes no había estas mejoras y desde el gobierno se decía que todo estaba bien.

O esto otro que ahora está consensuado en el diálogo en seguridad social, respecto a que 35 años de trabajo es una exageración exagerada: tuvimos que esperar 12 años para que esto se reconociera (y hubo gente que ya padeció este daño), porque cuando se aprobó la nueva ley de seguridad social en 1995, era un mérito imprescindible del nuevo sis-

tema de seguridad social exigir 35 años de trabajo reconocidos para jubilarse.

El segundo aspecto: participación y gestión. Se están abriendo y están funcionando una serie de ámbitos. El propio directorio del BPS es un ámbito de participación donde los jubilados y pensionistas tienen su representante legítimo electo desde hace 15 años.

El Diálogo Nacional sobre Seguridad Social que ha terminado con éxito, satisfacción y consenso, más del 90% de los participantes dijeron que la organización fue buena y 3 de cada 4 dijeron que mejoró la relación y la comunicación. Y ahí estaban empresarios, trabajadores, jubilados y pensionistas, AFAP, Instituciones de Seguridad Social. Y se alcanzaron importantes consensos.

Asimismo, las mesas interinstitucionales de políticas sociales del MIDES en todo el país, la participación de la ONAJPU en el ámbito existente con MTSS, MEyF y BPS para el análisis de sus reivindicaciones así como en la Comisión Interinstitucional de Vivienda del MVOTMA, en el Consejo Consultivo de Salud y en el de Economía Nacional (que empezó a funcionar luego de 40 años de estar previsto en la Constitución), etc.

Nosotros tenemos registradas en el BPS 458 organizaciones e instituciones de tercera edad; 135 asociaciones de jubilados y pensionistas de las cuales más de un centenar afiliadas a la ONAJPU; 90 hogares de ancianos; 170 clubes. Esto creo que es una buena base para la organización de este Debate. También con la experiencia y muy buenos resultados del Diálogo de Seguridad Social. Creo que es porque allí estuvieron organizaciones representativas nacionales que actuaron con responsabilidad, seriedad y voluntad. Y también esto tiene que ver con la gestión del BPS: allí la participación social nos da legitimidad, da confianza social, porque tenemos más que un control, una participación importante.

Esto nos lleva al tercer capítulo, los resultados del Diálogo Nacional sobre Seguridad Social. Logramos acuerdos importantes sobre los que ya el presidente de la República y el Poder Ejecutivo, nos dieron la instrucción de ponernos a trabajar ahora en leyes y decretos que concreten para la gente, los resultados de ese diálogo (ver www.dialogoseguridadsocial.org Informes finales, Informe Comisión Ejecutiva General y otros)

Por ejemplo, uno de los 5 ejes temáticos del diálogo, fueron los aspectos demográficos, y ahí se acordó que tenemos que tener políticas demográficas y metas demográficas, que hay que analizar el envejecimiento con perspectiva de género, que debemos analizar la dinámica demográfica con la económica, generar y priorizar la producción de información y estadísticas, la problemática de la baja natalidad y su promoción así como las migraciones, interrelacionar las políticas demográficas con las de salud, educación y seguridad social.

Hay también un capítulo específico del Diálogo Nacional que habla sobre la Protección e Integración de los Adultos Mayores, y en él se acuerda formar sistemas de apoyo a la familia y servicios de cuidados domiciliarios y hospitalarios; crear más servicios en la comunidad y en particular centros diurnos, lograr la integración intergeneracional de adultos mayores con otros grupos etarios, integrar a los adultos mayores en las propuestas educativas y analizar la posibilidad de su integración en la esfera productiva; reestructurar el modelo residencial (tema que creo que es sustancial en este Debate) en ámbitos integrados a la comunidad. Lo hemos dicho el año pasado en el seminario que organizó la ONAJPU en el Centro de Viajantes: entregamos casi 6.000 viviendas en el Uruguay pero el día más feliz es el día que entregamos las llaves. Después, hay que ver lo que pasa ahí adentro, en aislamiento, en soledades, en casi 200 núcleos habitacionales que tenemos en el Uruguay.

Pero también el Diálogo Nacional abordó otros temas muy importantes: uno trascendental, acordamos flexibilizar el acceso a la jubilación reduciendo las exigencias, en particular la exageración de los 35 años de trabajo reconocidos para el acceso a la jubilación. Y al mismo tiempo, promover un proyecto de ley que ya está en el Parlamento (iniciativa del BPS), con la posibilidad de computar años de servicio sin actividad en acuerdo con las empresas, de modo de facilitar a aquellos trabajadores cuando hay reestructura, para que puedan acceder a una jubilación. También implementar soluciones que contemplan la menor densidad de cotización (el menor tiempo de aportes) de la mujer a causa del tiempo dedicado a los cuidados familiares. Tema éste que ya analizamos ayer de tarde en el Comité Ejecutivo de la Comisión Sectorial que integran el MEF, MTSS, MIDES, MSP, OPP y el BPS.

Voy al cuarto capítulo: ¿Qué hemos hecho hasta ahora? Algunas cosas hemos hecho, con aciertos y errores en este camino. Cosas que no son sólo del BPS; son cosas que vamos haciendo en conjunto con el gobierno, con los Ministerios, con el Parlamento, con las organizaciones sociales.

En primer lugar, la flexibilización del acceso a las prestaciones. Teníamos una rigidez muy importante y se han tomado una serie de medidas: en la historia del Uruguay es el momento que hay más gente trabajando, que hay más gente registrada en la seguridad social y en particular, en los sectores habitualmente más castigados. Por ejemplo en el sector rural, en trabajadoras domésticas y en construcción donde prácticamente hemos duplicado la cantidad de trabajadores registrados en estos 3 años. Y ello facilita el acceso a los derechos. Hemos flexibilizado además específicamente el acceso para los trabajadores zafrales, de la pesca, el acceso a las prestaciones cuando tienen períodos de interrupción, eliminado la obligación de pago de cuota mutual en primer mes, cuando se trabajan menos de 13 jornales, etc. Y ello será ampliado con lo acordado en el Diálogo Nacional ya expresado.

Hay varias leyes reparatorias que se han aprobado promovidas por el gobierno: tanto las de los daños causados por la dictadura, y otras, como el avance que se ha producido en prima por edad, en eliminar un injusto 1 % a pasividades de industria y comercio o en mejorar los topes jubilatorios del Acto 9. Ahora en julio, van a cobrar el segundo ajuste de mejora de los topes unos 9000 jubilados que estaban trancados desde 1979.

Otro aspecto es el ajuste de pasividades, aún insuficiente y sobre el que hay que seguir trabajando, pero en este período de gobierno, las pasividades en general han recuperado un 12% de su poder adquisitivo por encima de lo que ha aumentado la inflación, y las 160.000 más bajas han recuperado un 18%. Con los aumentos diferenciales, con el ajuste que se hizo de la mínima a una BPC (hoy \$1.775.-), y con lo que ya está comprometido para el próximo 1° de julio: subiremos a 1.25 BPC (\$2.218,75.-), incluyendo unas 19 mil jubilaciones y algunas pensiones.

Lo que se ha hecho en salud, donde tenemos todavía carencias en la accesibilidad a la salud de los jubilados y pensionistas. Pero en 10 años habían entrado 50.000 jubilados al sistema, en 9 meses ingre-

samos 15.000. Y a partir de ahora ingresan 10.000 nuevos todos los años, que son todos los nuevos jubilados del país. Y sobre esto también queremos provocar una reflexión en una realidad especial: los jubilados y las organizaciones ¿qué piden, cuál era la plataforma histórica? Quieren cuota mutual, mutualista. Y ante ello, acá hay un proceso para pensar.

En este gobierno se está triplicando, la inversión del Estado en salud pública en 4 años, pasando de 170 a 530 millones de dólares, para mejorar la calidad de atención a la gente. Por tanto la salud pública está mejorando. En la segunda quincena de mayo estaremos inaugurando el ex Hogar Israelita como residencia transitoria para los operados de cataratas en el Hospital de Ojos del Saint Bois en acuerdo con el MSP y el MIDES. Y esto no es sólo para los beneficiarios de salud pública, sino que va a ser también para todos los jubilados y pensionistas del BPS con pasividades de hasta \$17.750, que, gratuitamente, no van a tener que pagar más 1.500 dólares como pagué yo por mi madre para operarla de cataratas. Queremos destacar que ello se logra en acuerdo con la ONAJPU, porque este Hogar fue comprado carísimamente en el gobierno anterior con la plata del Fondo de Viviendas para los Jubilados, y ahora ese Hogar es para estos fines.

Otra medida que hemos tomado en las últimas horas en el Directorio del BPS, es también facilitar el derecho a la salud a las personas que están en trámite jubilatorio. Mientras se realiza el trámite jubilatorio (tiempo promedio de demora de 3 meses), se garantiza la asistencia de salud.

Una vez presentada la solicitud de jubilación con los requisitos necesarios, se garantiza la atención de salud para aquellos trabajadores que tenían derecho a la misma, para que no pierdan ese derecho mientras realizan el trámite jubilatorio con cese de actividad, hasta que esperan que les salga la jubilación y después, ya siguen con derecho.

Hay otro cambio importante en el Programa Habitacional para jubilados y pensionistas: estamos confirmando nuevamente hoy, en nombre del gobierno, que la administración de las viviendas va a volver al BPS. El próximo 7 de mayo vamos a ir a la Comisión del Senado ratificando esta posición para que el Parlamento apruebe esta ley que ha promovido el gobierno en conjunto con la ONAJPU, y para cuya implementación, que será compleja, hemos

presentado un proyecto vía OPP a Naciones Unidas, que ya está aprobado.

Tenemos también otra buena noticia: a partir de junio empezamos a poner en práctica la ley 18.222, recientemente aprobada por unanimidad en el Parlamento, promovida por el BPS. Por esta Ley, a aquellas personas que viven en los 90 hogares de ancianos de todo el país registrados en BPS, se le podrá descontar de su pasividad el pago que ellos hacen para el hogar de ancianos. Se les transferirá directamente el dinero, evitando todos los trámites administrativos que muchos problemas les crean a estas comisiones de voluntarios que administran estos hogares. Y lo otro que queremos decirles, es otro acuerdo con el gobierno: está garantizado que los aportes patronales de los hogares de ancianos van a ser compensados con fondos del Estado, a través de la asistencia financiera del BPS. De modo que esa otra preocupación que los hogares de ancianos tenían, a partir de los cambios introducidos por la reforma tributaria, está resuelta.

Otro tema que me parece importante son los préstamos sociales. Hemos duplicado el acceso al crédito a través del BPS. Cuando asumimos en el 2004 se otorgaban unos 50.000 préstamos anuales, estamos hoy en 100.000. Y además tenemos la tasa de interés más baja de la historia en relación a la inflación.

Y estamos también anunciando en este momento que a partir del próximo 19 de mayo se concreta una reivindicación, un tema que apunta a mejorar la calidad de vida de los jubilados y pensionistas, inicialmente para los de menores recursos, que es la línea de crédito con la más baja tasa de interés, 14-15% anual, para la adquisición de audífonos, lentes, prótesis y tratamientos dentales. Ello se logra con la cooperación del BROU mediante fondos a bajo interés.

Lo otro es todo el programa de Turismo Social. Para el segundo semestre de este año (si logramos terminar las negociaciones con las agencias de viajes y turismo que se nos han dificultado), estaríamos aumentando la oferta de lugares de turismo donde los jubilados y pensionistas del BPS puedan ir, en 10 o 12 lugares más. Además, estamos inaugurando en junio la piscina cerrada que hemos construido con la colaboración del Ministerio de Turismo en Raigón. Una piscina cerrada con muy amplia accesibilidad, se va a poder acceder a ella incluso en silla

de ruedas. Por primera vez, en febrero de este año, habitantes de 6 complejos habitacionales hicieron un viaje turístico a la Colonia de Vacaciones de BPS en Raigón. Esto nunca se había hecho y fue una muy buena experiencia de integración. Hoy, también con gente de viviendas, se está haciendo un tour por Montevideo en ómnibus solidario de CUTCSA. O lo que estamos haciendo con el INAU con el Programa Abuelo Amigo, donde juntos, niños del INAU con jubilados y pensionistas realizan actividades, y los abuelos, van a los hogares del INAU a compartir con ellos.

Por último, el quinto capítulo: lo que queda por hacer. Algunas cosas que creemos que se pueden estar concretando en estos próximos 2 años de gobierno.

Una de ellas, lo que ya dijimos, hay acuerdo del gobierno, consensuado en el Diálogo Nacional, en cuanto a la flexibilización y la rebaja a 30 años y otras medidas, para la jubilación. Incluye la flexibilización del acceso a las prestaciones por discapacidad. Tenemos algunas barbaridades como por ejemplo el hecho de exigir 6 meses previos de registro al momento de una enfermedad grave, para otorgar una prestación por discapacidad a una persona. Quizás tiene 20 años de trabajo pero resulta que los últimos 6 meses estuvo trabajando algunos en negro y se queda sin trabajo, con una discapacidad y no accede a nada.

Asimismo, como ya se ha dicho, hay que continuar con la mejora de las prestaciones en general y en particular las de menores recursos mediante ajustes diferenciales, así como analizando cómo incorporar gradualmente a más jubilados y pensionistas al nuevo sistema de salud.

Otra: la creación de un sistema nacional de atención a los adultos mayores, y dentro del mismo, o un sistema de cuidados a domicilio y en sanatorio. Hay varias propuestas en ese sentido. Hay unas 20 empresas en el Uruguay que hacen estos trabajos, convoquémoslas, conversemos con ellas y con las organizaciones, para ver si podemos construir este sistema, por ejemplo mediante descuento de la pasividad en BPS. Esto nos parece que es una necesidad importante en nuestro país, y fue destacado en todas las presentaciones en este evento.

Estamos trabajando en campañas contra los abusos, y no estoy hablando solamente de maltrato; hay abusos en las compañías prestamistas que se

abusan de las personas necesitadas, en el sobreendeudamiento. Tenemos que trabajar en eso junto con las asociaciones, incluso las de consumidores. Y tenemos que hacer una campaña educativa en ese sentido.

Lo otro es una campaña de hábitos de salud, que tenemos que trabajar aquí, porque creo que con eso mejoramos la calidad de vida. Lo viene planteando con fuerza el MSP, los datos revelados son graves, y creo es un tema que debemos tomarlo, también coordinadamente.

Por último, creo que hay una posibilidad que hemos venido conversando hace ya algún tiempo,

para ver cómo hacer llegar la cultura a los jubilados y pensionistas. Estamos analizando una propuesta que nos llegó de una organización donde nos señalan que por \$400 por año, los jubilados y pensionistas podrían estar accediendo a una “inmensísima” cantidad de espectáculos: teatro, cine, fútbol, basketball y carnaval. Esto lo tenemos que analizar. Porque puede ayudar además, como el sistema de cuidados, a crear empleo en el país.

Muchas gracias

Discurso de finalización de la Videoconferencia Subsecretaria del Ministerio de Desarrollo Social, Ana Olivera

Estamos en un momento de intensa actividad, que es de concreción de objetivos, de consolidación de políticas y programas. En ese sentido, hoy, además de tener esta actividad, participé en la mañana del Consejo Nacional Consultivo Honorario, que hace el seguimiento del Código de la Niñez y la Infancia. Comenzó, también por la mañana, el Quinto Encuentro de Frontera, con la participación de la Ministra de Desarrollo Social, encuentro en el que el BPS también realizará anuncios, vinculados con el tema de las prestaciones en zona de frontera; tema que venimos discutiendo desde hace un año y medio.

Lo importante de estos encuentros interinstitucionales, que abarcan lo nacional y lo departamental, que en el caso de la frontera seca, incluyen a nuestros vecinos de Brasil, es que entre seminario y seminario, se pueden ver los avances.

Como no escuché la primera parte, les pido disculpas si reitero aspectos mencionados anteriormente.

Quiero señalar que nos ha costado muchísimo, porque tres años en tiempos históricos es muy poco, que se visualizara el rol que el Ministerio tiene, el rol de articulador de las políticas sociales, que no es sustituir a otros organismos que tienen responsabilidades en la elaboración y la ejecución de las mismas.

Cuando la Dirección de Políticas Sociales, hizo el Repertorio de las políticas sociales, si hay algo que quedó claro es la cantidad de organismos nacionales y departamentales que, simultáneamente, actúan, en algunos casos, con razón de ser, sobre determinadas problemáticas sectoriales; en otras ocasiones, a veces, hay superposición. Por lo tanto, esos recursos que acá se mencionaron, que en general son escasos, no los usamos lo mejor posible.

También en estos años nos demostramos a nosotros mismos, que la articulación existe y se fortalece cuando elaboramos y actuamos juntos.

El Mides ha avanzado y está en proceso de consolidación, porque el conjunto de los organismos lo han respaldado en su construcción, si no, no estaríamos “contando el cuento” el día de hoy. Empe-

zando por el BPS, el Ministerio de Salud Pública, que fueron dos actores preponderantes para que el Mides pudiera existir, pero siempre con esta visión de articulación, de territorio y participación, como ejes fundamentales.

Tanto en la concreción del Gabinete Social, como en la del Consejo Nacional Coordinador de Políticas Sociales, hemos contado, siempre, con la participación del Congreso Nacional de Intendentes, que fue invitado, como fueron invitados otros organismos que también tienen autonomía y participan, acceden a participar en estas instancias convencidos, que juntos resolvemos mejor, sin lugar a dudas.

Como la mayoría de los que están acá saben, antes de los tres años de Ministerio, tengo diez años de Intendencia Municipal de Montevideo y, lo digo siempre, cuando estaba en la Intendencia, estaba convencida del rol de los municipios, vinculados a las políticas sociales. Hoy estoy en el gobierno nacional y sigo convencida de que los municipios tienen un rol a jugar en las políticas sociales. Simplemente, hoy tenemos muchas mejores posibilidades, porque tenemos la posibilidad de articular lo nacional con lo departamental, que era lo que reclamábamos en la IMM, hasta el año 2004.

Simultáneamente, partimos de una amplia experiencia de organizaciones sociales. Yo le decía a Miryam Cirisola cuántos años hace que nos conocemos, porque hace años que hay (la pongo a ella como ejemplo, pero por aquí hay muchos ejemplos) gente que ha trabajado para promover el ejercicio de un derecho que es el de la participación. Ahí está el otro fin del Mides, que no es único.

El Mides no es el ministerio de la pobreza, sino que somos el ministerio que pretende promover el ejercicio de los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas de este país. Por lo tanto, hay quienes han tenido menos posibilidades de ejercer esos derechos, que son los sectores más vulnerables y sobre ellos, con y para ellos, tenemos políticas específicas. Pero nosotros pretendemos promover el ejercicio del derecho de la participación en toda la ciudadanía.

Tampoco lo vamos a hacer solos, porque hay muchas organizaciones sociales que hace mucho tiempo que promueven el ejercicio del derecho a la participación. También, durante años, la IMM, promovió y sigue promoviendo el ejercicio de ese derecho, y hay otros que se van sumando. Por lo tanto, estamos convencidos de que es imprescindible el trabajar juntos. Eso es lo que busca expresar la reunión de hoy.

Aquí todos han manifestado, plasmado trabajos que vienen de largo aliento, trabajos que son de estos tres años, proyecciones de trabajo hacia adelante, pero que tienen esta tónica. Tienen la tónica del elaborar juntos, del hacer juntos, de que haya un control social de lo que se hace y un segundo aspecto nada menor: el tema del territorio.

El territorio, que es más que territorialización, es territorialidad también. Insisto mucho con este aspecto a las organizaciones e instituciones que nos están escuchando en todo el país. Nosotros podemos diseñar juntos políticas de carácter nacional, pero, además, de eso, si hay algo que tiene presente el Ministerio desde que nació (lo digo siempre y se lo copió a Miguel Fernández en realidad) es que no se trata de hacer “ravioleras”, cuadraditos todos igualitos en los que pretendamos encasillar las realidades.

El territorio tiene particularidades, las capitales departamentales tienen realidades diferentes que “el interior del interior”. Y nosotros, no solamente con las políticas hacia los adultos mayores, sino con el conjunto de las políticas, estamos convencidos que tenemos que dar cuenta de esas peculiaridades. Por lo tanto: territorialidad, que quiere decir, también, elaboración y alimentación desde el territorio, con políticas particulares.

Tenemos Mesas Interinstitucionales que han definido el tema del adulto mayor como el tema central, así como hay otras que han definido el tema de los jóvenes como central y prioritario. ¿Eso con qué tiene que ver? Con las realidades departamentales. No es con que hay más jóvenes en una y más viejos en otras. Tiene que ver con un diagnóstico preciso de las situaciones a las que hay que dar respuesta.

En aquellos que han priorizado este tema, hay una demanda concreta en el cómo y cuáles son las causas que tiene esta situación y por qué hay que atenderla. A veces, en la complejidad de interactuar, además, en envejecimiento con discapacidad, en

simultáneo. Hay una cantidad de elementos que se definen en el propio territorio y, para eso, hay organizaciones sociales, a través de los Consejos Sociales, que están ejerciendo el control de lo que estamos haciendo en las Mesas Interinstitucionales que nos nuclean a todos (MSP, BPS, intendencias...)

Nosotros decimos: asistencia a la vejez, para los mayores de 65 años en extrema pobreza. Muy bien. 2.100 mayores de 65 años hoy accedieron a la asistencia a la vejez. Ese es el lineamiento general que se definió, pero, después, instrumentar, operacionalizar en el territorio, llegar a los 2.100, requiere muchos detalles y aspectos que se resuelven con el representante del Mides, con el gerente del BPS en la localidad; que se resuelven atendiendo el conjunto de los temas, preguntándose por qué hubo 200 que no fueron a cobrar, cómo hay muchos que no ejercen todos los derechos que tienen. Eso implica interinstitucionalidad y apoyo de las organizaciones que siempre están interactuando con nosotros.

Muchas veces, cuando hacemos presentaciones desde lo teórico, hablamos no sólo del envejecimiento de nuestra población, sino que también hablamos de las profundas transformaciones sociales y culturales que se han producido en nuestro país en los últimos veinte años. Sin embargo, cuando ponemos en marcha las políticas que elaboramos, tomamos en cuenta esas transformaciones cuando nos chocamos con la realidad.

¿De qué estoy hablando? Que esas profundas transformaciones sociales y culturales implican profundas transformaciones en las familias, en los arreglos familiares. Aquí están esas cosas pequeñas y concretas que hubo que resolver. Por ejemplo, para acceder a la pensión a la vejez se aplica el código del año 30 del siglo pasado, es decir, los terceros obligados, fruto de otra situación, donde, efectivamente, los hijos sentían una obligación con los padres, los hermanos entre sí, hoy los actuales arreglos familiares son otros.

Entonces, cuando elaboramos políticas, tenemos que poner estas profundas transformaciones en la cuenta, por eso, los temas de la soledad, por eso la situación de que “ahora que tiene dinero vuelve al hogar”. No les estoy contando nada imaginario, son cosas que enfrentamos todos los días.

Ahí están otras flexibilizaciones que elaboramos juntos: detectamos en el Plan de Emergencia (hoy se presentó la evaluación) 1.200 mayores de 70

años que no tenían ni jubilación ni pensión. ¿Qué decidimos? Que si estaban en extrema pobreza, absolutamente verificada, ¿qué más le íbamos a hacer demostrar? Por lo tanto, pasaron a cobrar la pensión a la vejez, como hoy los mayores de 65 años que acceden (esto quedó plasmado en la ley), los que van cumpliendo 70 años y están cobrando la asistencia a la vejez pasan, automáticamente, a la pensión a la vejez. ¿Por qué? Porque esos 2.100 son, primero que nada, trabajadores y trabajadoras de toda la vida, no me canso de decirlo.

Trabajaron toda la vida ¿en qué? Los hombres: peones rurales o de la construcción. Las mujeres: cocinera de estancia o empleada doméstica. Ese es el perfil de los 2.100 que hoy están en la asistencia a la vejez. Parejo en mujeres y hombres.

También hay otros elementos que están vinculados no solamente con los ingresos y las condiciones de trabajo, en general, viven en terribles condiciones habitacionales, tienen en promedio tercer año de primaria. Los que viven con su familia, han reproducido la situación de exclusión. Si bien comenzamos por el tema de los ingresos, aspiramos además abordar no solos, sino en conjunto, la integralidad del ejercicio de los derechos de estos adultos mayores.

Les voy a contar algo que a nosotras (a Bertha, a Marina y a mí) nos impactó muchísimo y, después, le impactó a Andrea Vigorito. Fue cuando empezamos a incluir a los hogares en el Plan de Emergencia. Un día nos dimos cuenta que los adultos mayores, hombres y mujeres y, en particular, solos y solas, no entraban en el Plan de Emergencia.

Cuando empezamos a detectar esto nos contactamos con el Instituto de Economía que era el que había preparado el algoritmo que incluía. ¿Qué pasaba? Pasaba que en este país se consideraba, por los datos que había hasta el 2004 y las maneras de medir, que la extrema pobreza unipersonal era una cifra muy marginal.

¿Cuál es el problema? Nosotros lo decimos cuando hablamos del analfabetismo, así como cuando hablamos de la discapacidad: el problema es que nosotros llegamos a ellos, tenemos sus nombres, sus apellidos, sus direcciones, sus condiciones de vida. Entonces, ya no son un porcentaje marginal, ya eran

1.200 mayores de 70 años, que no tenían Pensión a la Vejez, teniendo derecho a ella, en ese momento.

De los 2.100 mayores de 65 años que accedieron ahora a la asistencia a la vejez hay 600 que están con sus familias, los otros son solos y solas en las condiciones que acabo de relatar.

Es imposible, y no es el planteo nuestro, que a ninguno se nos ocurra contraponer las políticas sectoriales que tenemos que desarrollar hacia los adultos mayores, en general, con las que tenemos obligación de realizar en particular, con los adultos mayores que están en situación de pobreza o extrema pobreza, con el ejercicio pleno para todos de todos sus derechos, con el ejercicio pleno de los derechos del resto de la ciudadanía, en particular, de niños y adolescentes.

Jamás se nos ha ocurrido el contraponer, tanto es así que, en realidad, desde el punto de vista presupuestal, lo que hemos hecho es sumar, no restar. Al aumento en las jubilaciones, al incremento en pensiones a la vejez, al incremento con la asistencia a la vejez, le hemos sumado una cifra millonaria en el incremento en el nuevo régimen de asignaciones familiares, demostrando que aquí el tema se trata del ejercicio del pleno derecho de todos los ciudadanos. No debemos caer en falsas contraposiciones. En la contraposición entre las políticas universales y las sectoriales, hace años que definimos que no están contrapuestas. No voy a hacer mención a las discusiones sobre la asistencia y la promoción, como elementos que tampoco están contrapuestos. A su vez, la integralidad de las políticas de las que tanto hemos hablado durante tantos años, queda claro que no es la sumatoria de las políticas.

Hay conclusiones, primero que nada, en este primer encuentro, de todo lo hecho hasta el momento, desde lo institucional, tanto en lo nacional como en lo departamental, como en lo social. También hay una maduración en esa necesidad de articulación y una potenciación para el inicio de nuevas cosas juntos. Ese es el sentido que tiene para nosotros el comenzar este proceso de debate, que recoge todos los debates anteriores y, seguramente, va a ser enriquecido en este encare con el aporte del territorio y el conjunto de las organizaciones.

Territorio en un proceso de debate

Es necesario tener en cuenta que las políticas sociales se diseñan, planifican y ejecutan a partir de formas de concebir y entender a las personas y sus necesidades, hay a partir de allí una lectura compleja sobre necesidades sociales y elección de prioridades. Esto implica la consiguiente lectura, jerarquización y reconocimiento (o no) de las necesidades, derechos y potencialidades de los destinatarios, así como también de los recursos existentes en un escenario local. Estos aspectos cuando se refieren a la población adulta mayor presentan niveles complejos que requieren espacios de trabajo amplios y articulados, que nos permitan pensar cómo se da la construcción y reproducción de modelos sociales respecto al envejecimiento, principalmente a nivel de escenarios locales, donde acontece de forma reiterada una variedad de problemáticas respecto a las modalidades de instrumentación y los procesos políticos y sociales que intervienen.

Iniciar un espacio de diálogo nacional sobre políticas sociales y envejecimiento, requiere ineludiblemente una aproximación al eje de territorialidad, a partir de entender el territorio como una estructura social, cultural, política y demográfica única, con aspectos a problematizar de forma específica. Es a partir de cada territorio que se determina la manera de estar en el mundo y se asientan las relaciones que comprometemos para conformar una asociación social y cultural que nos define. Los acuerdos y las estructuras de poder producen diferencias radicales entre un espacio y otro, es así que cada territorio posee redes de cooperación, servicios, formas de organización, intercambio, principios organizadores, espacios de pertenencia, flujos de información y dinámicas muy diferentes, a partir de las cuales se establecen acuerdos colectivos y prácticas sociales-comunitarias que construyen los soportes de la vida material y simbólica. El territorio debe ser entendido como un sistema vivo que porta identidad y un proyecto común para cada colectivo. La subjetividad se construye de acuerdo al territorio que se habita, y debe ser entendido también a partir de los

aspectos que ésta imprime en el mismo, configurando una relación de interconexión permanente.

La dimensión de territorio permite analizar el tejido de articulación local tomando en cuenta el capital social y sus estrategias de conexión más globales, teniendo en cuenta los actores involucrados y su capacidad de acción. Estos aspectos definieron la importancia de tener un eje central de trabajo directamente puesto en el territorio¹⁴, definieron objetivos acordes y promovieron la participación de actores directamente involucrados en los procesos locales. A partir de entonces se propuso al Debate como eje a incluir en la agenda de trabajo de las Mesas Interinstitucionales, por ser éstas el ámbito de interacción institucional en los diferentes departamentos, convocadas por el MIDES con el objetivo de habilitar y fortalecer ámbitos articulados de trabajo y discusión.

Teniendo en cuenta que en algunos departamentos existían importantes precedentes de espacios de articulación en materia de envejecimiento desde la sociedad civil, las Oficinas Territoriales ubicadas en esos lugares, consideraron pertinente habilitar espacios de trabajo complementarios a las Mesas Interinstitucionales, con el objetivo de profundizar en estos temas, se habilitaron y coordinaron submesas abocadas específicamente al Debate, que contaron con una fuerte participación de grupos y organizaciones de adultos mayores. Los departamentos que instrumentaron esta estrategia fueron: Canelones, Colonia, Durazno, Florida, Maldonado, Montevideo, Paysandú, Río Negro, Rivera, Soriano. Esto impulsó el trabajo y requirió por parte de las instituciones y organizaciones participantes el trabajo en base a una serie de objetivos:

- > Fomentar la elaboración de diagnósticos parti-

¹⁴ Es importante señalar que esta dimensión fue sugerida y trabajada como prioritaria por los funcionarios coordinadores en territorio de la Dirección Nacional de Coordinación Territorial. Quienes sostuvieron e impulsaron el trabajo a nivel local permitiendo producir contenidos y acuerdos programáticos que definieron sustancialmente el proceso de trabajo del Debate.

ceptivos respecto a las situaciones que presenta el envejecimiento en cada región y la detección de los aspectos prioritarios a abordar.

- Propiciar la elaboración de programas operativos locales que permitan una mejor articulación de los recursos y servicios disponibles.
- Generar instancias de mayor participación de actores sociales y la comunidad en el diseño de políticas sociales que tiendan a mejorar el impacto de las mismas.
- Crear condiciones que favorezcan la participación social de las personas adultas mayores y así su plena inclusión en la sociedad.

Las instituciones participantes fueron:

- Ministerio de Desarrollo Social, desde sus Oficinas Territoriales.
- Ministerio de Salud Pública, Direcciones Departamentales de Salud.
- Ministerio del Interior.
- Ministerio de Turismo y Deporte, desde la Dirección Nacional de Deporte.
- Banco de Previsión Social.
- Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- Universidad de la República.
- Intendencias Municipales/ Dirección de Desarrollo Social- Área de las personas adultas mayores.
- Organizaciones Sociales y Civiles. (filiales de la Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay -ONAJPU-, Clubes de abuelos, Asociaciones de adultos mayores).

Aspectos trabajados de acuerdo a los objetivos planteados:

- Difusión de programas y servicios que se implementan en cada uno de los departamentos detectando unidades ejecutoras y objetivos.
- Transformaciones demográficas (pirámide poblacional y procesos migratorios departamentales) y su relación con la distribución de bienes y servicios en el departamento.
- Detección de recursos, así como de las lógicas institucionales en la instrumentación de estos recursos y sus consecuencias. Problematicación y definición de roles, responsabilidades y competencias institucionales y su impacto en la estructura de intervención instalada a nivel local.
- Análisis del lugar que es asignado a nivel social

a la población vieja en el colectivo del departamento y cómo inciden los dispositivos institucionales y sociales en los diagramas locales sobre las construcciones de envejecimiento.

- El rol de la Sociedad Civil, responsabilidades y actividades desde la cuales operan en la ingeniería de servicios locales. Objetivos directos y objetivos simbólicos de las organizaciones y sus competencias de participación.
- Detección, identificación y análisis de tres dimensiones referidas como problemáticas relevantes al envejecimiento y sus consecuencias en la distribución y acceso de recursos a nivel local.
 - Género
 - Demanda de la población relacionadas al tema de dependencia
 - Redes de apoyo
 - Marco jurídico actual: responsabilidades, competencias, posibilidades y limitaciones en las intervenciones actuales.

Surge así, la elaboración colectiva de una serie de preguntas referidas a estos puntos, las cuales permiten orientar los niveles de análisis de las realidades existentes a nivel local, así como pensar posibles estrategias tendientes a resolver las conflictividades más emergentes que se detectan.

- ¿Qué aporta el territorio como dimensión de análisis a las políticas sociales?
- ¿Qué valor agregado tiene ese territorio en los niveles de ejecución de esas políticas sociales?
- ¿Cómo es la relación entre políticas sociales/territorios/actores?

Acuerdos preliminares establecidos:

- Establecer una definición de prioridades a nivel departamental que permita mejorar la organización de los recursos institucionales y sociales existentes, lo cual favorezca una mayor coordinación de recursos públicos y privados.
- Promover acuerdos de trabajo interinstitucionales que permitan mediante dispositivos combinados de recursos, intervenir sobre problemáticas detectadas como urgentes, logrando un mejor aprovechamiento de los recursos existentes.
- Creación de una red local de recursos referida a la población adulta mayor que permita una mejor difusión, distribución y derivación de roles y competencias.

- > Trabajar en la promoción y sensibilización de derechos para la población adulta mayor, de acuerdo a algunas realidades que se suceden a nivel local.

A partir del proceso de trabajo que habilitó el Debate durante el año 2008, se lograron avances sustanciales y acuerdos estratégicos en:

- > Elaboración de diagnósticos departamentales a nivel de servicios y programas orientados hacia la población adulta mayor, incluyendo análisis de las modalidades de intervención, lo cual permitió en algunos departamentos la elaboración de Guía de recursos o de consulta en materia de programas y servicios orientados a la población adulta mayor.
- > Elaboración de una serie de recomendaciones con el objetivo de mejorar los vínculos interinstitucionales y optimizar los recursos existentes en cada departamento (los cuales fueron insumo de trabajo para la Comisión y la elaboración final del paquete de recomendaciones).

Es importante destacar a su vez que en los departamentos de Maldonado, Montevideo, Paysandú, Rivera y Soriano se lograron acuerdos de trabajo para realizar un Programa de capacitación durante el 2009 orientado a:

- > Contribuir a una producción de conocimiento más integral respecto a la vejez y el envejecimiento.
- > Habilitar un espacio de problematización respecto a las diferentes realidades que en esta materia existen en los primeros niveles de intervención.
- > Propiciar un espacio de encuentro entre los múltiples actores que trabajan directamente con la población adulta mayor para facilitar respuestas más complementarias en las intervenciones que se presentan.

El Área de las Personas Adultas Mayores considera que el Debate, a partir de habilitar un trabajo directo en territorio, permitió contribuir en la conformación de espacios de problematización y análisis en los propios escenarios donde las personas construyen su proceso de vida y envejecimiento, accediendo así a un panorama más cercano y completo en la diversidad de problemáticas, necesidades y recursos desde cada contexto local referidos a la población adulta mayor.

Las políticas públicas desde un enfoque de envejecimiento

Oferta pública de Programas Sociales de protección a las Personas Adultas Mayores

Sandra Perdomo¹⁵

Introducción

El presente informe tiene como objetivo indagar la oferta de servicios públicos de protección social que brinda el Estado desde la Administración Central, los Entes Autónomos y los Servicios Descentralizados. Indagar la oferta de servicios públicos para adultos mayores adquiere relevancia en la medida en que el envejecimiento poblacional en Uruguay se ha incrementado sostenidamente en las últimas décadas. La población uruguaya mayor de 60 años representa el 17,5% de la población total. Por otra parte, la edad mediana en Uruguay es de 31 años mientras que para América Latina, es de 26 años. Ello implica que nuestro país se encuentra bastante más envejecido en relación al resto del continente. (Paredes, 2008)

El Estado uruguayo históricamente actuó previniendo situaciones sociales contingentes a través de la provisión de bienes y servicios articulados al mercado de trabajo. Un Estado robusto y protector caracterizado por Filgueira (2006) como “el Uruguay de pasado corporativo y estatal” en el cual se beneficiaron sobre todo las corporaciones y las clases medias y medias bajas que percibían ingresos generalmente de la función pública y las jubilaciones. Ello se complementó con un pilar básico del modelo que fue la prestación universalista de servicios de salud y educación.

Las políticas sociales han adquirido distintas formas a través de la historia según el modelo de desarrollo adoptado en cada momento. Durante la

vigencia del modelo basado en la importación sustitutiva de importaciones, desde mediados de la década de 1930 hasta mediados de los 70 del Siglo XX, el Estado se preocupó por la prestación centralizada de servicios de carácter universal basados en una lógica solidaria, principalmente educación, salud y seguridad social.

Hacia mediados de los 70 comenzó a procesar en todo el mundo la crisis del Estado de bienestar y en América Latina, la crisis del modelo de desarrollo por sustitución de importaciones. Esta forma de administración estatal recibió críticas tanto desde la nueva derecha como desde los sectores y partidos más progresistas.

Una de las críticas centrales al Estado proteccionista fue la ineficiencia del Estado en la provisión de bienes y servicios públicos. La creciente ola de demandas cada vez más diversas de los ciudadanos provocó que el Estado tuviera que responder ante ellas, favoreció la irresponsabilidad fiscal y las redes de clientela, las cuales beneficiaron a los sectores con mayor poder de organización y presión. El Estado social quedó preso del corporativismo, el burocratismo y, por ende, la ineficiencia (Bresser Pereira, 1998).

La ruptura del consenso en torno al rol del Estado como generador de desarrollo implicó la creación de un nuevo consenso que apeló a la disminución del intervencionismo estatal en aquellos ámbitos de los cuales podía encargarse el mercado o la sociedad civil. El Estado quedaría centrado en sus funciones centrales e indelegables y dejaría en manos del mercado y la sociedad civil el resto de las acciones. Las privatizaciones, tercerizaciones y la descentralización de funciones se convirtieron en

15. Estudiante avanzada de la Licenciatura en Ciencia Política e integrante del equipo de investigación de Repertorio Social.

las principales herramientas de reforma del Estado a partir de los 80.

Uno de los cambios fundamentales en materia de políticas sociales fue la implementación de prestaciones focalizadas hacia los grupos más vulnerables, que rompió con la tradicional pauta universalista e integradora.

En el área de las políticas públicas, el Estado quedó concentrado en las tareas de formulación, regulación y control, transfiriendo a la sociedad civil o al mercado las actividades de prestación directa de servicios públicos. Como afirman Narbono y Ramos (2001) durante la década del 80 predominó la devolución de funciones hacia el mercado pero a partir de la década del 90 la devolución de funciones se hizo a favor de la sociedad civil organizada (Narbono y Ramos, 2001). Particularmente en referencia a la provisión de servicios sociales a poblaciones vulnerables, las reformas se hicieron a favor de lo que se ha denominado el tercer sector. (Midaglia, 2001)

Uruguay no estuvo ausente de estos procesos, durante los 90 se intentó llevar adelante reformas estructurales de los tres pilares básicos del modelo de bienestar: reformas del sistema de salud, educativo y de la seguridad social. Finalmente la reforma del sistema de salud no se llevó adelante, mientras que sí se reformaron los sistemas educativo y de seguridad social.

Con respecto a este último, entre 1981 y 2003, 12 países de Latinoamérica aprobaron reformas estructurales de la seguridad social (Mesa-Lago, 2004).

En Uruguay, la seguridad social fue una de las políticas pioneras que junto con la educación y la salud conformaron un esquema de prestaciones universales e incluyentes. Un informe del Banco Mundial a principios de los 90 definía la reforma de la seguridad social en Uruguay como un tema “altamente sensible” y se refería a la dificultad en su implementación por la existencia de sectores sociales opositores con capacidad de bloqueo. (Hernández, 2000)

En efecto, la “coalición de veto” (Moreira, 2004) funcionó como freno a las reformas orientadas por recomendaciones internacionales neoliberales de los noventa y estuvo integrada por grupos organizados de la sociedad, el movimiento sindical y el Frente Amplio. Particular relevancia adquirió dicha

“coalición de veto” durante los años en los cuales la agenda pública estuvo centrada en el debate sobre la reforma de la seguridad social.

El desfinanciamiento de la seguridad social fue un tema recurrente desde la salida de la dictadura (1985), pero se volvió central tras la reforma constitucional de 1989 que estableció la indexación de las jubilaciones y pensiones por el índice medio de salarios unido a un progresivo aumento del envejecimiento poblacional.

Tras años de debate, la reforma de la seguridad social mantuvo el sistema de solidaridad intergeneracional basado en el sistema de reparto, pero incluyó la capitalización individual administrada por agentes privados “Administradoras de Fondos de Ahorro Previsional” (AFAPS). En este sentido, se procuró cumplir con los requisitos de viabilidad financiera pero sin dismantelar completamente la función redistributiva que implica el sistema de reparto. (Moraes, Filgueira, Moreira, 1999).

De esta manera, la reforma de la seguridad social no implicó un dismantelamiento de la vieja pauta solidaria y universalista. Asimismo, tampoco en materia de salud y educación se llevaron adelante reformas dismanteladoras del sistema de protección uruguayo aunque en los tres casos se introdujeron modificaciones tendientes a su modernización. El caso de la seguridad social fue la reforma que introdujo más cambios en el sentido de que incorporó actores privados (Midaglia, 2006).

En el área de las políticas no tradicionales del Estado de bienestar, como infancia, juventud y género fue donde se introdujeron reformas cualitativamente más significativas, buscando atender a una nueva realidad social. Estas reformas estuvieron vinculadas al paradigma vigente de políticas sociales: tercerizaciones, participación de la sociedad civil, focalización, integralidad de las prestaciones (Midaglia, 2006).

El sistema de prestaciones uruguayo se podría calificar como dual, en el sentido de que conviven políticas que mantuvieron el universalismo clásico, aunque revisado, junto con nuevas políticas focalizadas dirigidas a los sectores pobres. (Midaglia, 2006).

Para llevar a cabo este informe se recurrió a la base de datos del Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social en su componente de programas. Cabe destacar que se tomaron los datos

existentes a octubre de 2008, es decir que no están incluidos los programas que se pudieran haber relevado después de esa fecha.

El relevamiento de los programas supuso la interacción con una serie de referentes de cada organismo o intendencia designados por las autoridades competentes para este fin. Ellos fueron los encargados de llenar la información en un formulario auto administrado.

Durante 2006 se realizó el primer relevamiento de programas sociales, el cual registró la información de programas que se estaban ejecutando en 2005. Durante 2008 se comenzó el trabajo de actualización de los datos a 2007 así como el relevamiento de programas que hubieran quedado fuera en el primer acercamiento.

Para este informe se manejarán básicamente los datos de 2007, y en algunos casos que se explicitarán, información de 2005. La única excepción es el programa Asistencia a la Vejez del BPS/MIDES que fue creado en 2008 y relevado ese año.

Área de Intervención de los Programas

La oferta pública de incentivos, bienes y servicios sociales relevada por el Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social para el año 2007 cuenta con 269 programas sociales dependientes de la Administración Central, INAU, ANEP, MEVIR, BPS, UdelaR y Presidencia.

Atendiendo a los objetivos planteados por los distintos programas y las condiciones de acceso que los mismos requieren, se han identificado 93 programas a los cuales podrían acceder las personas adultas mayores, más allá de que estén o no, orientados selectivamente a ese tramo etario. A estos programas les llamaremos programas indirectos.

Por otra parte, de esos 93 programas sociales, existen 12 cuya estrategia de intervención se enfoca en la atención a distintas problemáticas de los adultos mayores específicamente, a estos programas le llamaremos directos (cuadro 4.1).

Área de intervención de los programas indirectos

Los objetivos de los programas sociales dan cuenta del área de intervención al cual se orientan. La ma-

yoría de los programas que por sus objetivos fueron definidos dentro del conjunto de programas a los cuales los adultos mayores podrían acceder aunque no se orientan específicamente a esta población, intervienen en el área de salud (18). Seguido a los programas de salud, se encuentran programas también referidas a intervenciones tradicionales del Estado uruguayo, trabajo (16) y vivienda o alojamiento (13). Los programas que operan en el área laboral, a los cuales pueden acceder las personas mayores, tienen que ver con la posibilidad de emprender proyectos productivos o programas para quienes son empresarios en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS).

Por otra parte, los programas de educación a los que pueden acceder los adultos mayores (10) son aquellos que contemplan bibliotecas públicas o programas de alfabetización para los cuales no se exige la edad como condición de acceso. Existen también, una cantidad importante de programas (8) orientados a actividades recreativas o deportivas.

Por su parte, las transferencias monetarias a las que pueden acceder las personas adultas mayores (7) podrían explicar en parte, la mejora en las condiciones de vida de esta población a partir de la segunda mitad de los 90. El programa de jubilaciones y pensiones del BPS, que se ajusta por el índice medio de salarios a partir de la reforma constitucional de 1989, las pensiones a la vejez y otras prestaciones aseguran que la población de referencia sea la menos afectada por situaciones de pobreza y pobreza extrema.

Las estrategias públicas de atención integral que pueden abarcar a las personas adultas mayores son 6 programas que incluyen distintos aspectos del desarrollo personal y social de las personas. Es el caso, por ejemplo, de los servicios de tutela de las Fuerzas Armadas y policiales, los cuales están dirigidos a las personas en actividad y retiro.

En la categoría “otros” se ubican 6 programas. En esta categoría se incluyó uno de los programas del Patronato Nacional de Encarcelados y Liberados, que contemplan las necesidades de las personas que se encuentran en situación de cárcel. También se incluyeron programas de asesoramiento jurídico y atención a situaciones de maltrato y violencia.

A pesar de que la mayoría de la población adulta mayor está integrada por mujeres, existen sólo 4 programas de género. Los programas de alimenta-

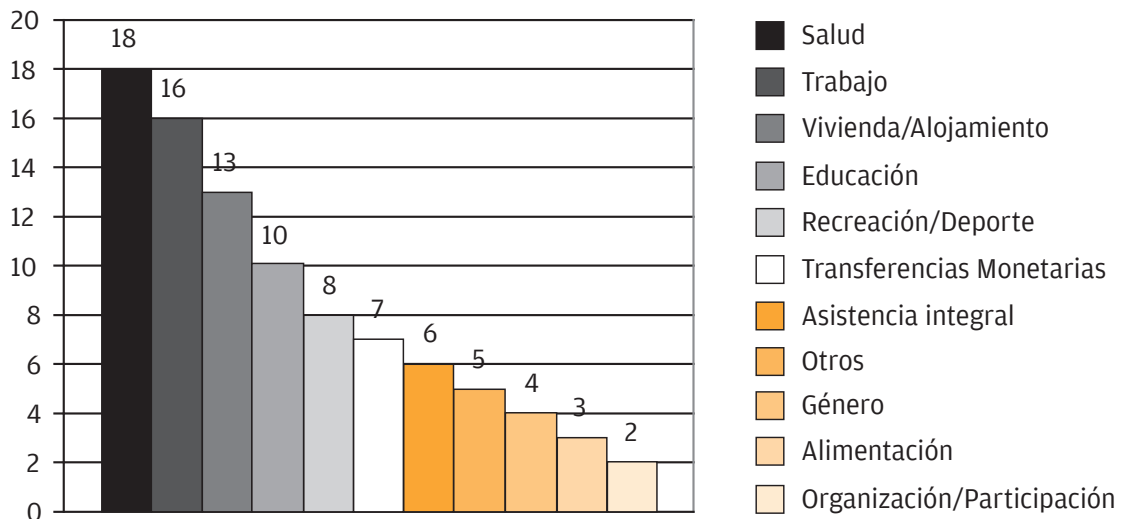
Cuadro 4.1. Programas Directos Orientados a la Población Adulta Mayor

Programa	Organismo	Resumen prestación
Dep. de Atención al Adulto Mayor	Ministerio del Interior	Atención y asesoramiento a personas víctimas de violencia familiar
Programa de Atención al Adulto Mayor	Ministerio de Salud Pública	Se incluyeron los programas de salud específicos para adultos mayores así como la fiscalización de hogares o residencias y la gestión del Piñeiro del Campo.
Atención para personas mayores en situación de calle	Banco de Previsión Social	Brinda una respuesta de emergencia a través de Albergues Nocturnos o Transitorios
Servicios Sociales para personas mayores	Banco de Previsión Social	Favorecer el fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas a este tramo etario
Relaciones Intergeneracionales	Banco de Previsión Social	Espacios de interrelación que atienden a niños en situación de riesgo social a través del servicios de los voluntarios adultos mayores. El programa apunta a cubrir necesidades de ambos tramos etarios
Vivienda y otras soluciones habitacionales	Banco de Previsión Social	Adjudicación de vivienda para jubilados y pensionistas de bajos recursos
Pensión a la Vejez e Invalidez	Banco de Previsión Social	Prestación económica que cubre a personas de 70 años y más que carecen de recursos y que no hayan tenido capacidad contributiva
Prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia contributivo.	Banco de Previsión Social	Transferencias monetarias de carácter contributivo: Jubilaciones y pensiones
Cuota mutual jubilados	Banco de Previsión Social	Cuota Mutual mensual y descuentos en tickets de medicamentos
Asistencia a la Vejez	Banco de Previsión Social	Transferencias monetarias para personas mayores de 65 años y menores de 70 carentes de recursos
Actividades Culturales, Físicas y Recreativas	Banco de Previsión Social	Cursos, talleres de diversa índole
Adultos Mayores	MTOP	Clases de educación física y otras actividades recreativas para adultos mayores en las plazas públicas
Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES		

ción y organización y participación a los que pueden acceder las personas adultas mayores son 3 y 2 respectivamente (gráfico 4.1).

Consideraciones sobre el marco conceptual de políticas selectivamente orientadas a las personas adultas mayores

Para analizar las intervenciones públicas específicamente dirigidas a los adultos mayores, será necesario repasar los objetivos que se plantean y ubicarlas

Gráfico 4.1. Área de intervención de los programas directos e indirectos

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

en algún área de intervención específica. Asimismo, para un abordaje conceptual de la orientación de los programas, es interesante recordar la tipología de políticas de vejez propuesta por Huenchuan (1999) y por Morris (2007). Las categorías construidas por Huenchuan son:

- Políticas orientadas a situaciones de pobreza y vulnerabilidad: Son prestaciones monetarias que intentan dar respuesta a la falta de ingreso producida por la salida definitiva del mercado laboral o por la pérdida de la autonomía debida al envejecimiento. Este tipo de asistencia constituye la más tradicional de las políticas orientadas a la vejez, incluye asilos para ancianos y pensiones o jubilaciones. En otro orden de cosas, las políticas sociales de protección al adulto mayor han abordado otros problemas relativos a las dificultades de convivencia con otros tramos etarios, integración social y derechos.
- Políticas orientadas a la integración social: Se relacionan con la inserción social de las personas mayores y los problemas asociados a la pérdida de autonomía. Este último caso, tiene que ver con acciones de ayuda en las actividades de la vida diaria en su domicilio como medida alternativa a la institucionalización en residencias u hogares, con el objetivo de mantenerlos en su entorno habitual.

- Políticas orientadas a la afirmación de derechos: Se relaciona con el reconocimiento de que no hay que proporcionar sólo protección y cuidados sino también asegurar la intervención y participación de las personas de edad. El reconocimiento de los adultos mayores como sujetos de derechos y el impulso al ejercicio de los mismos. En este contexto, se entiende que la seguridad económica y la integración social son sólo un aspecto más de la amplia gama de derechos que gozan las personas de edad.

Por su parte, Morris (2007) partiendo de la tipología elaborada por Huenchuan, reconoce cuatro tipos de políticas orientadas a la vejez. La modificación introducida por Morris es la separación de pobreza y vulnerabilidad en categorías diferentes.

- Políticas Orientadas a la vulnerabilidad: Buscan anticipar y desactivar aquellos riesgos para los cuales los adultos mayores son más susceptibles (por ejemplo, de salud) (Morris, 2007)

La distinción entre las categorías de vulnerabilidad y pobreza parece ajustada en la medida en que son conceptos distintos. La categoría analítica “vulnerabilidad” puede incluir los riesgos de caer en situaciones de pobreza pero no se agota allí. El concepto de vulnerabilidad es complejo y polisémico.

co, y la discusión en torno a su significado no está saldada.

En efecto, Morris (2007) concibe las políticas orientadas a situaciones de vulnerabilidad como la anticipación de las intervenciones ante la constatación de riesgos o debilidades que podrán generar problemas en el futuro. Sin embargo, existen otras definiciones para las cuales dichas políticas abarcan también la intervención cuando el riesgo se ha hecho efectivo (Ver Perona.N y Rocchi G, 2000)

En el caso que estudia este trabajo, los 12 programas seleccionados buscan anticiparse o atender situaciones de riesgo ya planteadas. Por lo tanto, el rendimiento analítico de la categoría vulnerabilidad se desvanece a los efectos de este trabajo. Tampoco parece demasiado rendidor analizar las políticas que se orientan a la afirmación de los derechos ya que todas las áreas de intervención de los programas (vivienda, salud, trabajo, educación, etc) implican la intención de promover el ejercicio de los derechos sociales constitucionalmente respaldados.

No obstante, parece interesante analizar y, al mismo tiempo, es posible discriminar, los programas que se orientan a la participación o integración social de las personas adultas mayores al igual que aquellos destinados a evitar o aliviar situaciones de pobreza.

Partiendo de este marco conceptual de clasificación de políticas sociales orientadas a la vejez, hemos incluido a las anteriormente construidas para el caso de los programas indirectos, las categorías de pobreza y/o indigencia, e integración social, teniendo en cuenta que todas son parte de la categoría más amplia de vulnerabilidad.

Los programas orientados a la integración social o intergeneracional en la vejez, están asociados al reconocimiento de que el aseguramiento de las fuentes de ingreso no son suficientes para garantizar una mejor calidad de vida en la última etapa del ciclo vital (Huenchuan, 1999).

En este trabajo hemos entendido que los programas que operan en el área de recreación y deporte (2) y de organización y participación (2) integran el conjunto de los programas que intentan fomentar la integración social de los adultos mayores. Esta decisión descansa en el supuesto de que el deterioro de la energía saludable en la población mayor, así como situaciones de soledad o incapacidad física pueden

generar un distanciamiento tanto de sus pares como de personas de otros tramos etarios.

En efecto, la participación de los adultos mayores en actividades fuera de sus hogares es baja. Según Pugliese (2007) un estudio denominado "Más vale por viejo", editado en 2002 por la OPS, el BID y el MSP indica que "*Los ancianos uruguayos suelen dedicar su tiempo ocioso principalmente a actividades sedentarias como mirar televisión o escuchar radio y hacer alguna tarea doméstica. Pese a que disponen de mucho tiempo libre, el 90% de los ancianos uruguayos no asiste a eventos culturales como el cine, el teatro o conciertos*" (Pugliese, 2007:150).

En este sentido, los programas de recreación y deporte y organización y participación fomentan el contacto entre las personas que comparten una generación, mientras que, los programas de integración intergeneracional intentan conectar a las/ os ancianas/os con personas en edades distintas.

En la categoría "pobreza y/o indigencia" se han incluido aquellos programas que están destinados específicamente a la población en esta situación.

Área de intervención de los programas directos

Distinción etaria

Una primera mirada a las intervenciones del Estado en materia de ancianidad muestra que las mismas no están orientadas por edad, es decir que los programas no distinguen al interior del tramo etario que comprende a los adultos mayores, 60 o 65 años en adelante. Ello implica que no existen programas que protejan a las personas "más mayores" específicamente, es decir aquellas que pasan los 80 años.

Ello resulta problemático en la medida en que las personas de edad más avanzada, aquellas mayores de 80 años, representan casi 20% de la población mayor de 60 años (Núñez, 2008) y, en general, tienen otras necesidades que se derivan de sus condiciones sanitarias.

A su vez, las condiciones de salud de la población mayor de 80 años afectan otros aspectos de la vida, como son: la imposibilidad de vivir solos, mayor requerimiento de atención de salud y familiar, mayor vulnerabilidad ante situaciones de violencia, etc. Ello implica que muchas veces, las políticas estén

diseñadas para personas mayores activas y no para aquellas con dificultades como las mencionadas.

Trabajo, educación, alimentación y género

Otra constatación también inmediata es que los programas de atención a los adultos mayores no intervienen en las áreas vinculadas a trabajo, educación, alimentación y género. En el caso de las dos primeras, la inexistencia de programas orientados, era previsible en tanto los adultos mayores se encuentran, en general, retirados del mercado laboral y han terminado su ciclo en el sistema educativo formal. Por otra parte, tampoco resulta demasiado extraño que no haya programas de atención alimentaria selectivos, ya que probablemente las necesidades de alimentación no se relacionen con características específicas de un tramo etario.

Sin embargo, la inexistencia de intervenciones en el área de género a las cuales pueden acceder las adultas mayores selectivamente, no parece tan previsible tomando en cuenta que son la mayoría de la población vieja y en esta área pueden tener necesidades específicas producto, por ejemplo, de la viudez y la soledad.

Según Huenchuan, en los últimos años se ha producido una “feminización de la vejez” producto de que las mujeres tienen mayor esperanza de vida. En Uruguay casi 60% de la población mayor de 60 años está integrado por mujeres. Por otra parte, la población femenina es mayor en la población de más de 60 años (58,7%) que en la población menor de esa edad (51,7%). (Núñez, 2008).

Salud

Una de las áreas en las cuales las personas adultas mayores son más vulnerables es la de la salud. El análisis de las intervenciones públicas en materia de ancianidad muestra que el Estado actúa para anticiparse o atender esta área particularmente sensible para la población que se está estudiando. Un dato importante en este sentido es que el 98,5% (Núñez, 2008) de la población mayor de 60 años tiene algún tipo de cobertura médica. Es importante destacar también, que casi el 60% (57,5%) (Núñez, 2008) de la población elige las mutualistas para cubrir sus necesidades de salud.

Por otra parte, el Observatorio Social del MIDES relevó 16 programas de salud a los cuales pueden acceder y 2 que intervienen en el área de salud que

se orientan selectivamente a los adultos mayores.

La intervención social en materia de salud constituye una de las intervenciones más tradicionales del Estado uruguayo, que sigue manteniendo una cobertura universal o casi universal. Como vimos en la introducción de este trabajo, las reformas de tendencia liberal de los 90 no afectaron al sistema de salud que se mantuvo con su vieja estructura.

Transferencias monetarias y pobreza

El Observatorio Social del MIDES relevó 3 programas que operan en el área de transferencias monetarias, todos ellos dependientes del BPS, y 2 programas que se vinculan con la atención a situaciones de pobreza.

Cabe destacar que la cantidad de pobres entre los mayores de 65 años se ha reducido considerablemente en las últimas décadas, alcanzando un 7,2% en 2008 (INE, 2008). Ello no implica que los problemas de pobreza y la falta de ingresos en este tramo etario sea un problema resuelto.

La mejora en las condiciones de ingreso de las personas adultas mayores probablemente se debe al alto nivel de cobertura de las transferencias monetarias del BPS y a la suba de los montos producida en los 90.

En efecto, la cantidad de adultos mayores de 64 años que perciben alguna transferencia monetaria por parte del BPS representa 97,02% del total de la población en ese tramo etario (Lazo y Pereira: 2007). A su vez, el aumento del monto percibido por concepto de jubilaciones y pensiones tras la reforma constitucional de 1989, conquistada entre otros por organizaciones de jubilados y pensionistas, parecen haber incidido positivamente en la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Integración social, recreación y deporte, organización y participación

En primer lugar, conviene recordar que se argumentó en la sección anterior de este trabajo que los programas de recreación y deporte así como los de integración intergeneracional y organización y participación incluyen la categoría “integración social”. En el caso de los programas de integración intergeneracional encontramos que en Uruguay existe un sólo programa de este tipo. En efecto, el programa intenta promover la integración intergeneracional de los adultos mayores con niños en situación de

riesgo social. Dicho programa es implementado por el INAU y ha tenido resultados positivos en los dos tramos etarios que intervienen.

Al mismo tiempo, es importante recordar que en la primera parte de este trabajo fueron identificados 2 programas que operan en el área de organización y participación. Se constata ahora, que ambos programas son selectivos, es decir que se orientan a la población adulta mayor. Ello se relaciona con el reconocimiento de derechos y el impulso al ejercicio de los mismos. Con respecto a las actividades de recreación y deporte, se identificaron 8 programas indirectos, es decir, a los que pueden acceder los adultos mayores. De esos 8 programas, existe dos que son selectivos, es decir, que se orientan específicamente a esta población.

Ahora bien, la integración social según Huenchuan (1999) también se relaciona con la intención de mantener a los adultos mayores en su medio habitual ante situaciones de pérdida de autonomía con el objetivo de que la desintegración revista menor gravedad.

En otros países como Argentina o Brasil, se vienen desarrollando por parte del Estado programas de cuidado al adulto mayor que implica la asistencia en actividades de la vida diaria que intentan impedir o retrasar la institucionalización de las personas. (Pugliese, 2007).

En Uruguay no existen este tipo de programas, como tampoco existen programas que cuidan a las personas de edad avanzada que están solas durante períodos de internación en centros de salud, o cuidados posteriores a ese período. En este campo, es notoria la intervención de empresas privadas que ofrecen servicios de cuidado durante la internación y la fase posterior, pero este servicio resulta insuficiente en la medida en que sólo acceden los que pueden pagar.

Vivienda y alojamiento

Esta categoría está integrada por 3 programas que ofrecen soluciones habitacionales permanentes o transitorias para la población mayor.

Uno de ellos atiende a personas mayores en situación de calle, un segundo contempla la residencia permanente en un hogar de ancianos público y el tercero brinda soluciones de vivienda permanente para personas mayores de bajos recursos.

La oferta de hogares de larga estancia para los

adultos mayores es amplia en nuestro país. Los datos indican que entre el 5% y el 7% de la población adulta mayor se encuentran alojados en hogares de larga estancia, el 90% se encuentra en el sector privado con fines de lucro y 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas. (Pugliese, 2007)

Otros

En la categoría otros se incluyó un solo programa, que es de atención a adultos mayores víctimas de situaciones de maltrato o violencia dependiente del Ministerio del Interior (MI) (cuadro 4.2).

Situación socioeconómica de la población beneficiaria Programas indirectos

Con diferenciación o discriminación socioeconómica se hace referencia a la condición de acceso que exige un determinado nivel de ingresos para acceder, si los programas se orientan a la atención de personas de escasos recursos o si, por el contrario, son de libre acceso.

Como lo indica el gráfico 4.2, de los programas a los cuales pueden acceder las personas adultas mayores pero no en forma selectiva, existe casi la misma cantidad de programas que discriminan por

Cuadro 4.2. Orientación de los programas directos

Área en que operan los programas	Cantidad de Programas
Pobreza	5
Vivienda y Alojamiento	3
Transferencias Monetarias	3
Salud	2
Integración social	5
Otros	1
Género	0
Alimentación	0
Trabajo	0
Educación	0

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

situación socioeconómica que los que no lo hacen, 43 y 49 respectivamente.

Por otra parte, existen áreas de intervención en las cuales es más frecuente encontrar que las intervenciones tienen diferenciación socioeconómica. Es el caso de los programas de alimentación. En efecto los 3 programas alimentarios a los cuales pueden acceder los adultos mayores exigen un mínimo de ingreso. También los programas orientados al mercado laboral y vivienda y/o alojamiento empujan la tendencia de la discriminación socioeconómica.

Sin embargo, existen otros programas que presentan la característica contraria, o sea que en su mayoría no exigen ningún mínimo de ingreso para acceder. Es el caso de los programas de salud y educación.

En el caso de los programas sociales que operan en el área de la salud, 5 discriminan a la población beneficiaria por situación socio-económica mientras que 13 no lo hacen. Por su parte, de las intervenciones públicas en materia de educación a las cuales pueden acceder los adultos mayores, sólo 1 discrimina por situación socio-económica y 9 no lo hacen.

También es el caso de los programas de género, de los cuales ninguno diferencia a sus beneficiarios por situación socio-económica.

De los 7 programas que brindan transferencias monetarias, 3 discriminan por situación socio-económica y 4 sí lo hacen (gráfico 4.3).

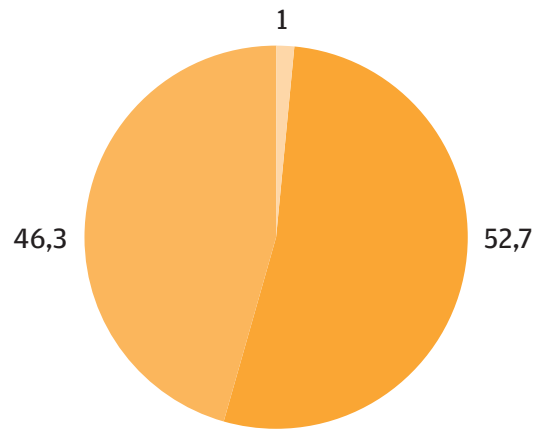
Programas directos

Ahora bien, las intervenciones públicas que se orientan selectivamente a la población adulta mayor presentan igual cantidad de programas que discriminan y que no discriminan por situación socio-económica (6).

Los dos programas que intervienen en el área de la salud discriminan a sus beneficiarios por situación socio-económica. Por otra parte, los 5 programas sociales que atienden situaciones de pobreza de la población adulta mayor son focalizados, es decir que están orientados a la población pobre. También se orientan a la población de escasos recursos los 3 programas de vivienda y alojamiento.

En contraposición, ninguno de los programas de integración social para adultos mayores se orienta a la población pobre, sino que abarcan a perso-

Gráfico 4.2. Diferenciación Socioeconómica de los programas sociales indirectos (porcentaje)



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

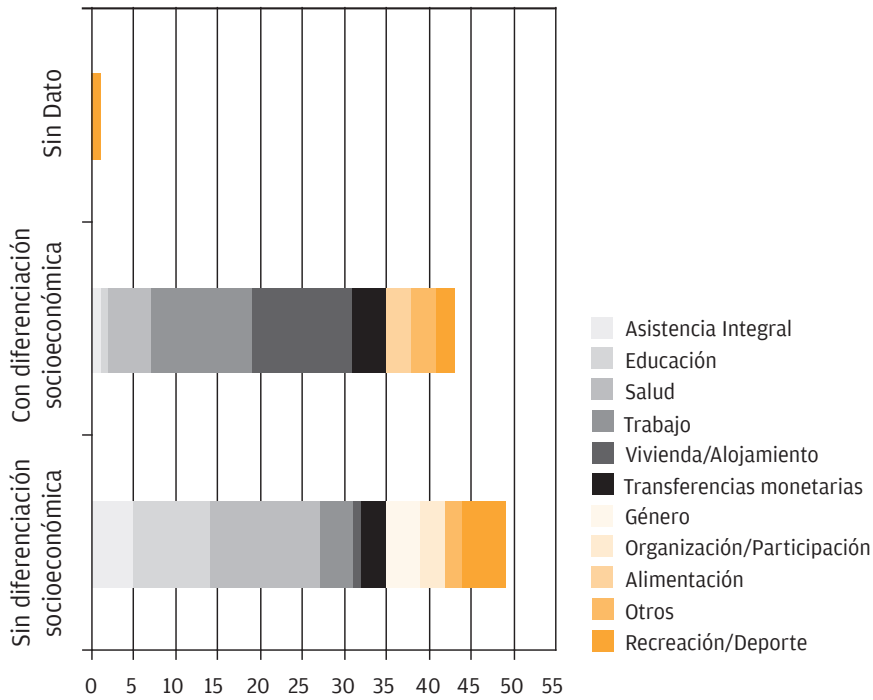
nas de todos los estratos sociales. Tampoco existen programas de recreación y deporte u organización y participación que discriminen socioeconómicamente a la población beneficiaria. Ello era previsible en la medida en que la vulnerabilidad que representa la desintegración social no se da sólo ni únicamente en los sectores más pobres de adultos mayores (gráfico 4.4).

La condición socioeconómica para acceder a un programa social no es la única que se requiere. En ocasiones, además de ésta se requieren otras condiciones habitacionales, sanitarias, laborales, etc. Además, algunos programas exigen como condición no una demostración de ingreso sino certificación de que es jubilado, de que tiene algún tipo de enfermedad, etc.

Las condiciones exigidas para ser beneficiario de los programas selectivamente orientado al adulto mayor en su mayoría son socioeconómicas (6) pero exigen además, condiciones sanitarias (4), laborales (5), habitacionales (2).

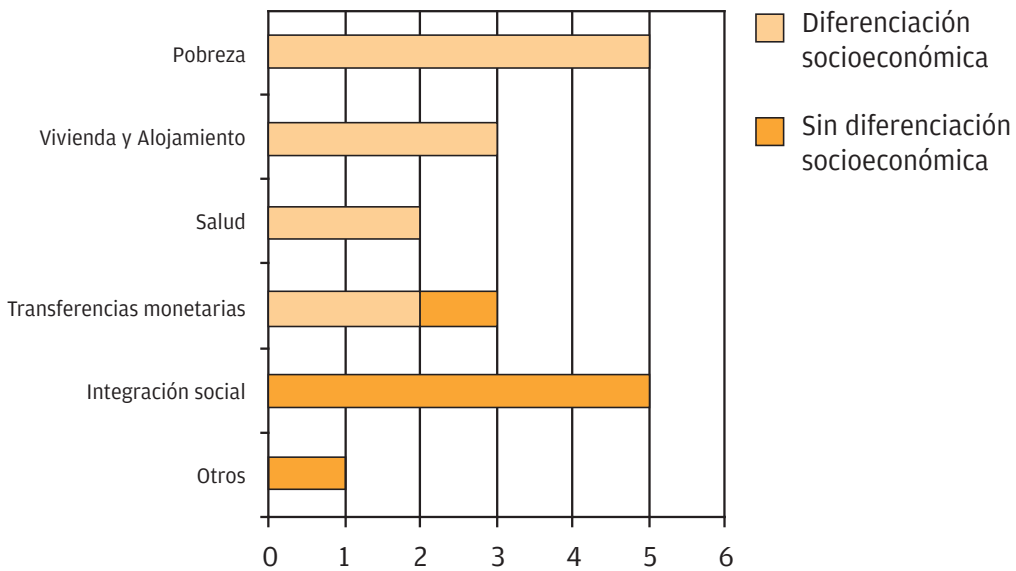
Es importante mencionar que de los 12 programas relevados, 5 de ellos requieren que las personas beneficiarias sean jubiladas.

Gráfico 4.3. Diferenciación socio-económica de los programas indirectos por área de intervención



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Gráfico 4.4. Diferenciación Socioeconómica de los programas directos por área de intervención



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Cuadro 4.3. Condiciones de acceso a los programas

		Sí	No
Condición Sanitaria	Enfermedades y/o patologías	2	10
	Otras	2	10
Condición habitacional	Situación de calle	1	11
	Otras	1	11
Condición Laboral	Inactivos por edad	5	7
Diferenciación por sexo		0	12
Condición Educativa		0	12
Situación Familiar		0	12

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del Ministerio de Desarrollo Social

Período de creación de los programas directos

El primer período definido para clasificar los programas de protección a las personas adultas mayores se relaciona con la etapa de formación y consolidación del sistema de protección social del Estado y la puesta en marcha de una política anticipatoria a los riesgos sociales. Son los programas anteriores a 1939.

El segundo período incluye 40 años en los cuales encontramos por un lado, el neobatllismo de corte proteccionista en materia social y económica y, por otro, el período pre autoritario y la dictadura (1940-1984).

A partir de 1985, la periodización se resuelve en 5 años hasta nuestros días, y se relaciona con los distintos gobiernos post-autoritarios (1985-1989/1990-1994/1995-1999/2000-2004/posteriores a 2005).

Conviene aclarar en este punto que los programas relevados por el Observatorio no pueden registrar la continuidad de los programas en el tiempo. O sea que pueden haberse creado muchos programas sociales que perecieron y de los cuales no podemos dar cuenta en este trabajo.

Las primeras intervenciones del Estado en materia de protección social al adulto mayor se registran en el S XIX y hasta 1934. De los 12 programas relevados, 3 de ellos tienen más de 100 años de implementación. El surgimiento de un temprano Estado de bienestar en Uruguay con un sistema de protección social ligado al mercado laboral protegido

desde muy temprano a los jubilados y pensionistas y a la clase trabajadora.

Por otra parte, no existe registro de programas que hayan sido creados entre los años 1940 a 1984 que hayan sobrevivido hasta ahora.

Durante el primer gobierno del Dr. Julio María Sanguinetti (1985-1989) y el segundo (1995-1999) se crearon la mitad (6) de los programas sociales dirigidos al adulto mayor que sobrevivieron en el tiempo. Se podría aventurar que para el gobierno colorado de Julio María Sanguinetti, la protección social dirigida al adulto mayor fue una de las prioridades, sin embargo, esa afirmación sería errónea en tanto no tenemos datos de programas creados durante otros períodos de gobierno, que han perecido. Quizá se podría hablar de una cierta estabilidad de los programas creados.

Durante los gobiernos del Dr. Luis Alberto Lacalle y Jorge Batlle se crearon el resto de los programas que han sobrevivido, uno por cada período de gobierno. En el caso del gobierno del Frente Amplio, se ha creado un área específica de adultos mayores ubicada dentro de la estructura del Ministerio de Desarrollo Social, en la Dirección Nacional de Políticas Sociales, con el objetivo de contribuir en el diseño de políticas orientadas a las personas adultas mayores y propiciar espacios de coordinación interinstitucional entre distintos programas públicos y privados. Así como también la reforma que implica a nivel general el Plan de Equidad a partir de enero de 2008, que pone en funcionamiento por un lado la Asistencia a la Vejez, prestación económica de tipo

no contributiva y de corte solidario que se brinda a las personas en situación de pobreza extrema a partir de los 65 años, y por otro, una reforma de la salud que impulsa otras pautas de intervención y buenas prácticas hacia la población adulta mayor. Sería importante citar también, algunas propuestas impulsadas en esta administración por el Banco de Previsión Social que contemplan la búsqueda de sistemas de mayor solidaridad. Es importante sumar a esto otras acciones que viene llevando adelante el Ministerio de Desarrollo Social, brindando asistencia a situaciones de emergencia social dentro de la población adulta mayor, que implica la creación de refugios para la población vieja en situación de calle, así como programas de alfabetización que contemplan las circunstancias de analfabetismo dentro de la población mayor de 65 años, como las intervenciones oftalmológicas dentro del programa “Nos tenemos que ver” (cuadro 4.4).

Los programas creados durante el período de formación y consolidación del Estado que se mantienen más de 100 años después, brindan una serie de prestaciones tradicionales del sistema de protección uruguayo. Cabe destacar que 2 de los 3 programas que brindan transferencias monetarias fueron creados en el periodo anterior a 1939.

Esos programas son por un lado, las jubilaciones y pensiones que se ligan al mercado laboral mediante el aporte cuando la persona se encuentra en actividad y, por otro lado, las prestaciones no contributivas orientadas a la protección a la vejez, es decir que no requieren de aportes laborales y atienden situaciones de pobreza.

Por otra parte, los programas de integración social fueron creados entre 1985 y 2000. Estos pro-

gramas no forman parte de las prestaciones del viejo Estado benefactor, sino que se relacionan con la constatación posterior de que el ingreso cubre sólo un aspecto del conjunto de las áreas en las cuales los adultos mayores suelen ser más vulnerables.

Las intervenciones sociales en materia de pobreza no siguen una línea ordenada en el tiempo pero dejan sólo dos períodos afuera, entre 1990 y 1994 y entre 2000 y 2004. Estos dos periodos coinciden con el gobierno blanco del Dr. Lacalle y el gobierno colorado del Dr. Batlle, ambos de orientación liberal o, en alguna medida, más liberal que el resto. Algo similar sucede con las intervenciones sociales en materia de vivienda.

Por otra parte, la estrategia del Frente Amplio para la protección de las personas adultas mayores parece coincidir con las prestaciones tradicionales que brindan transferencias monetarias, aunque no de forma anticipatoria, sino como paliativo a situaciones de pobreza ya planteadas (gráfico 4.5).

Tamaño de los programas directos

Para el año 2005, la mayoría de los programas (4) fueron definidos como grandes, es decir que atienden a una cantidad de beneficiarios de entre 40.000 y 99.000. Estos programas son los que brindan prestaciones monetarias y, al mismo tiempo atienden situaciones de pobreza.

A su vez, el único programa definido como muy grande (más de 100.000 beneficiarios) también se relaciona con las intervenciones públicas en materia de ingreso, es el programa de jubilaciones y pensiones del BPS

Sólo 1 de los programas se considera chico en la medida que atiende una población de hasta 500 personas. Se trata del programa de relaciones intergeneracionales del BPS.

Cabe aclarar también que no existen programas cuya unidad receptora del beneficio sea el hogar en general. Todos los programas relevados se dirigen a proteger a las personas individualmente consideradas más allá de las personas con quienes convivan (cuadro 4.5).

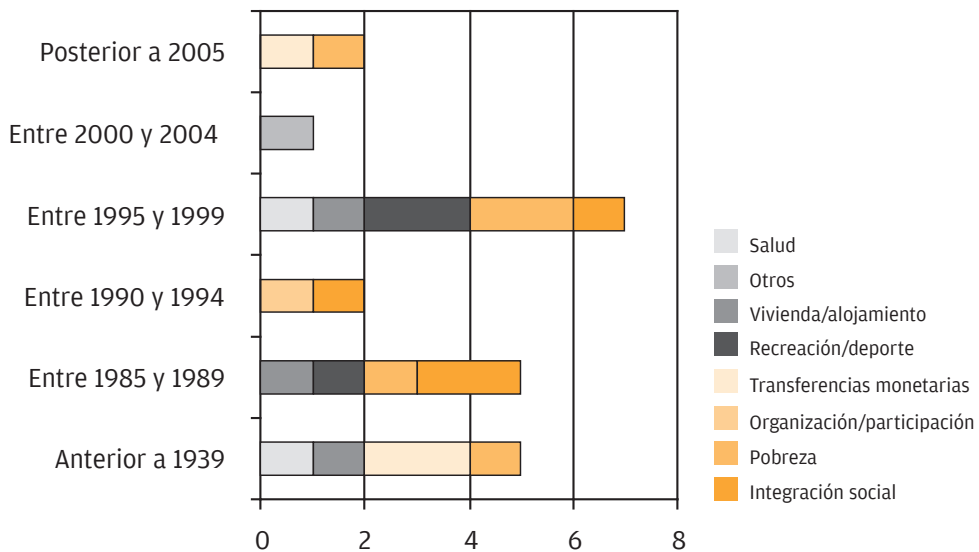
Si bien el tamaño de los programas está medido por la cantidad de beneficiarios, otro indicador podría ser la cantidad de prestaciones que brinda. En

Cuadro 4.4. Año de Creación de los programas

Anterior a 1939	3
Entre 1940 y 1984	0
Entre 1985 y 1989	2
Entre 1990 y 1994	1
Entre 1995 y 1999	4
Entre 2000 y 2005	1
Posterior a 2005	1

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Gráfico 4.5. Año de Creación de los programas directos por área de intervención



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Cuadro 4.5. Tamaño de los Programas

	Beneficiarios	2005	2007	2008
Chico	Entre 0 y 499	1	0	0
Medio chico	Entre 500 y 4999	2	2	1
Medio	Entre 5000 y 14999	1	1	0
Medio grande	Entre 15000 y 39999	0	0	0
Grande	Entre 40000 y 99999	4	1	0
Muy grande	Más de 100.000	1	1	0
Sin dato		3	6	11

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Cuadro 4.6. Cantidad de Prestaciones

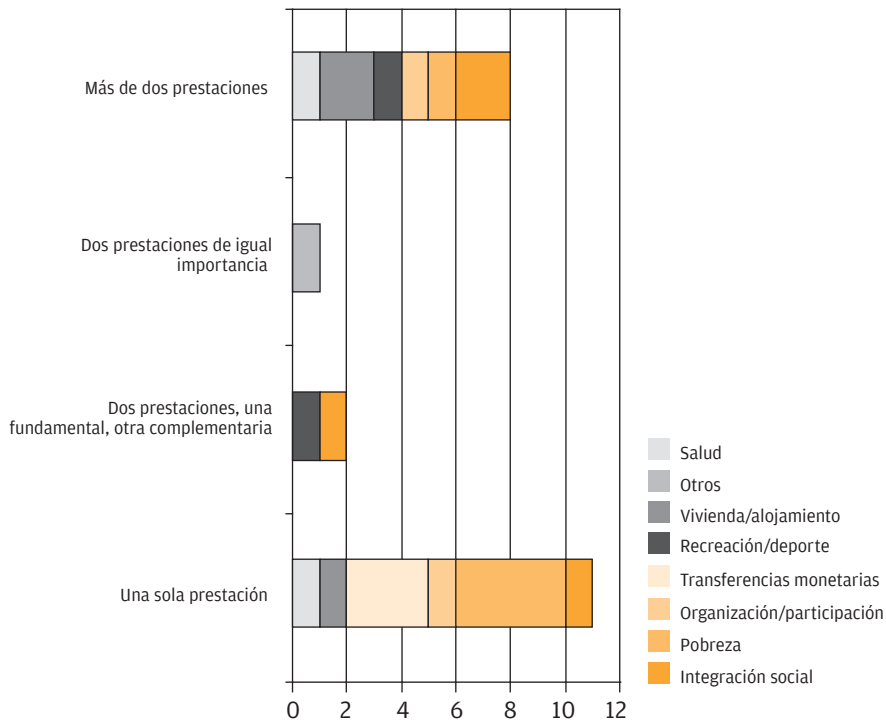
	Cantidad de programas
Una sola prestación	6
Dos prestaciones, una fundamental y otra complementaria	1
Dos prestaciones de igual importancia	1
Más de dos prestaciones	4
Total	12

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

ese sentido, la mitad de los programas que se orientan a la protección de las personas adultas mayores (6) brindan una sola prestación. Sin embargo, también es importante la cantidad de programas que brindan más de dos prestaciones (cuadro 4.6).

En cuanto a la cantidad de prestaciones según área de intervención de los programas, notamos que

los programas de transferencias monetarias se limitan a brindar sólo el ingreso. También las intervenciones orientadas a atender situaciones de pobreza de los adultos mayores brindan mayoritariamente una sola prestación (gráfico 4.7).

Gráfico 4.6. Cantidad de prestaciones de los programas directos por área de intervención

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

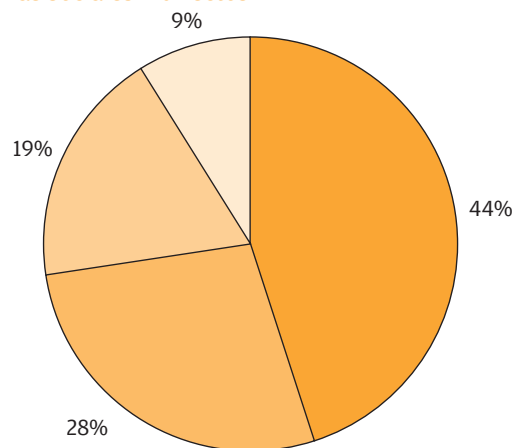
Aspectos Institucionales: ejecución de los programas y gestión de los recursos

Programas indirectos

Lo más frecuente es que los programas sociales sean ejecutados por un solo organismo público (44%), mientras que la ejecución coordinada entre dos o más organismos públicos es menor (19%). Por otra parte, la participación de organizaciones civiles es importante en la medida en que en un casi 30% de los programas son ejecutados por organismo públicos e instituciones no estatales (gráfico 4.7).

Programas directos

También en el caso de los programas orientados a las personas adultas mayores predomina la ejecución por parte de un solo organismo público. Por otra parte, la participación de instituciones no gu-

Gráfico 4.7. Modalidad de Ejecución de los programas sociales indirectos

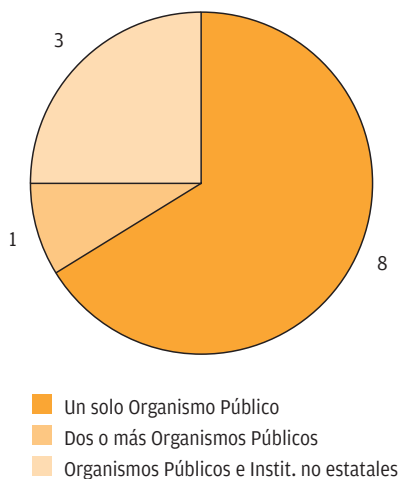
Un solo organismo Organismos públicos e instit. no estatales
 Dos o más organismos públicos Sin dato

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

bernamentales en la ejecución de programas sociales para las personas adultas mayores es marginal, contrariamente a la participación que estas organizaciones tienen en la ejecución de programas o proyectos sociales orientados a la niñez o la adolescencia (gráfico 4.8).

Por otra parte, la pauta de gestión de los recursos en el caso de los programas directamente orientados a la atención de las personas adultas mayores es mayoritariamente centralizada. No existe ningún programa cuyos recursos se gestionen en forma descentralizada y sólo 1 de ellos maneja sus recursos en forma desconcentrada. Este modelo de gestión, no parece ser exclusivo de los programas orientados al adulto mayor sino que, en general, el manejo de los recursos públicos tiene tradicionalmente una estructura centralizada en el Estado uruguayo (cuadro 4.7).

Gráfico 4.8.



Cuadro 4.7. Diseño y Manejo de los Recursos de los programas directos

	Cantidad de programas
Central	9
Desconcentrado	1
Descentralizado	0
Sin dato	2
Total	12

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Otro aspecto institucional no menor, es que todas las personas que brindaron la información, declaran que sus programas son supervisados. Dentro de los 12 programas relevados, 11 son supervisados por unidades del propio programa, mientras que sólo uno es evaluado por unidades pertenecientes al organismo pero no al programa específico.

Cabe destacar que no existen programas que sean supervisados por otro organismo público ni que intervengan instituciones privadas, como organismos internacionales o consultoras contratadas.

Consideraciones finales

Las consideraciones finales de este trabajo se estructuran de la siguiente manera: en primer lugar se hará un breve repaso de las tradicionales prestaciones del Estado uruguayo que atienden a la población adulta mayor; en segundo lugar la incorporación de nuevos programas y algunos posibles problemas vinculados al diseño de los mismos y, en tercer lugar, se repasarán las características generales de los 12 programas específicos analizados a lo largo del presente artículo.

Atendiendo a los objetivos planteados por los distintos programas sociales relevados por el Observatorio Social del MIDES y las condiciones de acceso que los mismos requieren, se han identificado 93 programas a los cuales podrían acceder los adultos mayores, más allá de que estén o no, orientados selectivamente a este tramo etario.

Por otra parte, de esos 93 programas sociales, existen 12 cuya estrategia de intervención se enfoca en la atención a distintas problemáticas de la población mayor específicamente.

En primer lugar, el Estado uruguayo tradicionalmente ha atendido a la población adulta mayor a través de transferencias de ingreso: una contributiva vinculada al mercado laboral, la de jubilaciones y pensiones y una segunda de atención a situaciones de pobreza para personas adultas mayores con menor nivel de ingreso.

Estas dos intervenciones forman parte del sistema de seguridad social con una lógica solidaria y universal que tiene más de 100 años de creación. En efecto, la seguridad social fue una de las políticas sociales pionera que junto con la educación y la salud conformaron un esquema de prestaciones

universales e incluyentes y el pilar básico del Estado benefactor.

Sin embargo, este sistema de seguridad social fue puesto en cuestión en las décadas del 80 y 90 por las pérdidas monetarias que generaba, que se agravaron posteriormente con la reforma constitucional en 1989 y el progresivo envejecimiento de la población.

Finalmente, tras años de debate, en 1995 se reforma el sistema de seguridad social y se configura una de las reformas estructurales de mayor envergadura de los 90. A pesar de ello, el sistema que surge a partir de la reforma no desmantela la vieja lógica solidaria sino que se combina con el ahorro individual. Además de la reforma de la seguridad social, se reforma el sistema educativo y se proponen reformas de la salud que finalmente no se llevan adelante. Por otra parte, en los 90 adquieren relevancia algunas áreas no tradicionales del Estado de bienestar como infancia, juventud y género, buscando atender a una nueva realidad social. Las prestaciones vinculadas a estas áreas se estructuraron de acuerdo al paradigma dominante de políticas sociales de la época: tercerizaciones, participación de la sociedad civil, focalización, integralidad de las prestaciones. (Midaglia, 2006)

En segundo lugar, además de la política tradicional de transferencias monetarias para atender a la población adulta mayor, a partir de los 80 se ponen en marcha políticas que ya no atienden la situación de ingreso de este tramo etario sino que intentan atender otros riesgos asociados a la edad. Así, se crean programas destinados a fomentar actividades de deporte, integración, participación, vivienda y se mantienen y crean nuevos programas de atención a situaciones de pobreza.

Sin embargo, identificamos algunos de los posibles problemas asociados al diseño de los programas. Uno de ellos es que los programas sociales de atención a las personas adultas mayores no discriminan dentro del tramo etario de referencia. Ello implica que las personas mayores de 80 años, las cuales tienen dificultades asociadas a la avanzada edad como dificultades para vivir solas, discapacidad física y condiciones sanitarias en general, no cuentan con ningún tipo de protección específica. Las intervenciones se orientan en general a una persona activa que puede valerse por sus propios medios y que tiene las capacidades intelectuales intactas.

Además de ello, tampoco existe oferta pública de servicios que intente retardar el traslado de las personas que no pueden continuar viviendo en sus hogares, a residencias de ancianos en forma permanente. Tampoco existen programas que acompañen a las personas durante procesos de internación y en la etapa posterior, quedando este servicio exclusivamente para la ciudadanía con poder de compra.

Otro aspecto que resulta llamativo en cuanto a los tipos de programas que se diseñan para las personas adultas mayores es que no existen intervenciones del Estado en el área de género a pesar del comprobado proceso de feminización de la vejez. Por otra parte, existe un solo programa que apunta a la integración intergeneracional de los adultos mayores.

En tercer lugar, destacamos algunas características generales de los programas. En cuanto a las exigencias para acceder al servicio se destaca que para ser beneficiario de los programas se requiere en su mayoría alguna condición socioeconómica (6) pero exigen además, condiciones sanitarias (4), laborales (5) o habitacionales (2). Es importante mencionar que de los 12 programas relevados, 5 de ellos requieren que las personas beneficiarias sean jubiladas.

Por otra parte, la mayoría de los programas (4) fueron definidos como grandes, es decir que atienden a una cantidad de beneficiarios de entre 40.000 y 99.999. Estos programas son los que brindan prestaciones monetarias y, al mismo tiempo atienden situaciones de pobreza. A su vez, el único programa definido como “muy grande”, porque tiene más de 99.999 beneficiarios, también se relaciona con las intervenciones públicas en materia de ingreso, es el programa de jubilaciones y pensiones contributivas del BPS. Cabe aclarar que no existen programas cuya unidad receptora del beneficio sea el hogar en general. Todos los programas relevados se dirigen a proteger a las personas individualmente consideradas más allá de las personas con quienes convivan.

En cuanto a la cantidad de prestaciones según el área de intervención de los programas, notamos que los programas de transferencias monetarias se limitan a brindar sólo el ingreso. También las intervenciones orientadas a atender situaciones de pobreza de los adultos mayores brindan mayoritariamente una sola prestación.

Por último, cabe destacar también algunos as-

pectos institucionales de relevancia. La mayoría de los programas son ejecutados por un solo organismo público, la participación de instituciones no gubernamentales es bastante marginal, la igual que la coordinación interinstitucional. Por otra parte, la pauta de gestión de los recursos en el caso de los programas directamente orientados a la atención de las personas adultas mayores es mayoritariamente centralizada. No existe ningún programa cuyos recursos se gestionen de forma descentralizada y sólo 1 de ellos maneja sus recursos en forma desconcentrada.

Bibliografía

- Bresser Pereira, L. y Cunill Grau, N. (1998): "Entre el Estado y el mercado: lo público no estatal" en *Lo público no estatal en la reforma de Estado*, Paidós, Buenos Aires.
- Filgueira, F. (2006); Rodríguez, F.; Lijtenstein, S.; Alegre, P. y Rafaniello C. "Estructura de riesgo y arquitectura de protección social en el Uruguay actual: crónica de un divorcio anunciado" *Prisma* (Revista de Ciencias Humanas de la Universidad Católica del Uruguay), Nº 21: Dilemas sociales y alternativas distributivas en el Uruguay.
- Filgueira, F.; Moraes, J.A. y Moreira, C. (1999), "Efectos Políticos de la Reforma" en Noya N. (coord) *Efectos económicos y políticos de la reforma de la seguridad social en Uruguay*. Cinve. Disponible en: <http://www.idrc.ca/uploads/user-S/11051067461noya.doc>
- Hernández, D. (2000) "Acerca del aprendizaje democrático. Seguridad social en el Uruguay, una perspectiva comparada". Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/becas/1999/hernandez.pdf>
- Huenchuan, Sandra y Paredes, Mariana (2006) "Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas". Ed. Trilce
- Huenchuan, Sandra (1999) "De objetos de protección a sujetos de derecho: Trayectoria de las políticas de vejez en Europa y Estados Unidos". Disponible en http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/JURID025_Huenchuan.pdf
- Lazo, A. Perira, C. (2007) "Análisis de Cobertura del Régimen Previsional Uruguayo" *Comentarios de Seguridad Social* Nº 19
- Mesa-Lago, C. (2004) "Evaluación de los efectos de las reformas estructurales de pensiones en América Latina: Análisis especial del Uruguay". Seminario de evaluación de las reformas de seguridad social, Montevideo.
- Midaglia, C. (2006) "Entre la tradición, la modernización ingenua y los intentos de refundar la casa: la reforma social en el Uruguay de las últimas tres décadas". Ed. CLACSO.
- Midaglia, C. (2001) "Los dilemas de la colaboración público-privada en la provisión de servicios sociales" Disponible en www.mides.gub.uy/concursos/midaglia.pdf
- Moreira, Constanza (2004) "Final de Juego. Del bipartidismo tradicional al triunfo de la izquierda en Uruguay." Ed. Trilce
- Morris, Pablo (2007) "Políticas para el adulto mayor en Chile Institucionalización y desafíos políticos y técnicos" Disponible en: http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/files/articulo_pablo.pdf
- Narbondo, P. y Ramos, C. (2001): "Reforma administrativa y capacidad estatal de conducción", en *Con el Estado en el corazón: el andamiaje de la gobernanza*, Instituto de Ciencia Política, Ediciones Trilce y Voces, Montevideo.
- Núñez, I (2008) "Situación de las personas mayores en Uruguay. Algunas Estadísticas de Personas mayores" *Comentarios de Seguridad Social* Nº 19. Disponible en http://www.bps.gub.uy/Estadistica//Analisis_20e_20_20Investigaciones/2008/Trimestre_202/Comentarios_20_de_20Abr-may-jun-2008.pdf
- Paredes, Mariana (2008) "Estructura de edades y envejecimiento de la población" en *Demografía de una sociedad en Transición. La población uruguaya a inicios del Siglo XXI*. Ed. Trilce. Disponible en http://www.programadepoblacion.edu.uy/index.php?option=com_content&task=view&id=131
- Perona, N. y Rocchi G. (2000) "Vulnerabilidad y Exclusión social. Una propuesta metodológica para el estudio de las condiciones de vida de los hogares" *Congreso Internacional de Políticas Sociales*, Universidad del Bío Bío, Concepción (Chile), Disponible en <http://www2.fices.unsl.edu.ar/~kairos/k08-08.htm>
- Pugliese, L (2007) "Análisis comparado de una selección de programas de protección a los adultos mayores en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay. Segunda Parte". *Comentarios de Seguridad Social* Nº 16

Los programas sociales para las personas adultas mayores en las Intendencias Municipales

Sandra Perdomo

Introducción

Luego de la transición democrática y con mayor fuerza durante la década de los 90, las Intendencias Municipales comenzaron a implementar políticas sociales que hasta ese momento se reservaban para el gobierno nacional. Durante la primer década del 2000 ampliaron y diversificaron su intervención a las áreas más tradicionales de políticas sociales que implementó históricamente el Estado uruguayo: educación, salud, alimentación, etc., pero además incorporaron nuevas líneas de acción, no tradicionales como capacitación laboral, recreación, etc. (Midaglia)

Por otra parte, las políticas sociales orientadas a cubrir las necesidades de las personas adultas mayores han sido tradicionalmente pocas y dispersas. En este sentido, éstas políticas no han podido trascender la sectorialidad de su formulación e implementación para adquirir objetivos en forma de estrategia nacional que las organice. (Huenchuan y Paredes, 2006)

Con este trabajo, se pretende contribuir a obtener un panorama lo más completo que el espacio requerido permite, de las estrategias públicas sociales de las Intendencia Municipales a las cuales tienen acceso las personas adultas mayores o que se orientan directamente a atenderlas.

Concretamente, pretendemos describir y analizar los programas sociales que ejecutan o coejecutan las Intendencias Municipales y que abarcan el tramo etario de adultos mayores. Un programa social es la unidad menor de una política social y puede constar de prestaciones en bienes, servicios o incentivos.

Las dimensiones que se incluirán en este trabajo son: área en que operan tanto los programas directos como indirectos, modalidad de ejecución, año de creación, tamaño de los programas, condiciones de acceso a los mismos y exigencias requeridas para mantener el servicio.

La información en la que se sostiene este trabajo

pertenece al Observatorio Social del MIDES en su componente de programas. Por otra parte, conviene aclarar que toda la información manejada corresponde al año 2006, la cual fue relevada durante el año 2007. Al mismo tiempo existen 4 programas que fueron creados en 2007 y que fueron relevados a fines del mismo año.

Los programas sociales para las personas adultas mayores en las intendencias municipales

La oferta pública de bienes y servicios sociales a nivel Municipal para el año 2006 está compuesta por 318 programas de las 19 Intendencias.

Atendiendo a los objetivos planteados por los distintos programas y las condiciones de acceso que los mismos requieren, se han identificado 177 programas a los cuales podrían acceder los adultos mayores, más allá de que no están orientados selectivamente a este tramo etario. A estos programas le llamaremos programas indirectos.

Por otra parte, de esos 177 programas sociales, existen 18 cuya estrategia de intervención se enfoca en la atención a distintas problemáticas de los adultos mayores específicamente, a estos programas le llamaremos directos (cuadro 4.8).

Operativa territorial de los programas Programas indirectos

La mayor cantidad de programas sociales a los cuales pueden acceder los adultos mayores está ubicada en los departamentos de Montevideo, Canelones y Maldonado. Ello era previsible dado que son los departamentos con mayor densidad de población y que, a su vez, son los que presentan mayor cantidad de programas sociales en la totalidad de los

Cuadro 4.8. Programas de Atención a las Personas Adultas Mayores en las Intendencias Municipales

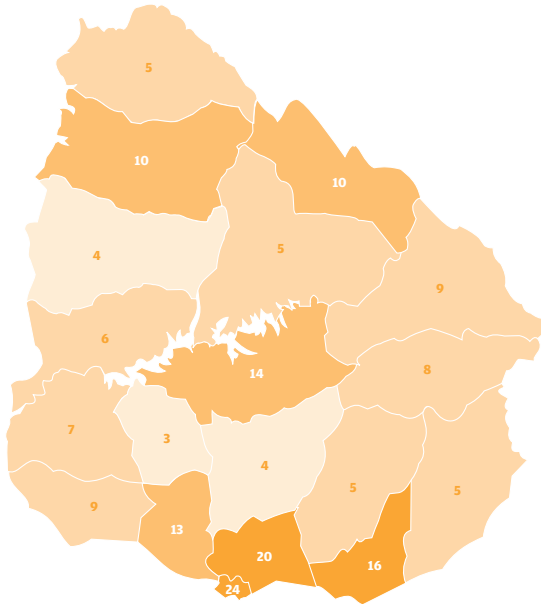
Departamento	Programa	Resumen de los objetivos
Canelones	Atención al adulto mayor en condiciones de vulnerabilidad social	Hogar de ancianos municipal
Canelones	Tarjeta dorada	Tarjeta de descuentos para distintos servicios y bienes.
Canelones	Promoción cultural y social del adulto mayor	Fomento y organización de actividades culturales
Canelones	Ampliación y fortalecimiento de la red social para apoyar a los adultos mayores	Potenciar los grupos de adultos mayores y estimular la creación de nuevos.
Canelones	Talleres de sensibilización respecto al adulto mayor	Talleres de sensibilización para personas que trabajan con adultos mayores
Cerro Largo	Hogar de ancianos	Hogar de ancianos municipal
Colonia	Ejercicio y ancianidad	Ejercicio y recreación para adultos mayores de hogares de ancianos
Maldonado	Voluntariado adultos mayores	Actividades recreativas
Maldonado	Centro Diurno Municipal	Asistencia al adulto mayor en situación de vulnerabilidad
Montevideo	Vacaciones	Paseos dentro y fuera de Montevideo
Montevideo	Pasaporte Dorado	Tarjeta de descuentos para distintos servicios y bienes.
Montevideo	Programa de fortalecimiento de la participación	Fomento de la participación en el proceso de descentralización
Montevideo	Centros Diurnos	Centro diurno
Montevideo	Jornadas educativas	Charlas mensuales sobre temas de interés
Paysandú	Apoyo hogar de Ancianos Enrique Chaplin	Apoyo a hogar de ancianos de ONG
Salto	Atención al adulto mayor	Espacios de integración y socialización para los adultos mayores residentes en el Hogar Municipal de Ancianos
Rivera	Oficina del adulto mayor	Actividades recreativas y de integración
Soriano	Centro Diurno	Contención y promoción social

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

programas relevados por el Observatorio Social del MIDES para el año 2006.

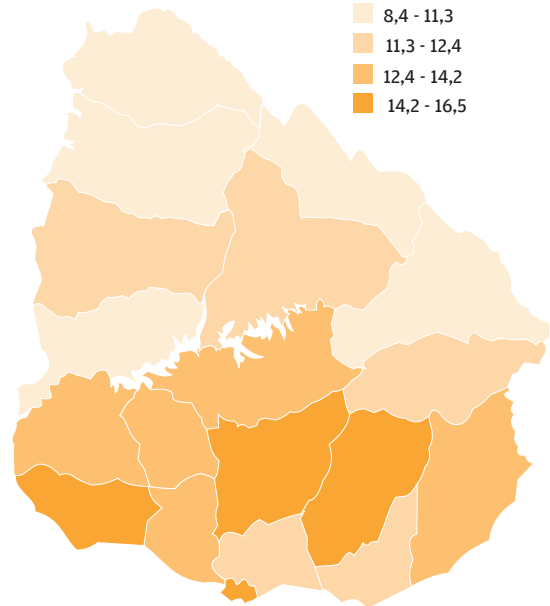
Sin embargo en los otros grupos del Mapa 1 no encontramos esta regularidad. En efecto, Durazno es el 4° departamento con menor densidad de población pero tiene 14 programas sociales a los cuales pueden acceder los adultos mayores, mientras que Paysandú presenta sólo 4 programas indirectos (mapa 4.1).

Mapa 4.1. Cantidad de programas directos e indirectos por Departamento



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Mapa 4.2. Porcentaje de adultos mayores por departamento, 2006



Fuente: Extraído de Paredes (2008) "Estructura de Edades y Envejecimiento de la Población"

Programas directos

Por otra parte, como se observa en el Mapa 2, los departamentos con mayor densidad de población de adultos mayores son, en orden descendente: Lavalleja, Colonia, Montevideo y Florida (Paredes, 2008). La población más joven del país está ubicada en los departamentos del norte y el litoral, y Artigas constituye el departamento con menor población de adultos mayores.

Esta información será útil para contrastar el porcentaje de población adulta mayor en relación al total de la población del departamento, con la cantidad de programas públicos municipales que atienden a dicha población (mapa 4.2).

De los departamentos que presentan mayor densidad de población adulta mayor en relación al total de su población, Montevideo es el municipio que tiene mayor oferta de bienes y servicios públicos para atender a las personas viejas.

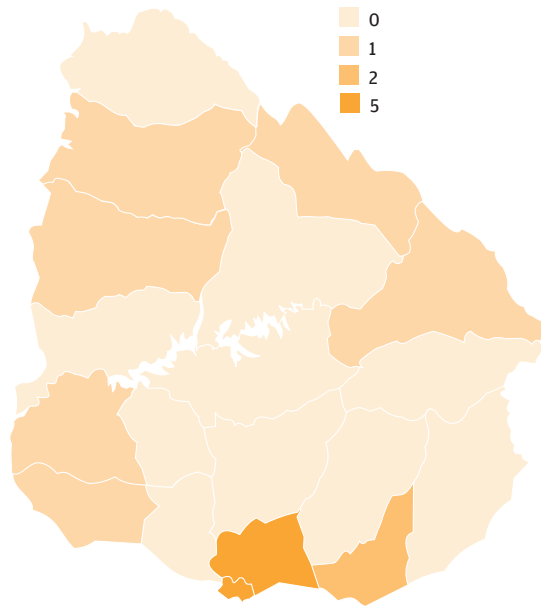
En el departamento de Colonia se relevó un solo

programa cuya línea de trabajo apunta a la atención al tramo etario de referencia. En el caso de Florida y Lavalleja no presentan ningún programa dirigido a las personas adultas mayores.

Del segundo grupo de departamentos más envejecidos, sólo la Intendencia Municipal de Soriano tiene una estrategia de intervención para los adultos mayores, en tanto que en Durazno, Flores, San José y Rocha los programas de adulto mayor no están presente en la agenda actual.

En el caso del grupo de departamentos que configuran los segundos más jóvenes del país, Canelones y Maldonado son los que tienen más intervenciones públicas directas. Destaca la Intendencia Municipal de Canelones que tiene la misma cantidad de programas sociales directos que Montevideo pero tiene menor densidad de población total y menor densidad de población adulta mayor en relación a ello. Los departamentos de Tacuarembó y Treinta y Tres no tienen programas que beneficien directamente a este tramo etario, mientras que Soriano presenta 1 programa de intervención directa.

Por otra parte, de los departamentos más jóve-

Mapa 4.3. Operativa territorial de los programas directos

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

nes Artigas y Río Negro, no tienen programas de intervención directa. Ambos departamentos son los que presentan menor cantidad de población vieja en relación al total de la población del departamento. Salto, Rivera y Cerro Largo cuentan con 1 programa directo cada uno (mapa 4.3).

Por otra parte, la mayoría de los programas directos están diseñados para atender a la población de la totalidad del territorio departamental, en tanto que sólo 5 lo hacen en algunas localidades del departamento (cuadro 4.9).

Programas nacionales y departamentales directos en el territorio

Los programas sociales relevados a nivel nacional tienen distintas estrategias de intervención en el territorio. Algunos de ellos operan en todo el territorio nacional mientras que otros operan en un solo departamento o en varios.

Cuadro 4.9. Alcance de los programas sociales

Todo el departamento	11
Algunas localidades del departamento	5
Sin dato	2
Total	18

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Cuadro 4.10. Operativa territorial de los programas nacionales directos

Nacional	9
Departamental	3
Total	12
Departamental Montevideo	2
Departamental varios departamentos	1
Total departamental	3

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

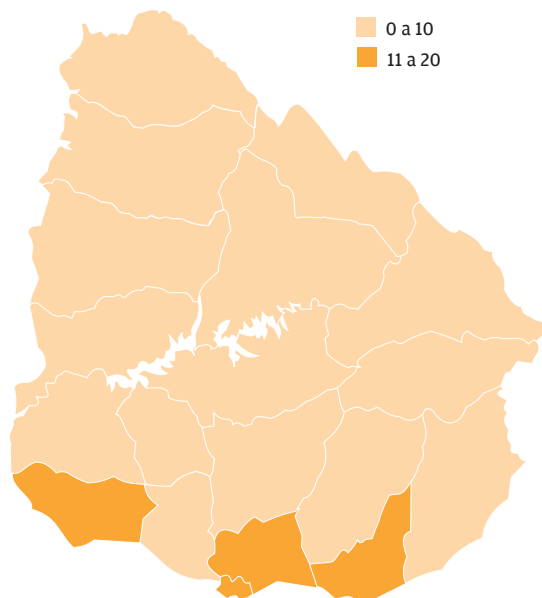
Resulta interesante entonces, tener una visión general de la cantidad de programas a los cuales se puede acceder en cada departamento, ya sea que este dependa de la Administración Central o Servicios Descentralizados o de las Intendencias Municipales.

De los 12 programas de intervención selectiva relevados a nivel nacional, 9 de ellos operan en la totalidad del territorio, lo cual implica que las personas mayores pueden acceder a ellos en cualquier departamento que se encuentren. De los 3 restantes, 2 operan sólo en Montevideo y 1 de ellos opera en los departamentos de Montevideo, Colonia, San José, Maldonado y Durazno (cuadro 4.10).

El Mapa 4.4 nos ofrece una síntesis de los programas selectivamente dirigidos a las personas mayores, que incluye tanto los programas dependientes de la Administración Central como los programas sociales de las Intendencias Municipales.

Como se observa, Montevideo, Canelones, Maldonado y Colonia son los departamentos en los cuales encontramos la mayor oferta de servicios públicos sociales para las personas adultas mayores. Estos departamentos tienen 17, 14, 12 y 11 programas respectivamente. La cantidad de programas

Mapa 4.4. Operativa territorial de los programas nacionales y departamentales directos



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

sociales en Canelones y Maldonado no es nada despreciable si se considera que la población adulta mayor no es la de mayor peso en el total de la población, aunque son los departamentos con mayor densidad de poblacional después de Montevideo.

Podríamos hacer hipótesis con una relación directamente proporcional entre la cantidad de población del departamento y la cantidad de programas sociales implementados por las Intendencias. Colonia es el 5º departamento con mayor densidad de población del país. Sin embargo, ello no se ajusta para el departamento de Salto, el cual se encuentra en el 4º lugar pero sólo cuenta con un programa de atención a las personas adultas mayores.

Tampoco parece existir relación entre el peso relativo de la población adulta mayor y la cantidad de programas que implementa la Intendencia dirigido a este tramo etario. Como vimos, los departamentos de Florida y Lavalleja son dos de los departamentos más envejecidos pero su estrategia de intervención en el área de la tercera edad no es prioritaria, ya que sólo cuentan con los programas de adulto mayor que dependen de la Administración Central o de Servicios Descentralizados Nacionales.

Área de intervención y ejecución de los programas sociales indirectos

Programas indirectos

Los objetivos de los programas sociales dan cuenta del área de intervención al cual se orientan. Veremos ahora las áreas priorizadas por las intendencias municipales en materia de intervención pública social teniendo en cuenta también, cómo se ejecutan los programas: si lo hace solo la intendencia en cuestión con organismos públicos nacionales, con éstos e instituciones no estatales, sólo con estas últimas o con otras intendencias.

Sin embargo, cabe mencionar que en este análisis no se tomarán en cuenta los programas que ejecutan sólo los organismos nacionales y que operan en los distintos departamentos, pero donde la Intendencia no participa como co-ejecutante. Ello implica que nos referiremos sólo aquellos programas en los cuales la Intendencia tiene participación y no la oferta total departamental en las distintas áreas.

La mayoría de los programas que por sus objetivos fueron definidos dentro del conjunto de programas a los cuales los adultos mayores podrían acceder aunque no se orientan específicamente a esta población, operan en el área de la vivienda (34).

La incidencia de las intervenciones municipales en el área de vivienda es importante si tomamos en cuenta que más de la mitad de los programas que operan en ésta área son ejecutados sólo por la intendencia municipal, mientras que poco más de 2/5 se co-ejecutan con organismos públicos nacionales.

Seguido a los programas sociales de vivienda se encuentra la categoría “otros”. En ellas se incluyen programas de atención a la discapacidad, información sobre consumo de drogas, programas para la población afro descendiente, y algunos programas que si bien pueden ubicarse en las categorías construidas, tienen algún componente que no abarca esas áreas.

Le ejecución de este tipo de programas se reparte en partes similares entre las que ejecuta la Intendencia por su cuenta, las que co-ejecutan con organismos públicos nacionales y con éstos e instituciones no estatales o sólo con instituciones no estatales.

En el área de alimentación existen algunos programas que ejecutan las Intendencias por su cuenta, pero un 80% de los programas para la ejecución de los cuales la Intendencia tiene participación, son coejecutados con organismos nacionales. La mayoría de ellos, son programas de INDA que llegan a todo el territorio Nacional.

También entre las áreas que cuenta con mayor cantidad de intervenciones, se encuentra la salud, con 26 programas a los cuales pueden acceder las personas adultas mayores. De estos 26 programas sociales que operan en el área de la salud, las Intendencias Municipales desarrollan por sí solas 13, mientras que 6 de ellos son co-ejecutados con organismos nacionales.

Los programas de salud, alimentación, vivienda y otros son la mayoría de las intervenciones sociales ejecutadas total o parcialmente por los Municipios a las cuales pueden acceder los adultos mayores. Como era de esperar, las áreas de educación y trabajo (13 y 16 programas respectivamente) tienen un peso relativo bajo ya que los programas que tomamos en cuenta en este análisis son sólo aquellos a las cuales pueden acceder los adultos mayores, quienes generalmente no se encuentran vinculados al mercado laboral ni educativo formal.

Por lo tanto, esto no implica afirmar que la prio-

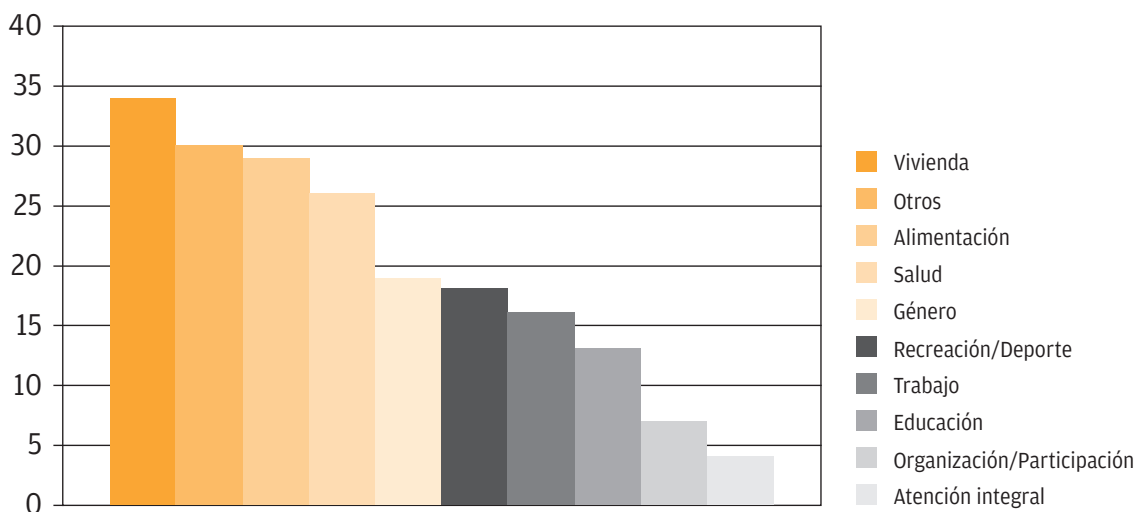
ridad de políticas sociales municipales sean salud, vivienda, alimentación y otras, sino que son la mayoría de las áreas de intervención a las cuales los adultos mayores tienen acceso.

En materia de intervenciones en el área de género encontramos 19 programas sociales de los cuales 6 son ejecutados sólo por la Intendencia y otros 6 por la Intendencia y organismos nacionales. De los restantes 7, 4 son ejecutados por la Intendencia e instituciones no estatales y en 3 de ellos participan además, organismos nacionales.

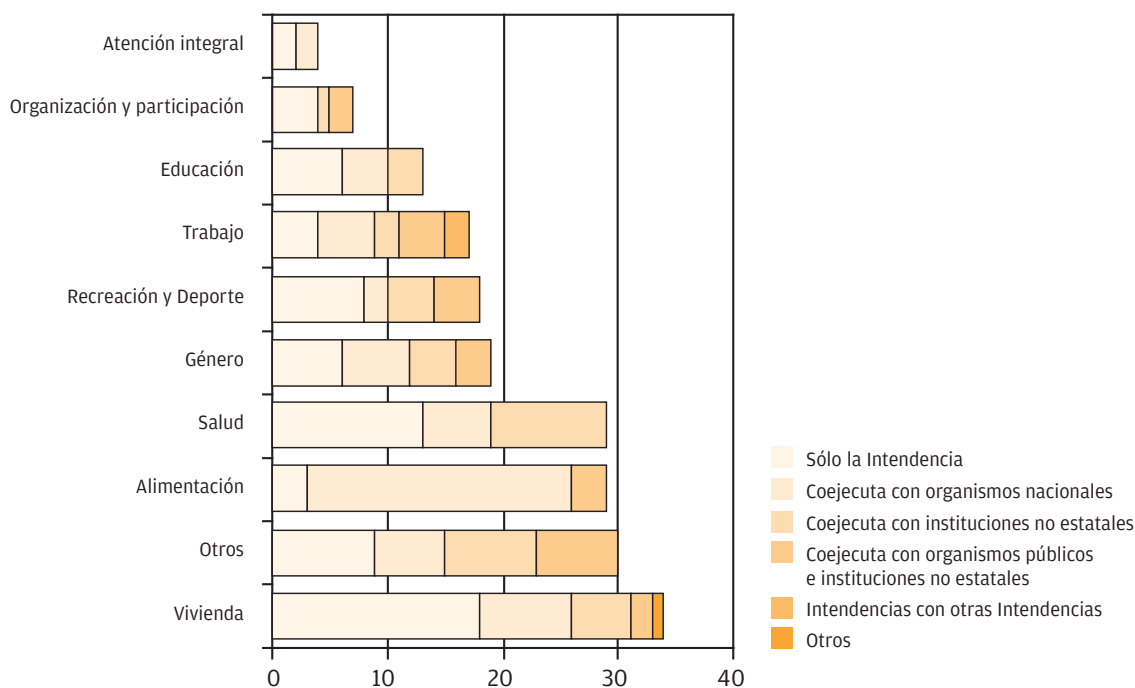
El relevamiento de programas sociales del Observatorio Social del MIDES encontró que existen sólo 4 programas de atención integral que ejecutan (2) o coejecutan (2) las Intendencias. También son escasas las intervenciones que intentan fomentar la organización y participación de la ciudadanía a las cuales puedan acceder los adultos mayores (7).

Por otra parte, cabe destacar que no existen prestaciones sociales a nivel municipal que brinden transferencias monetarias a los que puedan acceder las personas adultas mayores (gráfico 4.9 y 4.10).

Gráfico 4.9. Área de intervención de los programas sociales indirectos ejecutados o coejecutados por las intendencias



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Gráfico 4.10. Modalidad de ejecución de los programas sociales Indirectos por área de intervención.

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Programas directos

Distinción etaria

Al igual que en el análisis de los programas directos que se ejecutan a nivel nacional las intervenciones municipales directas para las personas adultas mayores no están orientadas por edad, es decir que los programas no distinguen al interior del tramo etario que comprende a los adultos mayores, 60 o 65 años en adelante. Ello implica que no existen programas que protejan a la de edad más avanzada.

En el capítulo mencionado, vimos que ello tiene algunas implicancias negativas si tomamos en cuenta que las personas de mayor edad representan casi 20% de la población mayor de 60 años (Núñez: 2008) y, en general, tienen otras necesidades que se derivan de sus condiciones sanitarias, las cuales afectan también otros aspectos de la vida cotidiana de las personas.

Las “no intervenciones” en los programas directos

Al igual que en los programas específicos depen-

dientes de la Administración Central o Servicios Descentralizados, las estrategias públicas de intervención directa para el tramo etario de personas adultas mayores en las Intendencias, no incluyen programas que operen en las áreas de trabajo, educación, alimentación y género. Contrastada la información de programas nacionales y departamentales se puede indicar que no existe oferta en estas cuatro áreas para las personas adultas mayores específicamente.

Como se indicó anteriormente, en el caso de los programas de trabajo y educación, la inexistencia de intervenciones directas era previsible en tanto las/os adultas/os mayores se encuentran, en general, retirados del mercado laboral y han terminado su ciclo en el

sistema educativo formal. Se indicaba también allí que es probable que los programas de alimentación no tengan que ser selectivamente orientados.

Sin embargo llama la atención que, contrastada la información de los dos niveles (nacional y municipal), se constate que no existen intervenciones

públicas en el área de género que estén orientadas específicamente a las adultas mayores, si se toma en consideración el proceso de “feminización de la vejez” de los últimos años.

A diferencia del nivel nacional, las Intendencias Municipales no implementan programas de atención a las personas adultas mayores que operen en las áreas de asistencia integral y salud. Sin embargo, particularmente en el área de la salud, tanto la oferta nacional como la cantidad de programas indirectos a los cuales pueden acceder los adultos mayores en el nivel Municipal, es amplia. A pesar de ello, no se puede dejar pasar la particular vulnerabilidad de las adultas mayores a las condiciones sanitarias, ni las características específicas de las mismas.

Las intervenciones públicas directas en las Intendencias Municipales

Para el análisis de las intervenciones directas de los Municipios en el tramo etario que se considera aquí, incluimos la categoría integración social, información y asesoramiento e integración intergeneracional, procurando incluir problemáticas específicas que pueden presentar las personas mayores.

En el análisis de los programas a nivel nacional, se incluyó también la categoría integración intergeneracional donde encontramos 1 sólo programa. En el nivel municipal si bien no existen programas puros de integración intergeneracional, encontramos 1 programa en Canelones que se optó por considerarlo de este tipo.

Si bien no es estrictamente un programa de integración intergeneracional, procura sensibilizar mediante talleres a personas que trabajan con adultos mayores. En este sentido, entendemos que este tipo de programas fomenta la comprensión de determinadas conductas y estados de ánimo de los adultos mayores y por lo tanto, puede tener efectos positivos en la interrelación entre distintos tramos etarios.

La oferta pública social en materia de integración intergeneracional para las personas adultas mayores se reduce a 1 sólo programa y además, el mismo no opera a nivel nacional sino que su operativa se limita a los departamentos de Durazno, Maldonado, Montevideo, San José y Colonia.

Al igual de lo que se entendió en el capítulo anterior, se considera aquí que los programas que operan en el área de recreación y deporte y organización y participación, integran el conjunto de los

programas que intentan fomentar la integración social de los adultos mayores.

Se indicó en el capítulo anterior que según algunos estudios del MSP la participación de los adultos mayores en actividades fuera de sus hogares, es escasa, y que la gran mayoría de la población en este grupo etario prefiere actividades sedentarias antes que salir de sus casas para realizar actividades afuera.

En este sentido, los programas de recreación y deporte y organización y participación fomentan el contacto entre las personas que comparten una generación.

Por otra parte, se incluyó también el área de información y asesoramiento. Esta decisión se basó en la convicción de la necesidad de las personas en general, pero particularmente de la población adulta mayor, de comprender, asimilar o informarse tanto de los cambios que se procesan con la edad, como información acerca de los servicios a los cuales tienen acceso y los derechos que los amparan.

La inclusión de la categoría integración social para analizar las estrategias municipales directas presentó un rendimiento analítico elevado ya que se pudieron ubicar allí 12 programas que fomentan la realización de actividades fuera del hogar en conjunto con personas que comparten el mismo tramo etario. De la misma forma, los programas de recreación y deporte y organización y participación suman 12, correspondiendo con la cantidad de programas que se consideran aquí como de integración social.

Las intendencias municipales procuran atender o prevenir situaciones que implican aislamiento social fomentando una serie de programas que ofrecen incentivos para la realización de actividades fuera del hogar interrelacionándose con personas de una misma generación. Tanto los programas de recreación y deporte como los que fomentan la organización y participación de las personas adultas mayores no constituyen prestaciones tradicionales del Estado como la salud o la educación. Sin embargo, en materia de ancianidad, tanto a nivel nacional como departamental, la mayor cantidad de prestaciones sociales operan en esta área.

Seguido a este tipo de intervenciones, existen 4 programas que operan en el área de vivienda y alojamiento, o particularmente en el área de alojamiento, hogares de larga estancia. Los datos indican

que entre el 5% y el 7% de los adultos mayores se encuentran alojados en hogares de larga estancia, el 90% se encuentra en el sector privado con fines de lucro y 10% en instituciones no lucrativas públicas y privadas. (Pugliese, 2007)

Los programas incluidos en la categoría “otros” son 2: Tarjeta Dorada en Canelones y Pasaporte Dorado en Montevideo. Ambos programas ofrecen una serie de descuentos en bienes y servicios para las personas adultas mayores.

Si se analizan en conjunto los programas directos en el nivel nacional y departamental, se observa que no existe oferta pública de programas que estén orientados a atender a los ancianos que viven solos y tienen algún impedimento físico para realizar las tareas cotidianas. Los programas de este tipo están orientados a retardar la internación en hogares de larga estancia y lograr que con alguna ayuda puedan mantenerse viviendo en sus hogares.

Tampoco existen programas que atiendan a los adultos mayores que deben pasar algún tiempo en centros hospitalarios y no cuentan con el cuidado de los familiares. Tanto los programas de asistencia a las personas mayores en su hogar como en centros hospitalarios son implementados en la región, ante el reconocimiento de la vulnerabilidad que implica para estas personas este tipo de situaciones.

En el nivel municipal no existen centros de atención a situaciones de violencia y maltrato para este

tramo etario. Por otra parte, a nivel nacional existe un centro dependiente del MI específico para los adultos mayores víctimas de estas situaciones pero opera sólo en el departamento de Montevideo. A pesar de ello, existen a nivel municipal centros de atención a la violencia doméstica que atienden a toda la población víctima de estas situaciones (gráfico 4.11).

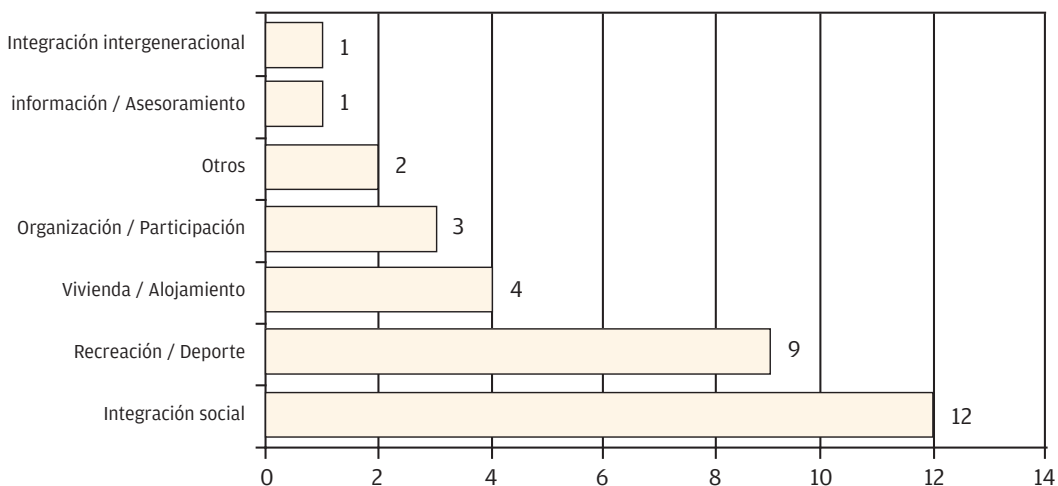
Por otra parte, en el gráfico 4.12 se puede observar que el departamento de Canelones presenta una oferta muy variada de servicios y prestaciones sociales. En efecto, los programas que ejecuta este municipio operan en todas las categorías construidas, menos en la de información y asesoramiento.

Sólo Montevideo tiene un programa que incluimos en esta categoría que se denomina Jornadas Educativas y se propone realizar charlas y talleres sobre temas de interés para la población adulta mayor.

Paysandú y Cerro Largo tienen 1 programa cada uno que opera en el área de alojamiento. En el caso de Paysandú el programa apoya activamente a una organización sin fines de lucro que brinda este servicio, pero no es estrictamente un hogar de larga estancia municipal.

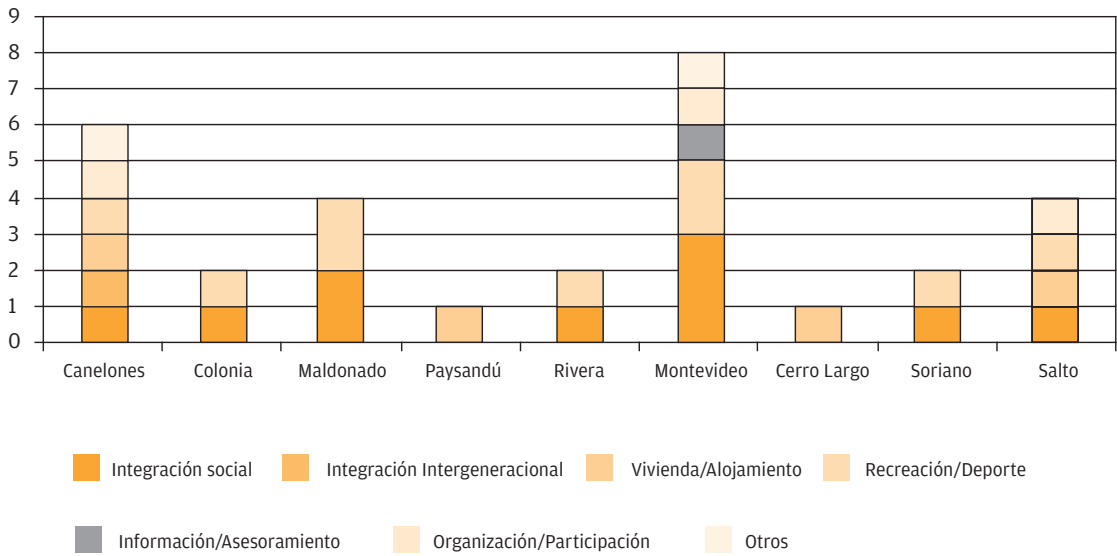
Por otra parte, en el caso de Salto se relevó sólo 1 programa que atiende directamente a las personas adultas mayores que opera principalmente en el área de alojamiento. Sin embargo, el objetivo del

Gráfico 4.11. Área de intervención de los programas directos



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Gráfico 4.12. Área de intervención de los programas sociales directos por departamento



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

programa se plantea explícitamente y en igualdad de importancia con la prestación de alojamiento, las otras áreas que fueron contempladas: fomento de la organización y participación, integración social y recreación. Como dijimos, los objetivos nos dan cuenta de las áreas en que operan los distintos programas.

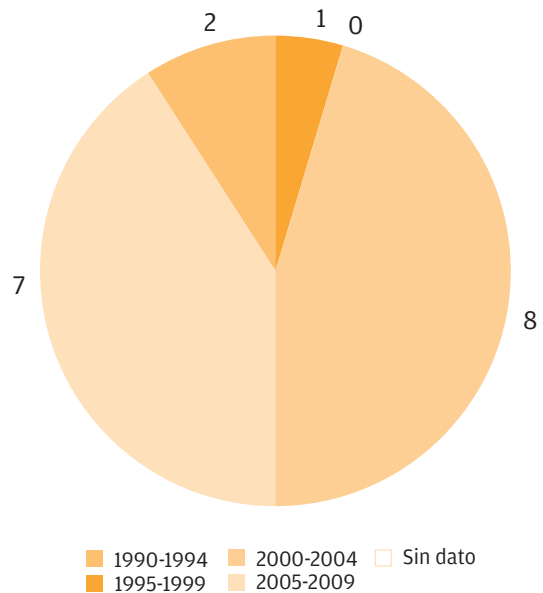
Período de creación de los programas

El gráfico 4.13 muestra el año de creación de los programas. Llama la atención que para casi la mitad de los programas sociales directos relevados a nivel municipal, no se tienen datos respecto de su año de inicio. De los restantes 10 programas, 4 de ellos fueron creados en 2007.

Entre 2005 y 2007 se crearon 7 de 10 programas, los tres restantes fueron creados en la década del 90, 2 en 1992 y 1 en 1996.

Sin embargo, conviene hacer una aclaración. El Observatorio solo tiene los datos de aquellos programas que han sobrevivido hasta hoy, no significa que los municipios solo tuvieran estos programas sociales en épocas anteriores.

Gráfico 4.13. Año de creación de los programas directos



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Condiciones de acceso a los programas y exigencias para mantenerse como beneficiario

La mayoría de programas sociales Municipales no exigen características especiales para tener acceso a los mismos.

La condición edad es la más frecuente (17 de 18 casos) lo cual es lógico porque son programas orientados a la población de adultos mayores. El único caso en que el programa es universal es el de los cursos de formación para operadores que trabajan con adultos mayores de la Intendencia de Canelones.

Los programas que exigen condiciones sanitarias son los dos de Montevideo: Centros diurnos y vacaciones y los programas de la Intendencia de Cerro Largo y Salto que tiene hogares de ancianos municipales. En todos los casos la condición exigida es la autovalidez.

Resulta interesante preguntarse entonces, qué pasa con las personas que no tienen esta característica, sobre todo cuando se trata de hogares de larga estancia. Es probable que la alternativa para ellas sea el mercado, o instituciones no estatales.

En cuanto a las condiciones laborales, 4 programas las exigen y en los 4 la condición es estar inactivo a causa de la edad. Estos programas son: los dos del municipio de Maldonado (centro diurno y voluntariado para adultos mayores), el programa de Paysandú de apoyo al hogar de ancianos y el de Salto que brinda alojamiento de larga estancia con la salvedad de que en este último también pueden acceder personas que se encuentren en el mercado informal, principalmente changadores.

De los 15 programas relevados, 4 exigen alguna condición habitacional para acceder. El programa de la Intendencia Municipal de Colonia, ejercicio y ancianidad, está orientado a las personas que viven en hogares de ancianos y ésta es la condición de acceso. Por otra parte, el programa del municipio de Canelones que tiene un hogar de ancianos municipal, exige como condición habitacional que la persona no pueda continuar viviendo en su casa, ésta es la misma condición que se les exige a los residentes del hogar de ancianos que apoya la Intendencia de Paysandú. El hogar de ancianos de Salto exige como condición no tener otro lugar de residencia.

Los dos programas que exigen condiciones fa-

miliares son los de Salto y Paysandú. En ambos casos la condición es no tener familiares que se responsabilicen por el adulto mayor.

Por otra parte, los programas que están orientados a la población vulnerable de adultos mayores o sea que se hace discriminación socioeconómica son los hogares de ancianos municipales de Canelones, Cerro Largo y Salto y el Centro Diurno de Soriano.

La única condición no exigida en ningún caso es la educativa.

Además de las condiciones exigidas para acceder a los programas, 5 programas que exigen alguna condición para mantener el servicio. Sólo un programa exige contrapartidas mientras que los programas que requieren pago de cuotas son los 4 de hogares de ancianos de Salto, Paysandú, Canelones y Cerro Largo.

Del análisis de las condiciones de acceso a los programas y las exigencias para mantener el servicio se deriva que, en general, los programas que exigen condiciones de acceso son los que intervienen en el área de alojamiento. Este tipo de programas exige, en síntesis, comprobación de ingresos, ser jubilado, no tener familiares que se responsabilicen, no tener otro lugar de residencia o ser autoválido. Por supuesto que las exigencias mencionadas no están presentes en los 4 programas que operan en el área de alojamiento.

Sería interesante preguntarse qué pasa con las personas adultas mayores que no tienen ingresos o que no son jubiladas. También resultaría interesante saber qué tipo de comprobación hace falta para demostrar la inexistencia de familiares que se hagan cargo de ellas o qué sucede con las personas que no pueden vivir solas porque tienen impedimentos físicos para movilizarse.

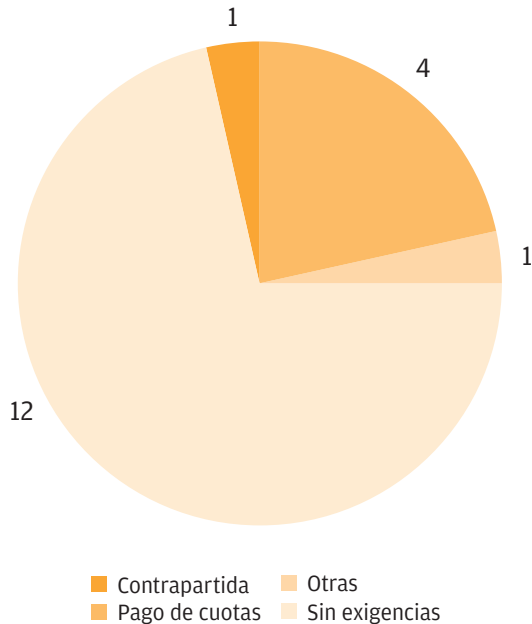
Si bien los hogares de larga estancia municipales o que reciben apoyo municipal intentan asegurar a las personas adultas mayores de la vulnerabilidad propia de la edad, probablemente dejen afuera a un porcentaje de la población que en definitiva es la más vulnerable (gráfico 4.14).

Tamaño de los programas

Para determinar el tamaño de los programas se tuvo en cuenta la población beneficiaria de los mismos. En base a eso se construyeron tres categorías:

- Pequeños: menos de 99 beneficiarios

Gráfico 4.14. Exigencias para mantener el servicio.



Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio social del MIDES

- Medianos: entre 100 y 499 beneficiarios
- Grandes: más de 500 beneficiarios.

De los 18 programas, la tercera parte (6) no cuentan con datos de beneficiarios, por lo cual solo estamos analizando 12 de los 18 programas dirigidos a adultos mayores. De esos 12 programas, 7 tienen una población beneficiaria menor a 99 personas, 3 de ellos tienen entre 100 y 499 programas y 2 programas benefician a más de 500 personas. El programa Tarjeta Dorada de Canelones es el de mayor alcance, ya que tiene 5000 personas que se benefician con los descuentos de la misma. En tanto que el más pequeño es de el programa centro diurno de Soriano al cual concurren 40 personas.

Ejecución de los programas

Más de la mitad de los programas (10) son ejecutados sólo por la Intendencia, en tanto que en 6 de ellos participan instituciones no estatales como co-ejecutoras. Sólo 1 programa social es co-ejecutado con organismos públicos nacionales y lo hace junto con instituciones no estatales.

Cuadro 4.11. Tamaño de los programas

	Cantidad
Pequeños	7
Medianos	3
Grandes	2
Total	12
Sin Dato	6

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

Cuadro 4.12. Ejecución de los programas sociales

Solo por la Intendencia	10
La Intendencia e Instituciones no estatales	6
La Intendencia con organismos públicos e instituciones no estatales	1
Total	18

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del MIDES

No existen programas directos que se ejecuten entre varias intendencias ni que se ejecuten sólo con organismos públicos.

La cantidad de programas orientados a la población adulta mayor que ejecutan en solitario las Intendencias Municipales y el año de creación de los mismos, es un indicio de una preocupación reciente, acentuada en este período de gobierno, sobre las situaciones de vulnerabilidad de este tramo etario.

De todas maneras, la cantidad de intervenciones públicas para este tramo etario sigue siendo escasa (cuadro 4.12).

Por otra parte, de los 6 programas que co ejecutan con organizaciones sociales lo hacen con asociaciones civiles sin fines de lucro y sólo 3 incorporan, además de éstas, cooperativas, empresas o instituciones de otra naturaleza (cuadro 4.13).

Conclusiones

La mayor oferta de bienes y servicios que se orientan selectivamente a las personas adultas mayores y que los abarcan indirectamente, se encuentra en los departamentos de Montevideo, Canelones y Maldonado. Que estos departamentos sean los más poblados del país puede tener relación con la cantidad

Cuadro 4.13. Tipo Jurídico de las organizaciones no estatales que co ejecutan

Asociación civil	6
Cooperativa	1
Empresa	1
Otro	1
Total	9

Fuente: Elaboración propia en base al Observatorio Social del Mides

de programas sociales que implementan, pero esa relación sólo existe para estos tres departamentos y no continúa en orden descendente según la población departamental.

Además de ello, si bien Montevideo es uno de los departamentos cuya población está más envejecida, no pasa lo mismo con los casos de Canelones y Maldonado, por lo cual no existe una relación entre la densidad de población adulta mayor y la cantidad de programas implementados. Lavalleja es el departamento más envejecido del país y el Observatorio Social del MIDES no relevó allí ningún programa directamente orientado al grupo etario en cuestión.

Por otra parte, la mayoría de los programas directos están diseñados para atender a la población de la totalidad del territorio departamental, en tanto que sólo 5 lo hacen en algunas localidades del departamento

Los programas de salud, alimentación, vivienda y los que se incluyen en la categoría otros, son la mayoría de las intervenciones sociales ejecutadas total o parcialmente por los Municipios a las cuales pueden acceder los adultos mayores.

Sin embargo, la mayoría de los programas cuyo diseño está orientados selectivamente a este grupo etario, se relacionan con la atención o prevención de situaciones que implican aislamiento social y brindan los incentivos para la realización de actividades fuera del hogar y la interrelación con personas de una misma generación. En materia de políticas sociales de ancianidad, tanto a nivel nacional como departamental, la mayor cantidad de prestaciones sociales opera en el área de recreación y deporte.

Por otra parte, no existen programas orientados a la población adulta mayor más envejecida, nin-

guno de los programas analizados aquí contempla las características especiales de esta población. Al mismo tiempo, los hogares de larga estancia relevados en las Intendencias exigen que las personas que accedan no tengan impedimentos físicos de movilidad. Es decir que los programas sociales no sólo no contemplan a esta población, sino que la excluyen directamente de algunos servicios fundamentales

Llama la atención que no existen a nivel nacional ni municipal intervenciones públicas en el área de género a los cuales pueden acceder las personas adultas mayores selectivamente, a pesar del proceso sostenido de feminización de la vejez que se procesa en Uruguay.

La oferta pública social en materia de integración intergeneracional para las personas adultas mayores se reduce a 1 sólo programa y además, el mismo no opera a nivel nacional sino que su operativa se limita a los departamentos de Durazno, Maldonado, Montevideo, San José y Colonia.

Si se analizan en conjunto los programas directos en el nivel nacional y departamental, se observa que no existe oferta pública de programas orientados a atender a los ancianos que viven solos y tienen algún impedimento físico para realizar las tareas cotidianas. Los programas de este tipo están orientados a retardar la internación en hogares de larga estancia y lograr que con alguna ayuda puedan mantenerse viviendo en sus hogares. (Pugliesse)

Tampoco existen programas que atiendan a los adultos mayores que deben pasar algún tiempo en centros hospitalarios y no cuentan con el cuidado de los familiares.

Tanto la falta de este tipo de programas, como de otros que fueron identificados a lo largo del trabajo, indican que las intervenciones sociales para las personas adultas mayores, siguen siendo escasas. A pesar de ello, la mayoría de los programas sociales son ejecutados sólo por la Intendencia y además fueron creados recientemente de modo que podríamos estar frente a una reciente preocupación municipal por atender a la población adulta mayor.

Bibliografía

- Huenchuan, Sandra y Paredes, Mariana (2006) "Escenarios futuros en políticas de vejez en Uruguay: continuidades y rupturas". Ed. Trilce

- Huenchuan, Sandra (1999) “De objetos de protección a sujetos de Derecho: Trayectoria de las políticas de vejez en Europa y Estados Unidos”. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/JURIDO25_Huenchuan.pdf
- Morris, Pablo (2007) “Políticas para el Adulto Mayor en Chile Institucionalización y desafíos políticos y técnicos” Disponible en: http://www.asesoriasparaeldesarrollo.cl/files/articulo_pablo.pdf
- Paredes, Mariana (2008) “Estructura de Edades y envejecimiento de la población” en Demografía de una sociedad en Transición. La población uruguaya a inicios del Siglo XXI. Ed. Trilce. Disponible en: http://www.programadepoblacion.edu.uy/index.php?option=com_content&task=view&id=131

Políticas de adulto mayor: periodos expansivos y ejes de desarrollo

Rafael Tejera¹⁷

Génesis de los actuales programas nacionales

Los programas nacionales actualmente en curso diseñados específicamente para la población de adultos mayores tienen su origen en tres distintas etapas de formación. Estas han sido marcadas por ciertos sesgos de contenido, que aportaron de modo repentino y acumulativo al espectro de políticas actuales. La primera época genera las políticas básicas de previsión social, tiene sus raíces en el siglo XIX y se extiende hasta los años '80. La segunda época se inicia en la recuperación democrática y está caracterizada por un doble movimiento hacia la ampliación del tipo de prestaciones y hacia la atención de otro tipo de necesidades, ligadas no a la satisfacción de requerimientos materiales sino a la problemática de integración social intra e intergeneracional del adulto mayor. En la tercera etapa, a partir de la segunda mitad de la década de 1990 se suma un nuevo abordaje que busca focalizar como sujeto de políticas sociales a los adultos mayores en situaciones de carencia extrema.

Puede decirse entonces que, desde un formato básico de políticas de previsión social, fundadas en transferencias de retiro (a las que se liga además la atención de la salud), la concepción de las necesidades específicas de los adultos mayores respecto a las políticas públicas se amplió en los últimos treinta años en tres ejes: una oferta ampliada de cobertura de servicios para los pasivos, una nueva oferta que apunta a las necesidades del adulto mayor en términos de integración social, y un eje focalizado sobre quienes quedaron fuera del sistema clásico y requieren de soluciones específicas a situaciones de pobreza extrema.

Las políticas de la primera época forman el con-

junto fundamental de la previsión social: las jubilaciones y pensiones. Dentro de ellas, las pensiones por vejez remiten al Novecientos y el Uruguay de la modernización, en principio en formato contributivo (sistema de pensiones a la vejez con aporte del beneficiario, instaurado en 1896) y luego también no contributivo (incorporación de pensiones a la vejez desligadas de la necesidad de aportes previos, realizada en 1919).

Caracteres de la “segunda época”: integración social y ampliación de prestaciones

La segunda etapa, iniciada en el primer gobierno de Sanguinetti marca la ampliación de ese eje en las dos nuevas líneas de trabajo antes mencionadas: extensión de la cobertura clásica y ampliación hacia temas de nueva naturaleza, aunque manteniendo la cobertura adscripta al sistema de pasividades. Así es que en 1987 surgen los actuales programas de vivienda para pasivos, y de turismo social (vehiculizado por el BPS en forma directa y a través de convenios con otras instituciones). Ambas iniciativas marcan la ampliación de las políticas de adulto mayor y la transición hacia el tipo de contenidos y objetivos que más tarde habrían de desarrollarse.

En cuanto a contenidos, el programa de vivienda puede considerarse la continuación hacia nuevas prestaciones de la política básica: a la cobertura en ingresos que supone la pasividad se incorporan soluciones habitacionales que complementan la satisfacción de condiciones de vida en sus aspectos clásicos. Por su parte, el programa de turismo social, inicia el camino hacia otro género de políticas de adulto mayor, que estarán dirigidas a aspectos de recreación y socialización. En esta iniciativa aún no se reconocen a cabalidad los rasgos peculiares que este grupo de políticas tendrá. La propuesta sobre turismo social aparece como una extensión al cam-

¹⁷ Mag. en Ciencia Política, integrante del equipo de la Dirección Nacional de Políticas Sociales, MIDES.

po de los pasivos de escasos ingresos, de los usos sociales comunes en otros colectivos. Vale decir que la herramienta se presenta ante todo como un modo de igualar la situación de su población objetivo respecto a esos otros colectivos, más que como un instrumento idóneo para atender un tipo de necesidades específicas, propias de los adultos mayores.

Por otra parte, ese rasgo implícito está mitigado también por el perfil socioeconómico del programa. Tanto el plan de vivienda como el de turismo social se dirigen a pasivos de escasos recursos y en ello anticipan un eje distinto y de desarrollo posterior en las políticas nacionales: el de las iniciativas orientadas exclusivamente a focalizar situaciones de pobreza. En estos programas está entonces el germen de muy variados ejes de expansión posteriores, aunque los rasgos con que anticipan esa evolución aparecen aún indiferenciados. Posteriormente esos caracteres se resuelven en tendencias distintas que habrán de orientarse separadamente a la proyección del adulto mayor en actividades de socialización (sin relacionarla a la condición de bajos recursos) y a la atención de situaciones de carencia extrema como foco específico. Esta especificidad habrá de atender también a una contradicción interna de estos planteos: el hecho de que, al apuntar a sectores de bajos recursos, lo hace aún dentro de una población ya inserta en mecanismos de previsión social (jubilados y pensionistas). Una estrategia que deja de lado a los adultos mayores más vulnerables, que son justamente los que quedan fuera de esa categoría. En los años siguientes esta segunda esfera de políticas, que suma al eje clásico prestaciones complementarias en necesidades básicas y un nuevo campo de programas de integración social, continúa desplegando una dinámica fuerte.

En 1989 las políticas de adulto mayor habían recibido además el impulso político de la aprobación de la reforma constitucional sobre indexación de las pasividades, que ratificaba la centralidad de los adultos mayores como colectivo vulnerable en el imaginario cultural y político del elenco político y de la ciudadanía. Durante los diez años siguientes los programas públicos desarrollan particularmente la dimensión de integración de los adultos mayores.

En 1990 el BPS comenzó a aplicar un programa de financiamiento a ONGs con actividad en el sector de adultos mayores, con énfasis en el área de

la integración social. Este programa expresa también, en cuanto a formato institucional, el acento que resultaría característico de los '90 en el traslado de la acción estatal desde de la implementación directa de políticas al financiamiento de agentes no estatales para dar cuenta de ellas; especialmente en campos de acción sobre los que el estado tenía experiencia escasa.

Por su parte, los programas de utilización de plazas de deportes (a partir de 1998) y “Abuelo Amigo” (desde 1994) marcan la tendencia hacia políticas que proyecten a los adultos mayores mediante actividades de integración con sus pares y con otras generaciones. El primero procura que los adultos mayores tomen parte en el uso de dichas instalaciones públicas, estimulándolos a ello con una oferta de servicios diseñada específicamente para ese sector. La resolución, del Ministerio de Turismo y Deporte, indica que los centros y plazas de deportes dispongan de días destinados a actividades adecuadas para los adultos mayores y se orienta además a que dichos usuarios promuevan entre sus pares la utilización de esos espacios.

Mientras por vías como esa se comenzaba a buscar la promoción de los adultos mayores hacia los lugares públicos mediante actividades de integración intrageneracional, el BPS y el Instituto Nacional del Menor (actualmente INAU) construyeron las fórmulas más expresivas para tender puentes a nivel intergeneracional. Los proyectos “Abuelo amigo” y “Acompañando al abuelo en el hogar”, plantean responder por complementariedad a dos condiciones reflejas. La capacidad de los adultos mayores para dedicar atención a niños en situación de riesgo social, y de los niños para compartir tiempo y actividades con adultos mayores.

De ese modo se hace efectivo el potencial de unos y otros para restaurar lazos que la reciente evolución demográfica ha deteriorado. Precisamente, el desarrollo de políticas de integración social para adultos mayores en las dos últimas décadas, acompaña un fenómeno de disgregación familiar que da a las situaciones de soledad y falta de vínculos de los adultos mayores una incidencia más aguda. La tendencia a la disminución de hogares con presencia de tres generaciones (extendidos o compuestos) y a la dispersión en hogares nucleares, registrada a nivel general como rasgo común de América Latina, es el marco demográfico de esa ampliación de las políti-

cas de adulto mayor hacia proyectos de integración social.

Caracteres de la “tercera época”: tratamiento diferenciado de necesidades críticas

Una tercera etapa en la gestación de los programas actuales sobre adulto mayor es la incorporación de políticas focalizadas sobre la población con carencias severas dentro de ese colectivo. Este nuevo énfasis despeja la mencionada contradicción implícita de los programas iniciados en la década de 1980. Estos, si bien apuntan a cubrir a población de bajos ingresos lo hacen dentro del colectivo de jubilados y pensionistas, que por esa misma condición no se encuentran entre los adultos mayores en situación más vulnerable (especialmente después de la reforma de 1989).

Estas políticas se apartan de aquel sesgo corporativo y se enfocan sobre las situaciones de vulnerabilidad en sí. En 1997 se crea el programa del BPS para atención de adultos mayores en situación de calle, también respaldado en co-ejecución con ONGs. El programa busca identificarlos, proveer una primera respuesta de emergencia vinculándolos a albergues nocturnos, y una definitiva a través de sus convenios con hogares de ancianos, del programa de vivienda para pasivos o de la reinserción familiar.

Este giro expresa fundamentalmente el cambio de concepción teórica de las políticas sociales, bajo el paradigma de la focalización. El grado en que este giro expresa un cambio de óptica queda de manifiesto en el hecho de que no se trata de la respuesta a un cambio sustantivo en la población. Hacia 1997 la pobreza y la indigencia se mantenían en niveles estables, y menores a los que el país había registrado al inicio de la década. No se trata entonces de un cambio reactivo frente a desafíos distintos de los que la sociedad ya planteaba sino de un giro conceptual de los propios gestores de la política.

En 2008 esta línea de políticas continuó, aunque bajo un renovado énfasis en la centralidad del estado como ejecutor de políticas sociales, con el programa BPS-MIDES de Asistencia a la vejez. Dicho programa se basa en transferencias monetarias a adultos mayores que aún no alcanzan la edad

necesaria para una pensión a la vejez convencional (entre 65 y 70 años), no tienen recursos propios e integran hogares con carencias críticas en sus condiciones de vida. Por otra parte, la iniciativa refleja además otras variables contextuales, que no habían estado presentes en el origen de esta línea de desarrollo: el reforzamiento de las políticas dirigidas a situaciones de indigencia y pobreza tras su recrudescimiento en el estancamiento y crisis de 1998-2002, y los problemas emergentes en la cobertura de pasividades.

En la presente administración (2005-2010) el reforzamiento de la política dirigida a atender situaciones de carencias críticas en los adultos mayores, se inserta en un conjunto de reformas orientadas a la integración y a una redistribución más igualitaria de los recursos. En ese complejo de acciones se insertaron también los aspectos relativos a pasividades de la reforma tributaria (con la introducción de una estructura de impuestos más progresiva), y diversos ajustes al sistema jubilatorio. Entre ellos la introducción de la figura del año ficto de aportes asignado a las madres en función de cada hijo, en respuesta a las dificultades que la maternidad conlleva para la continuidad laboral, y a largo plazo para el acceso a la jubilación; así como la reducción genérica de los años de aportes necesarios para acceder a la jubilación, en atención a la creciente dificultad de gran parte de los trabajadores para alcanzar tales requerimientos en un mercado de trabajo crecientemente inestable.

En resumen, puede decirse que las políticas de adulto mayor actualmente gestionadas por el gobierno nacional surgen de dos etapas expansivas: una iniciada en los '80, con la ampliación de prestaciones, y otra generada en los '90 y marcada por la atención focalizada a las situaciones de mayor riesgo social. El primer movimiento incorpora nuevas prestaciones básicas bajo formato corporativo (plan de vivienda para pasivos) y políticas de nuevo cuño, orientadas a la integración de los adultos mayores a nivel de grupos de pares y de actividades intergeneracionales. El segundo movimiento apunta al colectivo de adultos mayores no amparado en las políticas de cobertura tradicional, y “desata” la matriz corporativa en la asignación de transferencias monetarias. Durante la actual administración, el reforzamiento de ese segundo movimiento se inserta en una serie de reformas orientadas globalmente

a una mayor intervención redistributiva y a mitigar los factores de bloqueo emergentes que dificultan el acceso de parte de la población al núcleo tradicional de prestaciones ligadas al campo del trabajo.

De los programas a la legislación: la ley 17.796 como actualización global

La evolución en tres ejes expansivos que hemos repasado hasta aquí, se reflejó globalmente en la normativa con la Ley de Promoción Integral de los Adultos Mayores (17.796, de 2004). Esta recoge en un único conjunto las líneas de desarrollo experimentadas en los programas creados durante las administraciones anteriores, al tiempo que se propone actuar como plataforma de impulso para sus nuevas aplicaciones.

Quedan comprendidos los cuatro ámbitos de política a los que se habían adscrito los programas de adulto mayor, y se refiere explícitamente a los temas tratados en términos de consagración de derechos. La política clásica de seguridad social es atendida marcándole como nuevos objetivos el garantizar que “todos los adultos mayores tengan acceso al sistema de previsión nacional”, y crear “procedimientos de retiro gradual y progresivo de la actividad laboral”.

Resulta significativo que este eje tradicional es tratado por la ley en último lugar y de forma comparativamente breve en relación a los nuevos formatos de política, generados en los '80 y '90, que son el objeto principal de la ley.

El eje complementario, de expansión del paquete de prestaciones básicas, queda comprendido en sus referencias a la asistencia médica, la vivienda y la educación como derechos de contenido específico para los adultos mayores¹⁸.

Por su parte, las políticas de integración social, de fuerte dinámica como nuevo campo de expansión, tienen un lugar destacado. Se plantea estimular “la creación de instituciones que agrupen al

adulto mayor, las actividades de recreación y las de trasmisión intergeneracional de conocimiento (en el ámbito del sistema educativo y las empresas).

Aún sin un desarrollo amplio en herramientas, está presente también el más reciente eje de expansión de estas políticas: la focalización en situaciones de pobreza, para lo que se dispuso la creación de “programas que beneficien al adulto mayor de menores recursos, y se le dio acceso a una alimentación de buena calidad” y a “abrigo suficiente”.

Finalmente, en un breve apartado de una única oración, la ley recoge un aspecto de intervención que constituye actualmente uno de los aspectos más renovadores del tránsito en las políticas de adulto mayor hacia un abordaje integrado. Se dispone crear “condiciones que garanticen la protección legal del adulto mayor, particularmente cuando ha sido víctima de discriminación o violencia”. Este enfoque proyecta aún con más énfasis un rasgo ya presente en algunas de las políticas de integración del adulto mayor: dirigirse no ya a los propios adultos mayores sino intervenir también en las relaciones de estos con su entorno social inmediato.

Caracteres de las políticas de nivel departamental

La escena descrita a nivel de las políticas nacionales debe complementarse con el perfil de las políticas en el ámbito departamental. Y precisamente, ese correlato no es la reproducción a nivel local de las mismas estrategias. Por el contrario, la orientación de las intendencias, en los casos en que enfocan el tema específico, hace a terrenos que complementan la acción nacional, y por tanto tiene características propias.

Su herramienta central han sido los hogares de ancianos y centros diurnos, que (así como las políticas nacionales sobre adulto mayor) también registran un desarrollo particularmente dinámico en la recuperación democrática, que se perpetúa luego hasta mediados de los '90. En el período 2005-2009 vuelve a haber una dinámica fuerte pero ya bajo un nuevo signo, caracterizado por la gestación de programas específicos de integración social, con mayor diversidad temática y énfasis en contenidos culturales, recreativos, deportivos y de formación en derechos.

¹⁸. Se expresa el derecho a la atención médica, “incluida la odontológica”; y la necesidad de que el sistema de salud disponga siempre de “medicación básica para uso gerontológico” y promueva la capacitación de los médicos en temas de envejecimiento. Por su parte, se establece también la necesidad de garantizar el acceso de los adultos mayores a la vivienda y estimular su inserción en el sistema educativo.

En líneas generales se presenta entonces una evolución similar a la esfera nacional, desde un formato básico de prestaciones hacia la inclusión de un abanico mayor.

Sin embargo, lo que hace a las políticas departamentales un mosaico de lógica dispar es el modo de implementar el acceso a los hogares de ancianos. Mientras que en algunos casos puede accederse a ellos sin necesidad de que el usuario cuente con medios económicos para aportar a su mantenimiento, en otros la misma herramienta responde a una matriz corporativa, al quedar circunscrita a los jubilados y pensionistas, que pagan el servicio con una parte de sus ingresos.

Por tanto el sentido de la acción departamental carece de un énfasis claro en la línea de focalizar las situaciones de mayor riesgo social, pese a que en parte llegó incluso a anticiparse a las políticas de esfera nacional en ese terreno.

En efecto, en la década de 1980 algunas intendencias tenían ya prestaciones no contributivas destinadas a adultos mayores en situación de riesgo social, a través de sus hogares de ancianos y centros diurnos, aún antes de que el ámbito nacional girara hacia políticas focalizadas de atención a adultos mayores con carencias críticas. Pero la disparidad de abordaje entre las intendencias hizo que ese formato se desarrollara al mismo tiempo y en grado similar al de la opción contributivo-corporativa.

Por otra parte, como queda dicho, lo fundamental del desarrollo de los centros diurnos y hogares de ancianos va desde 1980 a mediados de la década de 1990, y ya no constituye actualmente la pauta más dinámica de las políticas de adulto mayor departamentales.

Ampliando los espacios de intervención: instituciones, grupalidad, familia

Al tiempo que las políticas hacia la población adulta mayor sumaron temas a su área de cobertura se produjo un movimiento paralelo de afirmación de la intervención estatal sobre el resto de los actores involucrados. Desde hace una década puede observarse un incremento sostenido del control estatal sobre las instituciones prestadoras de servicios. En 1998 la ley 17.066 reguló la actividad de los hogares

y residencias de ancianos, indicó sus condiciones de funcionamiento y estableció un registro nacional de este tipo de instituciones, a cargo del Ministerio de Salud Pública (MSP). En 2008 la ley 18.283 dispuso una mecánica similar para el registro y contralor de las pensiones, a cargo del Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA)¹⁹.

Como vimos, el propio contenido de las políticas había generado una ampliación de su campo y del concepto sobre a quiénes van dirigidas las intervenciones del estado. Mientras las políticas clásicas de pasividades y atención de la salud implicaban trabajar con los adultos mayores en tanto individuos, las nuevas políticas llevan a considerar como objetivo de los programas a las personas en su entorno y sus vínculos de socialidad.

Los programas de integración intra e intergeneracional buscan incentivar la creación de grupos, tender nexos y alentar la intervención de adultos mayores en el espacio público.

Por su parte, los programas dirigidos a la atención particular de personas en situación de carencias críticas ha implicado en todos los casos referir también a su entorno inmediato. Procurar, en los casos en que fuese posible, la reinserción familiar de adultos mayores en situación de calle. Fijar parámetros relacionados no solo con la persona sino con el hogar en su conjunto al crear transferencias monetarias específicas para adultos mayores sin ingresos en hogares bajo condiciones de indigencia o pobreza aguda.

Por muy distintas vías y con muy variados propósitos las políticas de adulto mayor han tenido que orientarse a trabajar en función de los nexos sociales y del entorno de los adultos mayores, al influjo de metas más diversas y complejas que las planteadas por el núcleo clásico de prestaciones.

En el marco de esta transformación, las políticas de sensibilización sobre derechos del adulto mayor,

19. En algunos casos la normativa reciente ha revisado la anterior aplicando a la interna del propio estado esa misma tendencia a formatos más centralizados y bajo mayor contralor. Así es que en 2008 la ley 18.340 marcó que la construcción de viviendas para pasivos fuera responsabilidad del MVOTMA y agregó que "los costos totales de administración así como los costos adicionales en que incurra el BPS por las funciones que se transfieren por la presente ley, no podrán superar el monto de transferencias que le realice el MVOTMA, con cargo a créditos presupuestales a esos efectos, no pudiéndose por tanto afectar recursos de ninguna otra fuente de financiamiento con ese destino".

y particularmente la atención a situaciones de abuso y maltrato, plantean actualmente la más ambiciosa y compleja de esas expansiones del campo de acción de las políticas públicas.

En estos casos el ámbito de intervención es ante todo el entorno social de los adultos mayores, y en especial el doméstico y familiar. Esto exige plantearse la acción de lo público en campos tradicionalmente alejados de su influencia, esfuerzo que políticas como las de género, violencia doméstica o derechos del niño están desarrollando en forma simultánea.

En ese avance hacia la intervención pública sobre espacios como la familia y el ámbito doméstico cabe ver la convergencia de las dos líneas de evolución ya mencionadas: la progresiva ampliación del enfoque desde los individuos a los grupos y el tejido social, y el incremento del control e incidencia estatal sobre los actores. Éste ha operado sobre instituciones de cuidados y alojamiento, como los hogares de ancianos, residenciales y pensiones, y tiene a partir de allí a las propias familias como el último terreno en el cual incidir. Por otra parte, este horizonte es también el más ambicioso y complejo en cuanto al tipo de metas planteadas, pues revertir la desafección que los adultos mayores sufren en su propio entorno no comporta regular hechos puntuales sino cimentar cambios culturales en el conjunto de la población involucrada.

Programas y legislación relativa a los ejes de política mencionados

Programas nacionales y departamentales (año de inicio del programa en vigor, institución focal actual y cometido). Fuente: Observatorio Social, www.mides.gub.uy.

Ministerios y entes autónomos

- > 1896: BPS. Pensiones a la vejez contributivas.
- > 1919: BPS. Pensiones a la vejez no contributivas.
- > 1987: MVOTMA-BPS. Viviendas para pasivos.
- > 1987: BPS. Turismo social.
- > 1990: BPS y ONGs. Servicios sociales para adultos mayores.
- > 1993: UdelaR. Salud integral para adultos mayores.

- > 1994: BPS-INAU. Relacionamiento intergeneracional.
- > 1997: BPS. Atención a personas en situación de calle.
- > 1998: MTD. Participación de adultos mayores en centros y plazas de deporte.
- > 2008: BPS-MIDES. Asistencia a la vejez.

Intendencias

- > 1988: Canelones. Atención a adultos mayores en condiciones de vulnerabilidad.
- > 1988: Cerro Largo. Hogar de ancianos.
- > 1988: Maldonado. Centro diurno.
- > 1988: Soriano. Centro diurno.
- > 1988: Rivera. Integración y vida saludable.
- > 1992: Montevideo. Centros diurnos.
- > 1992: Montevideo. Paseos.
- > 1996: Salto. Espacios de integración y socialización.
- > 2005: Maldonado. Recreación.
- > 2005: Canelones. Promoción cultural y social del adulto mayor.
- > 2006: Canelones. Red social de apoyo a adultos mayores.
- > 2007: Paysandú. Apoyo a hogar de ancianos.
- > 2007: Canelones. Talleres de sensibilización.
- > 2007: Colonia. Ejercicio y ancianidad.

Legislación

- > Ley 17.066 – Hogares de ancianos. Normativa, 15/12/1998.
- > Ley 17.796 – Promoción integral de los adultos mayores, 14/7/2004.
- > Ley 18.241 – Subsidio otorgado por el BPS a personas carenciadas de entre 65 y 70 años, 27/12/2007.
- > Ley 18.283 – Registro y funcionamiento de pensiones, 6/5/2008
- > Ley 18.340 – Modificación del régimen de viviendas para pasivos, 21/8/2008.

Algunos aspectos para pensar el envejecimiento, las políticas sociales y el territorio

Aportes para la construcción de un diálogo sobre la equidad intergeneracional

Sandra Huenchuan²⁰

Uruguay es uno de los países más envejecidos de la región. En la actualidad exhibe niveles de fecundidad por debajo el nivel de reemplazo, y un índice de envejecimiento que supera las 74 personas mayores por cada cien menores de quince (CEPAL/CELADE, 2008). En este país, el porcentaje de población de 60 años y más ha ido en constante aumento desde la segunda mitad del siglo XX. En 1950, el 11,8% de la población uruguaya tenía sesenta años y más -cifra que la Argentina alcanzó en 1975 y Chile alrededor de 2002-, el incremento continuó en las décadas siguientes, alcanzando en 2007 el 17,7%, con un pronóstico de que en 2025 llegue al 20.2% (Naciones Unidas, 2007).

Aunado a lo anterior, otro fenómeno que se advierte con notoriedad en el Uruguay dentro de los próximos 50 años, es el cambio del peso absoluto y relativo de los distintos grupos de edades (CEPAL/CELADE, 2008). Al respecto, la mayor transformación se apreciará en el año 2022.

Casi veinte años antes que el promedio de la región- cuando el segmento de 60 años y más supere a los menores de quince años (véase el gráfico 5.1). A su vez, y debido al aumento de la esperanza de vida, en las próximas décadas se producirá un rápido envejecimiento del propio grupo de personas mayores, y la población de 75 años y más será el segmento de edad que crecerá más vertiginosamente. En 2005 la proporción de personas mayores de 75 años dentro de la población adulta mayor alcanzaba el 33% en el Uruguay. Las proyecciones revelan que en 2025 se mantendrá en valores similares a los actuales, sin

embargo, un cuarto de siglo después su porcentaje se ubicará en el 40% (véase el gráfico 5.2). Se trata por lo tanto, junto con Cuba, de una de las poblaciones de edad avanzada más envejecida de la región.

Gráfico 5.1. Uruguay: población según grandes grupos de edades, 2005-2050 (porcentajes)

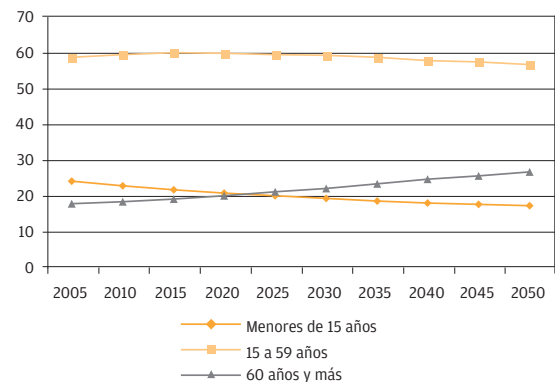
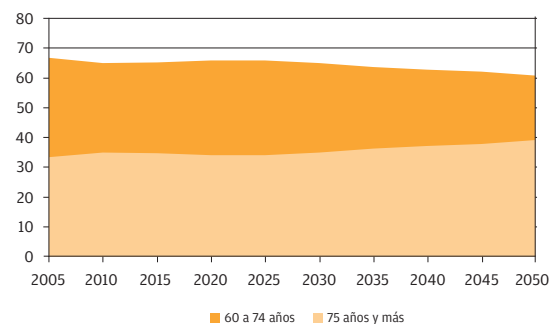


Gráfico 5.2. Uruguay: población de 60 años y más según subgrupos de edades, 2005-2050 (porcentajes)



Fuente: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) - División de Población de la CEPAL, "Estimaciones y proyecciones de población", [en línea] www.eclac.cl/celade_proyecciones/basedatos_BD.htm.

²⁰. Agradezco a Daniela González y Miguel Ojeda, del CELADE-División de Población de la CEPAL por su apoyo en el procesamiento de datos.

A partir de estos antecedentes demográficos, es posible identificar algunos desafíos insoslayables para los sistemas de protección social del Uruguay. Algunos de los cuales interesa, especialmente, abordar en esta oportunidad. En primer lugar, quisiera llamar la atención sobre las oportunidades que nos impone el cambio demográfico para las relaciones intergeneracionales. En segundo lugar, quisiera referirme, particularmente, a un punto de álgido debate en países envejecidos: la construcción de las relaciones intergeneracionales como un proceso de cambio o como fuente de conflicto. Y tercero, la perspectiva intergeneracional del nuevo Pacto de Protección Social propuesto por la CEPAL en su XXXI Período de Sesiones de 2006.

El cambio demográfico como una oportunidad para reforzar las relaciones intergeneracionales

En América Latina y el Caribe, la estructura por edad ha cambiado con mayor o menor intensidad según el avance de la transición demográfica de cada país. Estos cambios en el peso relativo de las generaciones, provocados por el aumento de la esperanza de vida y la disminución del número de hijos, originan un nuevo escenario que tiene profundas implicaciones en la organización familiar, los niveles de bienestar y cohesión social, y las esferas económicas, políticas y culturales (Guzmán, 2002). El proceso de envejecimiento impone a los países importantes retos, dado que la tasa de crecimiento de la población adulta mayor es más elevada que en los países desarrollados, lo que implica abordar un fenómeno vertiginoso en el marco de grandes desventajas inmediatas (Huenchuan, 2009 A).

Frente a esta realidad, las Naciones Unidas han hecho un llamado a favor de “una sociedad para todas las edades”. Ello supone el reconocimiento de un mundo en proceso de envejecimiento y de las consecuencias profundas que dicho cambio provoca y provocará en la sociedad. En la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social de 1995, los Estados Miembros auguraron por una “sociedad para todos” en la cual “cada individuo, con sus derechos y responsabilidades, tiene un papel activo que desempeñar”. Por medio de la integración del componente de la edad en dicho enfoque, éste deviene en

intergeneracional e integral. Una perspectiva según la cual “las generaciones invierten la una en la otra y comparten los frutos de dicha inversión, guiadas por los principios de reciprocidad y equidad” (Naciones Unidas, 2008) En el escenario actual, las relaciones convencionales entre generaciones evolucionan rápidamente. Por lo tanto, el llamado es a volver a definir esas relaciones.

Las tendencias del comportamiento demográfico de las generaciones también pueden ocasionar tensiones, considerando que un número inferior de personas en edad activa deberá sostener a un número creciente de personas de edad. Frente a esto, se suele evocar una imagen pesimista de las relaciones entre generaciones, y se considera el envejecimiento como una amenaza en la medida que en algunos países (el Uruguay entre ellos) las personas de edad pueden ser receptoras de un porcentaje mayor de gasto público que el resto de los grupos de edad, en especial que los niños menores de 15 años.

Sin embargo, no es necesario asustarse ante el cambio demográfico, si sabemos las oportunidades que representa una vida más larga y más sana, y una menor carga de dependientes entre 0 a 15 años. Un primer resultado es las personas de edad pueden mantenerse activas por más tiempo (Bertranou, 2006) y junto con ello, un número inferior de niños permite invertir más en su educación y en su desarrollo personal (CEPAL, 2008).

Desde esta perspectiva, el cambio demográfico podría ser una oportunidad para reforzar la solidaridad entre generaciones a partir de un enfoque de una “sociedad para todas las edades”. Entre las medidas posibles de reforzar en tal sentido se encuentran: (i) Utilizar mejor el potencial de todas las generaciones y ayudarlas a que lo desarrollen plenamente; (ii) Invertir en la juventud. El éxito de las generaciones jóvenes determina la habilidad de la sociedad a la hora de apoyar a las personas que dependen de ayuda a los demás. En este sentido, es imprescindible hacer frente a los problemas de desempleo juvenil, abandono escolar e inestabilidad laboral, y (iii) Poner atención en la generación intermedia, que se ocupa de los más jóvenes como de los mayores (Špidla, 2008).

A ello hay que agregar que, mientras antes se refuerce el papel del Estado en la disponibilidad de servicios sociales para niños y personas mayores dependientes, más posibilidad habrá en el futuro de

reafirmar las relaciones intergeneracionales desde una perspectiva positiva e inclusiva.

Las relaciones intergeneracionales como un proceso de cambio o como fuente de conflicto

El segundo punto al que quisiera referirme ahora es el supuesto sesgo negativo de la inversión en favor de las personas de edad. Lamentablemente esta perspectiva, que empieza a ganar espacio en algunos debates nacionales, pierde de vista que el gasto gubernamental tiende a estar sumamente concentrado en el extremo alto del espectro socioeconómico (en particular, aquellos que disponen de un bagaje laboral en el sector formal), en tanto, que el gasto en las personas de edad más empobrecidas continúa siendo muy bajo, con independencia de su grado de necesidad (Naciones Unidas, 2008)

Lo anterior, por ejemplo, se puede visualizar, muy claramente cuando se analiza la cobertura contributiva por quintil de ingreso. De acuerdo a la Encuesta Continua de Hogares de 2004, en el Uruguay la cobertura en el Quintil I era de 13.7% y en el Quintil V era de 78.9%, con un indicador de desigualdad de cobertura de 5.8% (Bertranou, 2006), lo que a la larga se traduce en desigualdades en el acceso a las prestaciones de seguridad social en la vejez, siendo aquellos que han tenido una trayectoria laboral más extendida e intensa en el mercado formal del trabajo los que acceden a mejores prestaciones de la seguridad social.

Por otra parte, suele ser común realizar comparaciones entre la incidencia de la pobreza en los niños y el comportamiento de este indicador en las personas de edad. Si bien a mediados del 2000 las diferencias entre uno y otro grupo podían ser relativamente importantes en algunos países de la región, en otros es baja. Las brechas, por cierto, son menores cuando se analiza la indigencia en los distintos grupos de edad. Como se observa en el gráfico 4, en la mayoría de los países la relación entre la indigencia de la pobreza entre los niños de 0 a 9 años y las personas de edad es muy similar, y solo aumenta en menos de dos puntos porcentuales en los países donde la cobertura de la seguridad social es extendida, tratándose de aquellos países, que en general tienen mayor ingreso per cápita.

Gráfico 5.3. América Latina (países seleccionados): ratio de la incidencia de la pobreza entre la población de 0 a 9 años y de 60 años y más, alrededor de 2005

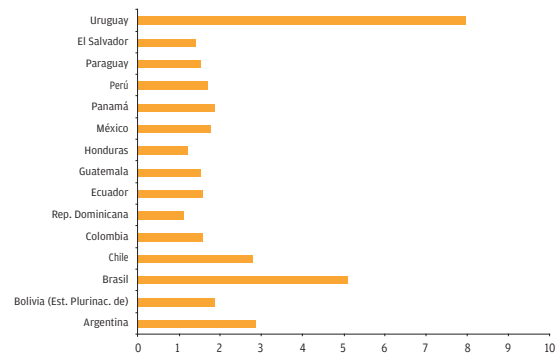
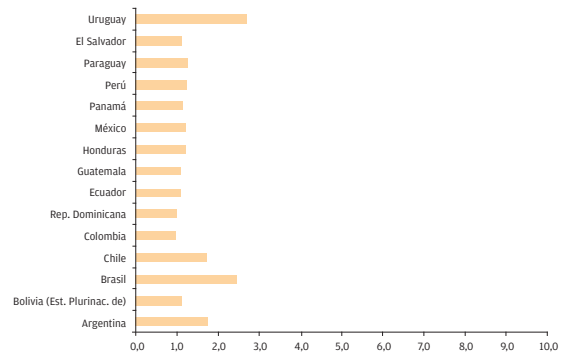


Gráfico 5.4. América Latina (países seleccionados): ratio de la incidencia de la indigencia entre la población de 0 a 9 años y de 60 años y más, alrededor de 2005*



* La medición de la indigencia de expresa como la razón de personas indigentes sobre el total de la población pobre de 0 a 9 años y de 60 años y más

Fuente: CELADE- División de Población de la CEPAL, sobre la base de datos provenientes de las encuestas de hogares de los respectivos países.

En el Uruguay, la equidad intergeneracional en la distribución de los recursos está muy asociada a la forma en que se comporta la pobreza según los grupos de edades y a la asignación del gasto público social. En relación a lo primero, la incidencia de la pobreza en los menores de 5 años pasó de un 30% a mediados de los años noventa a un 56% en 2004, mientras que la población mayor de 65 años en esa condición pasó de un 10% en 2002 a un 16% dos años más tarde (Universidad de la República y MIDES, 2008).

La explicación de estos diferenciales puede deberse a que los niños dependen económicamente de los adultos, quienes experimentan las dificultades

del mercado del trabajo expresadas en inestabilidad e informalidad. En cambio, las personas de edad disfrutan de una cobertura de seguridad social que las mantiene por sobre el umbral de la pobreza. Ello puede redundar, para la lógica de algunos, en que se agudice la competencia entre los diferentes grupos etarios para tener acceso a unos recursos de transferencia cada vez más exiguos (Huenchuan, 2009b).

Sin embargo, sería un error atribuir la inequidad intergeneracional exclusivamente al envejecimiento de la población. Más bien podría ser el resultado de la forma en que se diseñan e implementan las intervenciones, con un Estado que ha ido perdiendo competencias y funciones de bienestar social, derivándolas a las familias en el caso de los niños. Desde esta perspectiva, más que socializar los riesgos de la pobreza en la niñez, afectando con ello las garantías de las personas de edad, lo que se requiere es crear servicios y prestaciones sociales incluyentes, que ayuden a superar la inequidad distributiva y garanticen determinados derechos, sin retroceder en los ya protegidos.

No obstante lo anterior, con respecto a los temas de equidad intergeneracional, persisten debates y disputas que buscan construir a las personas de edad como una fuente de gasto y la inversión en ellas como inequitativa. Esta perspectiva oculta dos principios básicos de la protección social: la solidaridad y la universalidad. Sin el primero, difícilmente se promoverá el objetivo de la protección social dirigido a fortalecer una mayor solidaridad entre y dentro de cada generación. Es evidente que el reto demográfico no se puede enfrentar si sólo y únicamente se centra el trabajo en las personas mayores, pero también es una falacia argumentar que el sesgo a favor de las personas de edad incrementa la pobreza y el desempleo en los jóvenes. Ello nos conduce al segundo principio, el de la universalidad. Si las acciones son focalizadas y los distintos grupos sociales compiten por un escaso presupuesto público social, es probable que se acentúen las diferencias entre las generaciones; pero ello no es consecuencia del cambio demográfico, sino de cómo son diseñadas las políticas.

Se necesita un nuevo Pacto de Protección Social que preste atención a todas las generaciones

En el 2006, la CEPAL planteó la necesidad de alcanzar un nuevo consenso político en relación con la sociedad que se quiere construir, a fin de conjugar las conocidas restricciones económicas, las debilidades institucionales y las demandas de los grupos sociales titulares de derechos. Esta propuesta fue acogida por los países miembros de la Comisión en la resolución 626(XXXI) de 2006, en que se reconoce que “la protección social en América Latina y el Caribe debe ser objeto de un cambio de enfoque en respuesta a los cambios que se dan a nivel global y [que] repercuten en nuestras sociedades, y su mejora potencia las sinergias positivas entre equidad social, democracia participativa y crecimiento económico”.

El modelo de bienestar que se planteó como paradigma de protección social a fines de la segunda guerra mundial hasta mediados de 1970, está en crisis (CEPAL, 2006). En este periodo, dado el peso del asalariado en la estructura del empleo, el Estado diseñó políticas sociales cuyo destinatario central era el trabajador asalariado, y (considerando la composición mayoritariamente masculina de la población asalariada), muchos beneficios se transmitían por cascada desde el trabajador al resto de su familia. Así, por ejemplo, en varios países de la región el sistema de salud reposa en la cobertura de la asistencia al cónyuge, de los hijos u otros dependientes del trabajador (Abramovich y Courtis, 2006). Ahora bien, la crisis del empleo, los cambios en las familias y el avance del proceso de envejecimiento afectan el funcionamiento y eficacia de los sistemas de protección social. Como corolario, los niños, las personas de edad y las mujeres sufren de los efectos de la crisis de un modelo que no los contempló como sujetos en sus inicios, y en el que habían ingresado como un riesgo -la vejez- o bien en el que tenían acceso a determinadas prestaciones por extensión de un jefe de familia inserto en el mercado laboral formal.

En el escenario actual, la CEPAL (2006) ha advertido que el gran desafío que se plantea es repensar la solidaridad con fines de protección social de manera integral, vale decir, tanto dentro como fuera del mundo del trabajo y, en ese marco, replantear los mecanismos de transferencias. Junto con ello, ha

llegado la hora de prever un nuevo pacto social que preste especial atención también a todas las generaciones, a sus necesidades y expectativas y que asegure la plena incorporación de todos en la sociedad (Marques, 2008)

Desde esta perspectiva, la noción básica de un modelo de protección social basada en derechos, en la última instancia, es el principio de la interdependencia de los seres humanos, donde la satisfacción de necesidades de quienes están en una situación de mayor vulnerabilidad requieren del esfuerzo conjunto de todos (en especial de aquellos que están en mejor posición) (Abramovich y Courtis, 2006).

De acuerdo con las Naciones Unidas (2007b) los programas de transferencias destinados a las personas de edad, como los de pensiones no contributivas, han sido eficaces para reducir la pobreza en ese segmento de la sociedad, e incluso han tenido algunos efectos secundarios positivos en los niños y los jóvenes. Sin embargo, es evidente la necesidad de reforzar el enfoque intergeneracional de los sistemas de protección social. Para lograrlo es imprescindible acogerse a tres principios fundamentales:

- Las acciones deben ser integradas, cubrir todas las esferas de la vida, incluyendo el trabajo, la vivienda, la movilidad, la acción social, la educación, etc.
- Las acciones deben ser universales y deben integrar a todas las generaciones, desde la infancia, la adolescencia, los grupos de edad intermedia y las personas de edad *incluyendo a los más viejos.
- Las acciones se deben basar en la cooperación entre generaciones y responder a los principios de interdependencia (Marques, 2008)

Aunado a lo anterior, es urgente reconocer que, en sociedades envejecidas como la del Uruguay, los cuidados representan un riesgo social que hay que abordar mediante una respuesta colectiva. De lo contrario, si se deja toda la carga del cuidado (de niños y de personas de edad muy avanzada) sólo y únicamente a las familias es muy probable que sea la generación intermedia la que mantenga el mayor peso del cuidado, lo que a la larga sí puede desembocar en un conflicto intergeneracional (Swennen, 2008). El desafío en este tema es, por lo tanto, como lograr que los cuidados conformen parte de los riesgos que debe proteger la protección social, y alcanzar el debido equilibrio entre el rol del Estado, la

familia y los privados, con el fin de aunar esfuerzos en pro del bienestar de todos y cada uno de los miembros de la sociedad.

Bibliografía

- Abramovich, Víctor y Christian Courtis (2006), El umbral de la ciudadanía: el significado de los derechos sociales en el Estado social constitucional, Buenos Aires, Editores del Puerto.
- Bertranou, Fabio (2006), Envejecimiento, empleo y protección social en América Latina, Santiago de Chile, Organización Internacional del Trabajo (OIT).
- CEPAL (2008), Panorama social de América Latina 2008, (LC/G.2402-P/E), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2006), La protección social de cara al futuro: acceso, financiamiento y solidaridad (LC/G.2294(SES.31/3)), Santiago de Chile.
- CEPAL/CELADE (Comisión Económica para América Latina y el Caribe/Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía) (2008), Transformaciones demográficas y su influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe [LC/G.2378(SES.32/14)], trigésimo segundo período de sesiones de la CEPAL, Santo Domingo, República Dominicana.
- Guzmán, José Miguel (2002), "Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe", serie Población y desarrollo, N° 28 (LC/L.1737-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.02.II.G.49.
- Huenchuan, Sandra (Editora) (2009a) Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas, Libro 100 de la CEPAL, (LC/G.2389-P), Santiago de Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
- Huenchuan, Sandra (Coordinadora) (2009b) Escenarios futuros en políticas de vejez. Estudio Delphi comparado en países seleccionados, Serie Documentos de Proyecto, (LC/W.262), Santiago Chile, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)
- Marques Pedro (2008) Message from Marques Pedro, Secretary of State for Social Security, Portugal, Conference Intergenerational Solidarity for Cohesive and Sustainable Societies, Brdo, Slovenia, 27-29 April 2008.
- Naciones Unidas (2008) Guide to the National Implementation of the Madrid International Plan of Action on Ageing, United Nations Headquarters, New York (2007a) World Population Ageing 2007, United Nations Headquarters, New York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. (2007b), La población mundial: seguimiento de la situación, con especial referencia a la evolución de las estructuras de edad de las poblaciones y sus consecuencias para el desarrollo. Informe del Secretario General (E/CN.9/2007/3), Consejo Económico y Social, Comisión de Población y Desarrollo, 40º período de sesiones, Nueva York, 9 al 13 de abril.
- Špidla Vladimír (2008) Message from Vladimír Špidla, EU Commissioner for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Conference Intergenerational Solidarity for

Cohesive and Sustainable Societies, Brdo, Slovenia, 27-29 April 2008.

- Swennen Phillipe (2008) How to make long-term care sustainable and fair for all generations? Conference Intergenerational Solidarity for Cohesive and Sustainable Societies, Brdo, Slovenia, 27-29 April 2008.
- Universidad de la República y MIDES (Ministerio de Desarrollo Social) (2008), "Iden World Population Ageing, 2007, Nueva York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. Cuantificación y análisis del gasto público social en Uruguay-1910/2006", Uruguay Social, Vol. 01, Montevideo.

El contexto demográfico y las características del envejecimiento poblacional en Uruguay

Mariana Paredes²¹

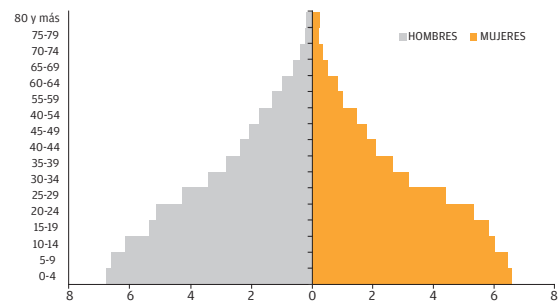
Se pretende hacer aquí un aporte en relación a la realidad demográfica del Uruguay, y en particular al envejecimiento demográfico por el que atraviesa el país y al futuro poblacional, en el entendido de que este proceso es dinámico y afecta a todas las generaciones, siendo que la vejez es un destino inexorable para la enorme mayoría de los uruguayos.

La situación demográfica que tenemos en el país hoy se puede visualizar de dos maneras: una estática y otra dinámica. La estática refiere a lo que gráficamente se visualiza como pirámide poblacional, es decir a la proporción que de hombres y mujeres hay en cada grupo quinquenal de edad actualmente en Uruguay. La dinámica refiere a cómo los distintos fenómenos demográficos (nacimientos, defunciones y migraciones) afectan la estructura de edades del país. Si comparamos esta estructura de edades con la que teníamos hace un siglo en el país se puede notar el cambio de forma.

Dos fenómenos son claros a través de estos gráficos: el cambio de forma de las pirámides que refleja la profundidad de la transformación de la estructura poblacional y la distribución diferencial por sexo de hombres y mujeres que se observa en las distintas edades, en particular en las más avanzadas.

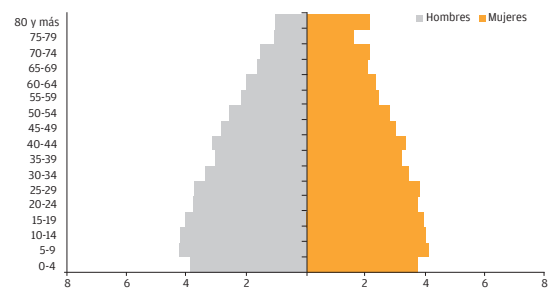
El cambio de forma de las pirámides obedece al proceso de envejecimiento poblacional. Si bien este proceso se ha dado a ritmos diferentes en otras partes del mundo y recién se encuentra avanzando en América Latina, es Uruguay el país más envejecido al día de hoy en el continente. El envejecimiento demográfico se produce por la reducción de población en las edades más jóvenes y por el aumento de población en las edades más viejas. En el caso de las edades jóvenes son dos los procesos que intervienen: el descenso de niños producido por la reducción de la fecundidad (número medio de hijos por mujer) y

Gráfico 5.5. Pirámide de Población. Uruguay 1908



Fuente: Elaboración propia en base a Censo de 1908

Gráfico 5.6. Pirámide de Población. Uruguay 2006



Fuente: Elaboración propia en base a ENHA, 2006

el descenso de jóvenes provocado por la emigración internacional que se acentúa en estas edades. En el caso del aumento de la población en las edades más avanzadas, éste se produce por una parte debido a su mayor peso proporcional en función de la disminución de población en otros grupos de edades y por otra parte por el aumento de la esperanza de vida de la población uruguaya.

Si observamos la evolución que han tenido (y tendrán), a lo largo de un siglo, el peso proporcional de los grupos de edades extremas en la población uruguaya (menores de 14 y mayores de 65 años) en base a proyecciones de población, es claro el descenso porcentual de los menores y el aumento correlativo de los más viejos. En tanto que en el año 1950

²¹ Socióloga y Demógrafa. Investigadora del Programa de Población (FCS-UDELAR). Co-directora del Observatorio de Envejecimiento y Vejez del Uruguay (FCS y Facultad de Psicología, UDELAR).

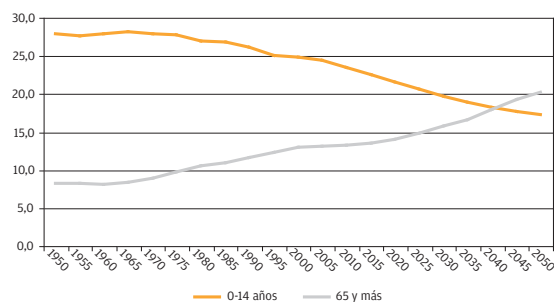
los niños alcanzaban a un 28% de la población, 100 años más tarde esta cifra descenderá más de 10 puntos porcentuales, alcanzando a un 17% de la población para el año 2050. En tanto, los adultos mayores de 65 años alcanzarán a ser en el año 2050 el 20% de la población uruguaya, habiendo prácticamente triplicado su peso proporcional en la población. Es en el año 2040, que ambos grupos de edades emparejan su peso porcentual (gráfica 5.7).

Se puede afirmar que los jóvenes de hoy superarán cuando lleguen a su vejez en porcentaje a los jóvenes de su tiempo. Por lo tanto la cuestión del envejecimiento no es un tema de los viejos ni mucho menos de los viejos de hoy. El tema del envejecimiento nos enfrenta a una situación que todos viviremos en algún momento y que, por lo tanto, es necesario enfocarlo desde una perspectiva del ciclo de vida, dinámica, en movimiento, como una etapa más de la vida que la mayoría de los uruguayos vamos a vivir.

El proceso de envejecimiento poblacional es entonces irreversible y afectará a la población uruguaya de aquí en más. Es así que crecerá progresivamente el aumento de población mayor de 60 años y afectará en estas edades más a la población femenina que a la masculina dada la mayor sobre vida de las mujeres en relación con los varones.

El proceso de envejecimiento de la población adquiere distintas características según algunos diferenciales claves como la edad, el sexo, los sectores sociales y el territorio. De esta manera puede analizarse este proceso en base a distintas dimensiones. En función de la edad se produce un mayor envejecimiento de la población en las edades más avanzadas, o sea entre los mayores de 80 años. Esta

Gráfico 5.7. Evolución de la población por grupos de edades (0-14 y 65 y más). Uruguay 1950-2050



Fuente: Elaboración propia en base a proyecciones de CELADE

distribución a su vez afecta en mayor medida a las mujeres debido a la mayor esperanza de vida femenina en relación con la masculina. Desde una perspectiva de género esto tiene dobles implicancias: por un lado son las mujeres las que van a requerir proporcionalmente mayores cuidados en la vejez y por otro lado siguen siendo las mujeres las que más se ocupan de las tareas de cuidado, ya sea de niños como de ancianos o de personas dependientes en general. (Aguirre, 2009; Batthyány, 2009). La instrumentación de políticas públicas en este sentido es más que pertinente.

Dos elementos más resultan claves para analizar el envejecimiento de la población. La diferenciación por sectores sociales y la distribución del envejecimiento en el territorio. Por razones acordadas en la mesa de diálogo de la que fuimos parte en esta Comisión de Trabajo se definió profundizar el análisis en el envejecimiento en la dimensión de territorialidad que ha resultado clave para el MIDES a lo largo de este debate.

Pero antes de entrar en este análisis cabe mencionar, en relación con los sectores sociales que al día de hoy la pobreza afecta en Uruguay, en mayor medida a las edades más bajas de la población. Esto se debe a la dinámica afecte progresivamente a toda la población del Uruguay y que la situación de pobreza que afecta hoy mayoritariamente a las generaciones más jóvenes se acentúe en otras edades en los años venideros. La situación “relativamente ventajosa” que tienen los adultos mayores hoy es probablemente provisoria y responde también a la generación a la que estos adultos mayores pertenecen. demográfica que en Uruguay se reprodujo de manera desigual en relación con los sectores sociales, la reproducción biológica de la población está básicamente en los sectores más carenciados de la población. Es por ello que la descendencia final (promedio de hijos) de las mujeres en situación de pobreza es mucho mayor en la población pobre, asciende a 3.7 que en la población no pobre en que el promedio de hijos se ubica en 2.2. Estas cifras se polarizan aún más si hablamos de los sectores con mayores ingresos cuyo promedio de hijos se ubica en menos de 2 y en los sectores de pobreza estructural cuyo número de hijos se ubica en 4.7. (Varela, Pollero y Fostik, 2008). A su vez, también se ha comprobado que la mortalidad tiene diferenciales por sectores sociales y afecta en mayor medida a las personas de sectores

menos aventajados social y económicamente (Turra et al, 2005). Por lo tanto en los sectores más pobres de la población no solamente se tienen más hijos sino que también la mortalidad afecta en mayor medida a los más viejos por lo cual en las edades extremas no hay población en edad avanzada. De esto resulta que el envejecimiento de la población sea diferencial por sectores sociales y al día de hoy está más envejecida la población de los sectores económicamente menos afectados por la pobreza. Esto no quiere decir en absoluto que el envejecimiento no vaya afectando progresivamente a toda la población del Uruguay y que la situación de pobreza que afecta hoy mayoritariamente a las generaciones más jóvenes se acentue en otras edades en los años venideros. La situación "relativamente ventajosa" que tienen los adultos mayores hoy sea probablemente provisoria y responda también a la generación a la que estos adultos mayores pertenecen.

Finalmente conviene detenerse en las diferencias que adquiere el proceso de envejecimiento poblacional en el territorio uruguayo. Los departamentos ubicados al sur del Río Negro cuentan con un porcentaje de adultos mayores considerablemente

más alto que los del norte, se ubica en su mayoría por encima del 12% de la población como se puede observar en el mapa 5.1.

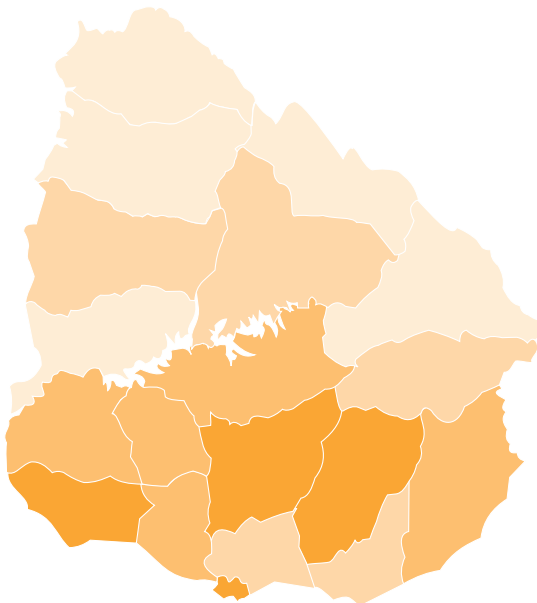
Los departamentos que tienen mayor porcentaje de adultos mayores, en los que estos superan al 14% de la población departamental son Lavalleja, Colonia, Montevideo y Florida en tanto en el norte del país el porcentaje de adultos mayores es sensiblemente menor y se ubica mayoritariamente por debajo del 11%. Paralelamente podemos mirar otros indicadores de envejecimiento poblacional en

Cuadro 5.1. Edad mediana e índice de envejecimiento según departamento, 2006

	Edad mediana	Índice de envejecimiento
Lavalleja	34	91,1
Montevideo	33	89,1
Colonia	35	87,2
Florida	32	78,7
Rocha	32	78,6
Flores	33	72,9
San José	32	70,8
Durazno	30	65,0
Soriano	30	63,9
Maldonado	31	63,8
Treinta y Tres	31	62,7
Tacuarembó	31	62,5
Canelones	31	61,3
Paysandú	30	59,3
Cerro Largo	30	58,0
Salto	28	55,1
Rivera	29	52,4
Río Negro	28	49,8
Artigas	26	38,2

Fuente: Programa de Población (FCS-UDELAR) en base a ENHA,2006 en Paredes, 2008.

Mapa 5.1. Proporción de adultos mayores de 65 años por departamento. Uruguay, 2006.



Fuente: Programa de Población (FCS-UDELAR) en base a ENHA,2006 en Paredes, 2008

22. La edad mediana refiere a la edad por debajo y por encima de la cual se ubica la mitad de la población. El índice de envejecimiento refiere a la relación existente entre viejos y niños en una población determinada, es decir cuántos adultos mayores existen por cada menor de 15 años.

relación con los departamentos del país como son el índice de envejecimiento y la edad mediana de la población departamental²² (cuadro 5.1).

La edad mediana del Uruguay es de 31 años lo cual implica que la mitad de la población del país se ubica por encima de esa edad y la otra mitad por debajo. De acuerdo a los indicadores departamentales son pocos los departamentos cuya edad mediana se ubica por debajo del promedio nacional y la mayoría se ubican en el norte del país. Artigas, Salto y Río Negro son los departamentos que tienen una edad mediana más baja. Colonia, Lavalleja y Montevideo son los departamentos que presentan una edad mediana superior. Esto se correlaciona con el índice de envejecimiento, el más alto es el registrado en Lavalleja donde existen 91 adultos mayores cada 100 niños, cifra que desciende a 89 en Montevideo y a 87 en Colonia. Los departamentos que superan el índice de envejecimiento a nivel nacional (72) son Lavalleja, Montevideo, Colonia, Florida, Rocha y Flores. Los restantes departamentos mantienen un índice de envejecimiento considerablemente menor que se ubica en el entorno de 60 adultos mayores cada 100 niños. Como era de esperar este indicador para Artigas muestra un valor excepcional por lo bajo, se ubica en 38 adultos mayores cada 100 niños (Paredes, 2008).

En resumen, es claro que el envejecimiento es desigual en el territorio uruguayo, muestra la región del sur bastante más envejecida que la del norte del país y revela que las estructuras de población

de cada departamento mantienen sus diferencias en relación con la estructura de edades del total del país que presentábamos al inicio del capítulo. Estas diferencias deberían ser evaluadas por localidades y diferenciadas a su vez según distintos grados de urbanización del territorio. Son características que deben ser tenidas en cuenta a la hora de pensar y elaborar políticas sociales que adquieran dimensión local y se adapten a las realidades específicas de cada lugar.

Referencias bibliográficas

- Aguirre, R (2009) "Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado" en Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay. UNIFEM. Doble clic - Editoras. Montevideo.
- Batthyány, K. (2009) "Cuidado de personas dependientes y género" Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay. UNIFEM. Doble clic - Editoras. Montevideo.
- Paredes, M (2008) "Estructura de edades y envejecimiento de la población". En: Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI. Montevideo: Programa de Población. UNFPA. Montevideo. Ediciones Trilce.
- Turra, Casio M. et al (2005) "Determinants of Mortality at Older Ages: The Role of Biological Markers of Chronic Disease" Population and Development Review Vol: 31 No. 4 Pags: 675-698.
- Varela, C; Pollero, R; y Fostik; A. (2008) "La fecundidad: evolución y diferenciales en el comportamiento reproductivo" en Demografía de una sociedad en transición. La población uruguaya a inicios del siglo XXI. Montevideo: Programa de Población. UNFPA. Montevideo. Ediciones Trilce.

Producción de subjetividad sobre envejecimiento y vejez presente en las políticas públicas

Mónica Lladó²³, María Carbajal²⁴

El envejecimiento poblacional en nuestro país nos obliga a pensar y a producir alternativas estratégicas a la hora de pensar políticas sociales y culturales respecto a la integración social desde la perspectiva intergeneracional, esto se vuelve una tarea impostergable para cualquier gobierno nacional. El Debate Nacional nos invita a ello y es desde la producción de conocimientos académica sobre la concepción de envejecimiento y vejez que intentaremos concurrir a la invitación.

En este artículo nos proponemos dar cuenta de la producción de subjetividad respecto al envejecimiento y la vejez por considerarlo una cuestión central y paso metodológico primordial a la hora de pensar las políticas públicas. Esto es central por que las políticas públicas producen y reproducen representaciones sociales y producciones imaginarias sobre la vejez y el envejecimiento. Es decir que, las Políticas Sociales producen subjetividad en tanto contienen en sus objetivos una concepción de sujeto, una concepción del envejecimiento y la vejez determinada más o menos explícitamente. También es fundamental poder pensar que viejos²⁵ queremos para el futuro, en tanto lo que hagamos hoy producirá efectos, algunos predecibles y otros no, pero como actores políticos debemos estar advertidos dada la responsabilidad social que nos compete.

Para ello tenemos que tener en claro que cada época establece sus valores, premisas que los sostienen y una ética que regula los pasos para acceder a ellos. (Briuoli, N. 2007, p.82)

Sabemos que no existe “una” forma de envejecer ni de llegar a la vejez, depende de los significados que se le asignen en cada cultura, en cada momento histórico, en cada contexto sociocultural y para cada sujeto en singular.

Desde los trabajos de R. Butler que datan de 1968, donde acuñó el término ageism podríamos decir que se reconocen las actitudes prejuiciosas que las sociedades modernas tienen respecto a la vejez. Un referente teórico para la gerontología rioplatense es el profesor Leopoldo Salvarezza (1993) que traduce como viejismo el término establecido por R. Butler para precisar el “conjunto de prejuicios, estereotipos y discriminaciones que se aplican a los viejos simplemente en función de su edad” (p. 23). Esto supone un enfoque conceptual del fenómeno como prejuicio, y los prejuicios conforman una conducta social compleja con dimensiones históricas, culturales, sociales, psicológicas e ideológicas y es usada para devaluar, consciente o inconscientemente el status social de las personas viejas. Otro enfoque surge de la psicología social sobre el concepto de las representaciones sociales. Aplicado al envejecimiento, la vejez y los viejos, “las representaciones sociales de la vejez constituirían un sistema lógico no científico, construido en y a través de la interacción “cara a cara” con los miembros de los grupos que nos dan una identidad social y le dan un sentido a la realidad. La “fuerza” de las representaciones sociales como formas de conocer el mundo radica justamente en su cualidad de “atajo” para acceder a fenómenos complejos y en lo que en cuanto a identidad, pertinencia y pertenencia social aportan (Moscovici et al., 1991)” (Berriel, F. 2007, p.60.)

Ambas perspectivas teóricas la de los prejuicios y la de las representaciones denuncian que el discurso social dominante sobre la vejez es negativo. Y ambas coinciden en la idea de que las propias personas mayores se agencian de estas representaciones y/o actitudes prejuiciosas confirmándolas en muchos casos. Produciendo expresiones sutiles o

23. Docente del Servicio Psicología de la Vejez (spv@psico.edu.uy), Facultad de Psicología, UDELAR, email: mllado@psico.edud.uy.

24. Docente del Servicio Psicología de la Vejez (spv@psico.edu.uy), Facultad de Psicología, UDELAR, email: mcarbaja@psico.edud.uy.

25. En este documento vamos a usar indistintamente el término viejo o adulto mayor dado que en la práctica nos encontramos con prejuicios que recaen sobre el término viejo, poniendo en cuestión quien denomina a los viejos, como se autodenominan, dejando planteada la problemática de lo políticamente correcto o de un discurso más crítico hacia los prejuicios establecidos

claramente agresivas “viejo verde”, “gaga”, “amargado”, reaccionario”, “podrido”, etc. Las discriminaciones cualquiera sean implican una dimensión política que devalúa al sujeto, y es política porque produce “realidad”.

Recordemos que los prejuicios y representaciones que comentamos no son inocuos, sino que, por ejemplo, en los años '70 predominaba una perspectiva prejuiciosa del envejecimiento, funcional a la teoría del desapego (disengagement theory), donde el envejecimiento y la vejez son concebidas desde los aspectos deficitarios. Como reacción ante esta teoría se desarrolla la teoría de la actividad de G. Maddox (1973), que sostiene que las personas mayores deben mantenerse activos tanto como les sea posible (Salvarezza, L, 1993). La teoría del desapego claramente reduce el envejecimiento a aspectos biológicos patológicos del mismo, mientras que se puede dar también una lectura reduccionista de la teoría de la actividad, en un acción desprovista de trascendencia, que cae en una seudointimidad y en un hacer para matar el tiempo (negándolo). Por esto insistimos en que el envejecimiento y la vejez no son algo homogéneo, ni generalizable. Por lo que consideramos algunos aspectos claves para entender el proceso de envejecimiento desde lo singular (ontológico): a) reconocer aspectos socioculturales del envejecer (significaciones y sentidos del envejecimiento para distintas culturas y épocas); b) rasgos de personalidad. Historia personal y familiar; c) reconocer las diferencias de género.

Dada la complejidad del tema del envejecimiento, planteada hasta el momento, es que preferimos entenderlo como “campo de problemáticas de las subjetividades” (Fernández, Ana María, 1999)²⁶. Visto así, el abordaje de la problemática del envejecimiento como campo de producción de subjetividades conduce a pensarlo desde un abordaje interdisciplinario, tal vez la iniciativa de este Debate Nacional nos permita otro acercamiento a ello para entender e intervenir en los procesos del envejecer de nuestro país.

A partir del Componente adultos mayores de la

investigación “Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya”, estudio cualitativo nacional” (Berriel, F., Paredes, M. y Pérez, R., 2006) sostenemos empíricamente que las representaciones del envejecimiento y la vejez que tienen los propios adultos mayores son complejas. Ya que coexisten dos modelos paradigmáticos de envejecimiento, un modelo tradicional vinculado a una representación del envejecimiento con la pasividad, el declive y la enfermedad y un nuevo paradigma con contenidos casi inversos. Las representaciones según los investigadores aparecen combinadas, dejando apreciar algunos mecanismos de producción y reproducción de las representaciones de la vejez y el envejecimiento que permiten reflexionar sobre la eficacia de esta percepción subjetiva en la producción de prácticas concretas (Berriel, F, 2007).

En el mencionado estudio (Berriel, F., Paredes, M. y Pérez, R., 2006) se sugieren algunas recomendaciones en torno a políticas sociales. Por un lado al admitir que el grupo etario de adultos mayores en Uruguay goza de un alto grado de autovalidez, autonomía funcional y disposición de sus capacidades físicas e intelectuales lo que deja en evidencia la falsedad del prejuicio que asimila vejez a enfermedad y lo más importante que permite representar a esta población como recurso social para el desarrollo del país. Consideramos esto una recomendación relevante a la hora de pensar políticas públicas de integración social.

El estudio considera la necesidad de implementar políticas de sensibilización y crítica de las concepciones imperantes sobre el envejecimiento en nuestra sociedad, que logren superar el modelo tradicional (prejuicioso y segregacionista) y el modelo emergente “políticamente correcto” (centrado en un activismo acrítico en el que el adulto mayor queda en posición de consumidor pasivo de recursos sociales), para integrar a los adultos mayores a los otros sectores sociales en la construcción de nuevas representaciones y prácticas significativas. Compartimos con este equipo, que la integración social de los adultos mayores es uno de los desafíos más importantes para el país.

El mismo estudio recuerda la importancia de articular estos hallazgos para activar eficazmente políticas públicas que permitan contrarrestar décadas de obstáculo “contra esta integración, a saber:

26. Para A.Mª. Fernández “...la legitimación de un campo no pasaría por construir una teoría, un sistema, sino por plantearse como un campo de problemáticas en el seno del cual habría que discutir sus criterios de demarcación, los rigores epistémicos y metodológicos para que sus contrapuntos locales y no globales puedan operar como “caja de herramientas” y no como patch-work teóricos” (1999: 275).

escasa integración etaria; retiro laboral abrupto y pretendidamente total; políticas sociales y sanitarias específicas asistencialistas, pasivizantes y fragmentadas" (Berriel, F., Paredes, M. y Pérez, R., 2006, p. 117).

Algunos ejemplos concretos para pensar la producción de subjetividad

Pondremos algunos ejemplos de cómo, a nuestro entender, las políticas sociales producen subjetividad y por tanto producen una determinada "realidad", que hace cuerpo en cada uno de nosotros, concretamente en el accionar de los diferentes programas que hasta el momento se han llevado a cabo para la población vieja. Podríamos englobar rápidamente a la mayoría de los programas orientados hacia el "cuidado" del viejo. El cuidado llevado a cabo por prestadores de servicios tanto públicos como privados, como un deber de estos hacia los viejos y un derecho de estos últimos a recibir ese cuidado. Podríamos pensar que estos programas producen determinados actos e imposibilitan otros. Producirían, por ejemplo: el reclamo y uso a ese derecho, si consideráramos que el viejo que hace uso de estos, es un sujeto de derecho y no un paciente resignado y estoico. También producirían la dependencia hacia el cuidado del otro, en un desliz estatal paternalista (que también convoca al reclamo) o favoreciendo toda una mercadotecnia en torno al cuidado ante los vacíos que deja el estado (casas de salud, empresas de acompañantes, la parafernalia de la industria farmacológica, etc.). Imposibilitando, desde lo esencial de estas posturas, la apropiación de la propia experiencia del cuidado y también la de los otros, aludiendo aquí a la solidaridad intergeneracional, anulando estrategias y herramientas para resolver ciertas situaciones de vulnerabilidad. Nos permite pensar esto, la observación de algunas experiencias puntuales que han surgido en nuestro medio donde son los propios viejos quienes se organizan para acompañarse cuando están enfermos, y turnarse cuando alguno de ellos necesita cuidados, u otro tipo de experiencias de búsquedas colectivas, autogestionadas para soluciones habitacionales que consideran la complejidad de servicios en la vejez.

Entonces, ¿es posible construir desde las políti-

cas sociales una ética que tenga en cuenta al otro? ¿Es posible construir con los viejos las estrategias para una "mejor calidad de vida" en la vejez?

A propósito de una "mejor calidad de vida", abordaremos otro ejemplo para pensar la producción de subjetividad en las políticas públicas, ya que la idea de "calidad de vida" está presente en los objetivos de la mayoría de los programas dirigidos hacia la vejez. Muchas veces no se explicita ni se problematiza la concepción que subyace a la idea de calidad de vida, dejando a la interpretación de los diferentes ejecutores el significado de la misma, dando origen a generalizaciones y homogenizaciones que conllevan a contradicciones entre los objetivos o intenciones y los resultados. En este caso también se presta para que la calidad de vida se conciba de manera esencial, cuando se trata de un concepto subjetivo de gran complejidad. Reconociendo que pueden considerarse indicadores más o menos objetivables pero que deberán ser considerados en su singularidad, en su historicidad y en sus valores culturales.

Por otra parte, en la medida que las políticas sociales estatales son gestionadas centralizadamente, tienden a ofrecer prestaciones homogéneas, no tomando en cuenta lo diverso y lo complejo de las problemáticas que implican el envejecimiento y la vejez en el Uruguay, situándonos por ejemplo, en un territorio determinado. Es por esto que nos parece oportuno incorporar el abordaje de las políticas sociales desde lo territorial²⁷. En este sentido, entendemos al territorio no como un mero espacio físico, cuyos límites necesariamente coinciden con una unidad político administrativa, sino más bien como una construcción social en la cual se conjugan distintas variables: económicas, sociales, culturales, ambientales. Esta concepción de territorio se relaciona con determinada noción de lo local, en la cual estas dimensiones se conjugan en una historia común, en una identidad cultural particular, en relaciones económicas particulares entre los miembros de ese territorio.

Pensar en políticas sociales territoriales, implica

²⁷ En este apartado se utilizan párrafos que han sido extraídos casi textuales de un texto de María Carbajal elaborado junto a Natalia Michelena para el trabajo final del curso "Políticas Sociales territoriales e intervención" Prof. Javier Marsiglia y Paula Ferla. CLAEH, Setiembre de 2008; revisados por la autora a los efectos de esta publicación.

pensar en multiplicidad de actores (político administrativos, empresariales, socio-territoriales), relacionándose, actuando, siendo agentes de cambio u obstaculizadores del mismo.

En este sentido nos parece interesante tener en cuenta lo que refiere a las redes sociales. En este sentido traemos la definición planteada por Pakman (1995; 296) “La “red” es una metáfora que permite hablar de relaciones sociales aportando los atributos de “contención”, “sostén”, “posibilidad de manipulación”, “tejido”, “estructura”, “densidad”, “extensión”, “control”, “posibilidad de crecimiento”, “ambición de conquista”, “fortaleza”, etcétera, tomados en préstamo de su modelo material. El término es aplicable a dos fenómenos diferentes: por una parte, a un grupo de interacciones espontáneas que pueden ser descritas en un momento dado, y que aparecen en un cierto contexto definido por la presencia de ciertas prácticas más o menos formalizadas; por otra parte, puede también aplicarse al intento de organizar esas interacciones de un modo más formal, trazarles una frontera o un límite, poniéndoles un nombre y generando, así, un nuevo nivel de complejidad, una nueva dimensión”. En este sentido consideramos que las políticas sociales territoriales deben integrar las distintas redes formales e informales existentes en un territorio. Al mismo tiempo, consideramos que estimular la conformación de redes, en el segundo sentido planteado por el autor mencionado, resulta una metodología útil para potenciar el trabajo común de distintos actores que se relacionan en el territorio, y por tanto, pensar desde las redes sociales no aportaría solamente a la comprensión de la “realidad” sino que también puede significar una forma de actuar, de diseñar y también de ejecutar las políticas sociales territoriales: en red.

Pensar las políticas sociales desde el territorio, implica reconocer las particularidades que diferencian a un territorio de otro, y generar propuestas que articulen los diferentes actores en función de necesidades comunes a los habitantes de dicho territorio. Por eso, entendemos necesaria la articulación, complementariedad en el diseño y gestión de las políticas, de la lógica vertical sectorial (históricamente la lógica preponderante en las políticas) y la lógica horizontal territorial. (Marsiglia, J., 2006) De esta manera, se incluye lo diverso, lo particular de cada territorio, y se sale de lo que consideramos

podría ser una pretensión de homogeneidad de la realidad social.

Estrategias de integración social para un proyecto de vida posible en la vejez²⁸

¿Porqué es pertinente hablar de proyecto de vida de en la vejez? En otro trabajo (Berriel, Lladó, Perez, 1995), planteábamos que el desafío, para comprender el problema del proyecto en la vejez, es la aceptación de la precariedad de todos los proyectos, en todas las edades. Los efectos de los miedos y negaciones respecto a la vejez terminan volviéndose un boomerang, y la imposibilidad de proyectarse en la vejez se vuelve una realidad. En la intervención profesional, cualquiera sea, esto conduce fácilmente a adjudicar al viejo esta suerte, obturando sus potencialidades y la posibilidad de generar nuevos proyectos (Lladó, M., 2004).

La idea de proyecto posible, incluye la idea de “imaginario radical” de Castoriadis (1989), como la habilitación del sujeto a ejercer su creatividad, a proyectar sus posibles cambios, a instaurar la diferencia que lo constituye y que lo volverá creativo dentro de procesos sociales, en los que no podemos garantizar certezas. El proyecto vital no es una manía egocéntrica, implica al otro, en tanto que los cambios en cada uno dependerán de lo que hacemos y compartimos en nuestra vida cotidiana. Desde esta concepción pensamos la integración social del viejo.

Pero además de estos planteos cuasi filosóficos, el incremento de la expectativa de vida acarrea el problema de darle sentido a la misma. En una sociedad en que el trabajo sigue siendo central y organizador de las vidas de las personas, la jubilación da la condición de pasivo y por ende el rotulo de improductividad cae sobre la representación del jubilado-viejo. Desde las políticas de salud de la OMS (1993) se hizo necesario elaborar consignas respecto a impulsar la idea de darle vida a los años. Esto ha promovido en el mundo sistemas de prevención

²⁸. En este apartado se utilizan párrafos que han sido extraídos casi textuales de un texto de Mónica Lladó elaborado como ficha de estudio para el Programa de Capacitación para el MIDES (2009), revisados por la autora a los efectos de esta publicación.

social que contemplan redes de apoyo para los a.m., programas que estimulan estrategias de adaptación e integración a la comunidad, promoción de organizaciones formales e informales autogestionadas por a.m., programas de apoyo comunitario a la familia del a.m., programas de intercambio intergeneracional, programas que estimulen el desarrollo de proyectos e iniciativas productivas, culturales o educativas. (Gracia, 1997). Agruparemos algunas de estas estrategias que observamos a nivel mundial y que también se pueden encontrar en Uruguay:

- **Organizaciones de adultos mayores (a.m)**
Dentro de las que contamos a las asociaciones sindicales, y a los clubes de abuelos. Se podría reconocer que la existencia de las organizaciones de adultos mayores en la sociedad civil surge como alternativa de participación ciudadana. O sea que las organizaciones de adultos mayores (OAM) son una tentativa de respuesta a las formas de exclusión del colectivo de las personas de edad.
- **Promover la integración social** del adulto mayor desde la propuesta de programas educativos que generen cambios en las actitudes sociales hacia la vejez. Impulso y coordinación de programas intergeneracionales en centros educativos y otros lugares de encuentro, que permitan a los niños y jóvenes interactuar con grupos de personas de otras edades, conocer al proceso de envejecer y reducir los estereotipos.
- Elaboración de **políticas públicas** que beneficien a los a.m. y recomendaciones de lo que debieran contemplar las mismas según Sánchez, C.(2005): que los servicios sociales para los mayores consideren y fortalezcan la integración del a.m. a su familia y su comunidad, evitar las instituciones y programas sociales segregacionistas, promover la integración la sociedad, fortalecer económicamente como forma de conservar su independencia, capacitar al personal que se ocupa de los a.m.
- Desarrollar el potencial de adaptación, creatividad y producción de los a.m. través de **programas de educación para adultos mayores**. Sean Universidades u organizaciones de la sociedad civil, estas procuran el acceso de los a.m. a la educación y en ocasiones llegan a constituir proyectos autogestionados por la última. Muchas de estas estrategias aparecen en las po-

líticas públicas (refiriéndonos aquí a público comprendiendo lo estatal y la sociedad civil organizada) desarticuladas, perdiendo potencia y originalidad para crear las políticas que hacen faltan. En general, podríamos decir que como país tendríamos muy buenas condiciones para desarrollar la integración social del adulto mayor.

Estas estrategias pueden producir un gran impacto a nivel social tanto sea para contribuir a la adaptación de los mayores como a su capacidad de transformarse y de transformar su/nuestro entorno. Por lo que, este tipo de experiencias promueven la construcción de nuevas subjetividades sobre la vejez, intentando multiplicar y hacer jugar todas las expresiones del deseo. Deseo como potencia infinita que se define como pura producción. Ese deseo, que produce al mismo tiempo lo que desea y lo que es deseado, es también su propio objetivo: el de producir, incesantemente, nuevas realidades, apuntando a la apropiación de la capacidad de transformación. “Esta creación, apoyada en un imaginario radical con poder instituyente, se traduce en praxis: una acción que puede tomar apoyo en lo que es para hacer existir lo que queremos ser” (Carrizo, L. 1998)

Por todo lo expuesto, es que consideramos que las estrategias de integración social son fundamentales a la hora de pensar un proyecto de vida viable para los adultos mayores y que las políticas públicas deberían estar comprometidas en promover la construcción de nuevas subjetividades sobre el envejecer.

Bibliografía

- Berriel, F. (2007) La vejez como producción subjetiva. Representación e imaginario social. En: Envejecimiento, memoria colectiva y construcción de futuro. Memorias del II Congreso Iberoamericano de Psicogerontología .Ed. Psicolibros Universitario. Montevideo.
- Berriel, F; Paredes, M.; Pérez, R. (2006) Sedimentos y transformaciones en la construcción psicosocial de la vejez. En: López, A. (Coord.) Proyecto género y generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya Tomo I Estudio Cualitativo. Montevideo: Trilce/UNFPA. Recuperado: 2007, 10 de abril .En: www.psico.edu.uy/servicio/spv.htm
- Berriel, F. y Pérez. R. (2000). Proyecto de investigación. Envejecimiento, Cuerpo y Subjetividad. Universidad de la República. Facultad de Psicología. Comisión Sectorial de Investigación Científica (CSIC).
- Briuoli, N. M. (2007) La construcción de la subjetividad.

- El impacto de las políticas sociales. *Historia Actual Online (HAOL)*, Núm. 13 (Primavera, 2007), p. 81-88 <http://www.historia-actual.com/hao/pbhao.asp?idi=ESP>
- Castoriadis, C. (1989) *La institución imaginaria de la sociedad*, volumen 1: *Marxismo y teoría revolucionaria*. Volumen 2: *El imaginario Social y la Institución*. Barcelona, Ed. Tusquets.
 - Carrizo, L. (1998) *El Filósofo de la Imaginación Social cornelius castoriadis (1922-1997)* Separata de *Revista de Educación y Derechos Humanos (SERPAJ) Cuadernos para docentes* <http://www.magma-net.com.ar/castoriadisfilosofo.htm>
 - Fernández, A. M^a. (1999) *Instituciones Estalladas*. EUDEBA. Bs. As.
 - Gracia, E. (1997) *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Paidós. Barcelona
 - Lladó, M. (2007) *Intervención en grupos de los Adultos Mayores en la ciudad de Montevideo: espacios públicos y construcción de Identidad*. En: *Envejecimiento, Memoria colectiva y Construcción de futuro*. Ed. *Psicolibros-Universitario*. Montevideo.
 - Lladó, M. (2004) *¿Qué entendemos cuándo se habla de factores que favorecen un buen envejecimiento?* En: Pérez, R. (Comp.) *Gerontología en Uruguay. Una construcción hacia la interdisciplina*. Ed. Tradinco. Montevideo.
 - Marsiglia, Javier (2006) "Los gobiernos locales y las organizaciones de la sociedad civil: desafíos para la gestión concertada". Ponencia presentada en el VIII Seminario Nacional de la Red Muni, 2006. Universidad Nacional del Comahue, Río Negro, Argentina, octubre de 2006.
 - Moscovici, S.; Mugny, G. y Pérez, J.A. (1991) *Influencia social inconsciente*. Barcelona: Anthropos.
 - OMS -Organización Mundial de la Salud (1993) *Salud para todos. Objetivos de la estrategia regional europea de la salud para todos*. Copenhague: OMS.
 - Pakman, M. (1995) *Redes: una metáfora para práctica de intervención social*. En: Dabas, Elina y Najmanovich, Denise (Comp.): *Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil*, Paidós, Buenos Aires, p. 296.
 - Salvarezza, L. (1993) *Psicogeriatría, teoría y clínica*. Bs. As.: Paidós.
 - Sánchez, C. (2005) *Gerontología Social*. Espacio. Bs.As.

Desafíos para las políticas nacionales para las personas adultas mayores en Uruguay: una mirada desde lo local

Susana Bergeret²⁹, Susana Rodríguez³⁰

En Uruguay el porcentaje de adultos mayores sobre la población total es de los más altos de América Latina. Asimismo, este segmento de la sociedad presenta una tendencia de crecimiento constante. Este fenómeno es producto de una combinación de factores. Por un lado, están los asociados a la mejora de condiciones de vida producto de avances en la salud, y otros aspectos asociados al cuidado y a la protección social. Por otro, existen factores que afectan a otros grupos etarios como son la baja de la natalidad, y la emigración de jóvenes y adultos jóvenes.

La importancia de los adultos mayores en Uruguay representa un desafío para pensar las políticas sociales del país, y su éxito seguramente generará importantes avances en el bienestar de la población en general. Esto no quiere decir que las políticas sociales tengan como eje central la problemática de los adultos mayores, sino que no se puede pensar en un sistema de políticas que no incluya a este segmento de la población.

La distribución de la población de adultos y adultas mayores en el territorio no es homogénea. Mientras que en algunas zonas del país llegan a ser el 30%, en otras no alcanzan al 10%. Sin embargo, más allá de esto, los diferentes lugares de residencia determinan también diversas formas de vivir las problemáticas generales que afectan a las personas adultas mayores.

Esto no sólo requiere la necesidad de desarrollar recursos territoriales específicos, sino que también hace necesario pensar en las políticas sociales a nivel nacional incorporando una perspectiva territorial. Esta lógica formulación de políticas demanda una nueva lógica de encare de los temas, y también nuevas formas de articulación interinstitucional.

La vida de las adultas mayores y los adultos mayores está afectada por una serie de carencias asociadas con la calidad y accesibilidad a servicios como la salud, o la vivienda (entre otros). También padecen de la falta de adecuación de la infraestructura del transporte. Pero son particularmente significativos los problemas relacionados con la baja valoración y el reconocimiento de su capacidad en la inserción familiar y social.

Es evidente que las personas adultas mayores requieren de una respuesta a sus necesidades básicas de: alimentación, salud y vivienda. Pero en esta etapa de la vida los problemas psicológicos derivados de la soledad, de la falta de reconocimiento social, de la salida definitiva del mercado de trabajo formal remunerado, y de los temores a dejar de ser útil al enfrentarse al comienzo de los cambios físicos y psíquicos que acompañan el proceso de envejecimiento, afectan a las personas más allá de su situación económica y social.

Afortunadamente en los últimos años son muchos los grupos de la sociedad civil y organismos de gobierno que se han volcado a trabajar para revertir estas situaciones. Si bien la situación de los adultos y las adultas mayores deben ser motivo de un compromiso de las políticas sociales del gobierno -y su directa responsabilidad-, el desarrollo de las mismas requiere también articular y coordinar junto a las organizaciones sociales de adultos mayores que actúan hoy en Uruguay. De esta forma, las actividades orientadas a mejorar la calidad de vida de los adultos, y a redescubrir y proyectar sus recursos de conocimiento y tiempo libre -como valioso aporte a la comunidad-, pasa a ser un desafío compartido entre diferentes instituciones de gobierno y asociaciones de la sociedad civil.

En definitiva desde el gobierno se deben impulsar medidas que -potenciando y proyectando las experiencias ya realizadas- las trasciendan. Esto requiere de un gran empuje de proyección nacional, permitiendo que en cualquier lugar del Uruguay

29. Responsable del Área del Adulto Mayor de la Dirección de Desarrollo Social de la Intendencia Municipal de Canelones (Comuna Canaria).

30. Responsable de la Secretaría del Adulto Mayor de la Dirección de Desarrollo Social de la Intendencia Municipal de Montevideo.

los adultos mayores y las adultas mayores puedan acceder a recursos que les permitan una vida más activa y de mejor calidad, y que comiencen a ser vistos como personas capaces de aportar también al desarrollo del país.

Territorialización, articulación interinstitucional y coordinación con la sociedad

En el desarrollo de políticas para las personas adultas mayores, como en toda gestión pública, coexiste una lógica sectorial y una lógica territorial, que deben conjugarse para potenciar los esfuerzos que se realizan. Desde lo sectorial (ámbito vertical) deben establecerse líneas políticas que tiendan a fortalecer el trabajo de los diferentes sectores, partiendo de lo territorial para ubicar los problemas y los mecanismos de gestión en la participación de los ámbitos gubernamentales y toda la sociedad.

Si en todos los temas la dimensión territorial debe ser considerada como factor importante en la definición de proyectos, en el caso específico de los adultos mayores y las adultas mayores tiene un peso particular. Ellos son quienes -a través de su vida y su memoria- han creado las características de la identidad con que se reconocen (por lo general asociada a su lugar de residencia).

Si no podemos tener una única imagen del hombre o la mujer, ni del uruguayo o la uruguaya, mucho menos de las “viejas” o los “viejos”. Las vivencias acumuladas en una ciudad, un barrio, un paraje, los años enfrentando similares problemas económicos, estructurales y sociales, la escuela, la plaza, el parque, los espacios de recreación compartidos desarrollan a nivel territorial identidades propias que a veces no se corresponden con las divisiones políticas establecidas. Por eso creemos que desde el ámbito nacional deben motorizarse las nuevas políticas y propuestas para los adultos mayores y las adultas mayores. Sin embargo se debe evitar que una extrema centralización, otorgue poco valor a los espacios territoriales en su rol de pensarlas, aplicarlas y potenciarlas. En otras palabras que esto dificulte el objetivo de convertir en protagonistas a las y los adultos mayores a través de las organizaciones ya existentes o en los ámbitos donde encuentran cabida.

En este sentido, parece necesaria la existencia de un organismo a nivel nacional que -recogiendo las particularidad territoriales- atienda a la planificación, diseño y evaluación de las políticas nacionales relativas a las y los adultos mayores. En particular, sus tareas de coordinación o de coejecución -con los organismos estatales nacionales y comunales, y con la sociedad civil- es decisiva en la aplicación efectiva de las políticas de salud integral, educación, capacitación, recreación, y de apoyo e integración social de los adultos mayores y las adultas mayores.

En el marco de un organismo nacional, también es central la generación de un plan nacional de promoción que encare las necesidades de las personas adultas mayores en todos los planos de la vida individual y colectiva para el cumplimiento de sus derechos, para lo cual debería integrar la visión de diferentes organismos gubernamentales (como el MSP, BPS, MEC, Ministerio de Turismo y Deporte, Congreso de Intendentes, ente otros.), a la sociedad civil (como asociaciones de jubilados, grupos de “abuelos”, clubes de la tercera edad, UNI3, Clubes de Leones, etc) y a instituciones formadoras de conocimiento en la materia (como la Cátedra de Geriatria, Sociedad de Gerontología y Geriatria del Uruguay, la Facultad de Psicología, la Facultad de Ciencias Sociales, etc.). Este plan podría derivar también en diferentes planes territoriales que articulados con el primero lo adecuaran y potenciaran desde lo local.

Hacia una agenda de trabajo nacional y local

Entre las carencias que deberían ser atendidas desde el Estado debemos considerar una agenda que contuviera, entre otros, los siguientes temas:

- > *Impulso de atención médica orientada hacia las personas adultas mayores.*

Parece necesario promover la especialización de la atención con enfoque geriátrico y gerontológico con equipos disciplinarios con esa orientación para optimizar la atención de salud para este grupo de la población. En esta línea de trabajo debería incluirse también la dimensión psicológica de los pacientes y su tratamiento integral (bio- psico- social).

- > *Inserción en el ámbito de educación de la temáti-*

ca “vejez”. La sensibilización de la sociedad con los problemas de la vejez son fundamentales, a la vez también debe potenciarse la visión de los adultos mayores y las adultas mayores como capaces de realizar importantes aportes para el desarrollo social. En este eje se podrían pensar en medidas tales como:

- Integración de las personas adultas mayores a las experiencias educativas a todo nivel.
 - Educación permanente para adultos mayores. (Cursos de preparación para la jubilación, que permitan al individuo ingresar a esta etapa de sus vidas elaborando un proyecto que les permita permanecer activos e integrados a la sociedad. Cursos y preparación para tareas de apoyo a su familia como los asociados a “cuidados”. Cursos para convertir a los adultos mayores en promotores de prácticas y hábitos saludables) .
 - Promoción de actividades físicas.
- *Multiplicación de los espacios de socialización de la población adulta mayor y generación de espacios de promoción de “calidad de vida”.* Creación de nuevos servicios e instituciones como centros diurnos u hogares diurnos y servicios de ayuda domiciliaria. Es necesario asumir que tanto en lo que tiene que ver con las políticas de salud, la promoción de actividades, los consejos nutricionales para mejorar la calidad de vida del adulto mayor no deben llegar descolgados después de los 60, sino que deben ser el corolario de una formación a lo largo de las distintas etapas de vida. Mejores viejos serán los que han desarro-

llado sus potencialidades físicas, sociales, culturales y anímicas a lo largo de su vida.

- *Abrir espacios para los aportes de los adultos mayores en actividades intergeneracionales,* para impulsar su integración y promover su reconocimiento (coros, teatro, danzas, charlas, memorias de vida, experiencia laboral, conocimientos, arte, etc.)
- *Mejoras de infraestructura para facilitar la movilidad de los adultos mayores.* En particular aquellas que promuevan la capacidad de ser auto-válidos e independientes para acceder a servicios de salud, culturales, etc.
- *Potenciación del turismo social en la tercera edad.* Paseos a diferentes zonas del país que promuevan la socialización y el conocimiento de diferentes experiencias de vida entre los adultos mayores y con otros grupos de población como niños y jóvenes.

En definitiva, para avanzar en esta agenda tentativa de políticas sociales, y en otros aspectos del mejoramiento de la vida de los adultos mayores y las adultas mayores del Uruguay, el desafío parece centrarse en la necesidad de construir espacios centrales para coordinar y definir políticas públicas de calidad con verdadero impacto. Sin embargo, tan necesario como lo anterior es que estos espacios sean sensibles a las realidades locales y a las experiencias de la sociedad civil. En consecuencia, el desafío es triple, construir políticas a nivel nacional, pero en coordinación con lo local y articulación con la sociedad civil.

El rol de la sociedad civil como articuladora de las políticas sociales

Miryam Cirisola³¹

Empezaremos este tema con algunas preguntas y en la respuesta de las mismas notaremos la importancia fundamental de cómo la sociedad civil puede articular las políticas sociales.

Debemos hablar tanto de la Sociedad Civil de los adultos mayores organizada como la que no lo está porque los encares ¿son similares o distintos?

¿En esta sociedad occidental se toma en cuenta a los adultos mayores para saber sus problemas, y tratar de resolverlas mejorando su calidad de vida?

Por otro lado esa misma sociedad civil está interesada en que se preocupen por ella o sólo están esperando el paso de los años, viéndolos correr ante sus ojos porque afirman:

“¡Igual, ya trabajé!”

“¡Igual ¡ahora para qué?”

“¡Mejor trato de pasarlo de la mejor manera posible y nada más!”

Ante todo se debe aclarar que tanto el Estado de Bienestar como la calidad de vida están interrelacionados. En nuestra organización los temas que priman son los económicos que nuclean a la mayor parte de las organizaciones, es mucho menor la participación de las mismas en los temas de vivienda, de salud o de recreación. Con respecto al tema de la salud el interés prima por los costos de asistencia mas que por la calidad de la misma? Esto avala el concepto de que lo económico es fundamental desde el punto de vista del estado de bienestar, lo que es apoyado por varios autores que hablan de la primacía de este sentir sobre otros como son lo subjetivo (el espíritu, la moral, la actitud, la autoestima).

Nosotros pensamos que -como nos sentimos, el vivir con satisfacción nuestras experiencias, el tener metas sin importar la edad nuestra edad, nos hará vencer nuestras enfermedades y las minusvalías que las mismas puedan traer.

Tenemos una expectativa de vida a los 60 años de 17 años más, y a los 65 años de 11 y más, o sea lo suficiente para cambiar conductas y percibir beneficios para la salud y para los otros ítems que aumentan el estado de bienestar.

Pero ¿estamos interesados en esos cambios, y por otro lado nos oyen si los planteamos? Además, ¿de qué modo hacernos oír?

Acá interconectamos varias preguntas. Pensamos que hay grupos de adultos mayores interesados en los cambios, pero es bien conocida la baja y relativa prioridad que se da a la vejez en las políticas nacionales. Esto obliga a que los adultos mayores dependan más de su propio esfuerzo, organización, y protagonismo así como del apoyo solidario de la familia, y comunidad, para satisfacer sus necesidades básicas.

Es así que en nuestro país así como en otros lugares de América Latina y Caribe----- los adultos mayores organizados han demostrado su actividad, movilidad, participación, ante el Estado asimismo como su capacidad y fuerza como conductores de su propio desarrollo y bienestar.

Sabemos por estadísticas de la Revista Panamericana que en 5 países sudamericanos (Argentina, Chile, Uruguay, Perú y Colombia) funcionan más de 30 mil organizaciones de este tipo agrupadas en más de mil redes. Entre ellas hay clubes barriales y municipales de adultos mayores asociaciones gremiales de jubilados, grupos artísticos, agrupaciones políticas, y organizaciones culturales y de turismo. En algunos países como Argentina, Brasil y Costa Rica hay Consejos Nacionales de Adultos Mayores y se ha logrado la aprobación de leyes que refrendan derechos y beneficios específicos para personas adultos mayores. En los países de Centroamérica hay organizaciones de redes de organizaciones de adultos mayores (Costa Rica, Honduras, Nicaragua, El Salvador, República Dominicana)

Ahora bien, ¿que participación concitan esa organizaciones?

31. Doctora en medicina y representante de la Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay.

Tenemos algunos porcentajes:

- > En Argentina, menos del 10 %
- > Chile -14%
- > Uruguay, 25%.

La mayor parte de ellas no tiene apoyo del gobierno lo que limita el ejercicio pleno de los deberes y derechos de los adultos mayores. Esto significa la gran diferencia que existe en los países en que la política de y para los adultos mayores esta incluida en las políticas de Estado. El tema de lo intergeneracional se da espontáneamente en esos lugares donde la convivencia tiene otras normas.

Entonces llegamos a una propuesta de trabajo...

Un pacto social es fundamental en el que por un lado los adultos mayores se comprometen no sólo a denunciar o reivindicar sino a adoptar estilos de vida saludables, independientes, con aportes en lo laboral y social, mientras que el resto de la sociedad se puede comprometer a conocer mejor a los adultos mayores, a apreciarlos, tratarlos, y aceptarlos como fuerza social, económica, cultural, educativa, ética, política, y así eliminar las discriminaciones que en nuestra sociedad existen por la edad que tenemos.

Esta pacto social significa una misma cultura de vida para todos y una vejez digna, fructífera, activa, productiva y sana para todas las persona.

Recordemos: El envejecer es el presente de algunos, el futuro de todos.

¿Cual es el concepto de calidad de vida?

Es un concepto relativamente reciente. Ángel Cuenca Molina (2008) en un análisis que hace al respecto nos hace recordar que el primero que habló de este término fue el presidente de EEUU Lyndon Johnson en 1964 en un discurso sobre planes de salud. Pero al parecer ya había sido usado en los 50 con sentido "economicista".

Es en la década de 1980 que este término se aplica al campo de la salud. Primero solo desde el punto de vista biológico, luego incluye los 3 términos que están en la definición de la OMS sobre Salud o sea lo biológico, lo psicológico y lo social. Asimismo se la define como "La percepción del individuo de su posición de vida en el contexto de cultura y sistema de valores en los cuales vive en relación con sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones".

Ahora abarca los campos médico, económico, cultural, religioso y ecológico. Así M. Vidal (2008) propone 4 cauces para este milenio: la libertad, el bienestar económico, la paz, y el uso responsable de los recursos y ecológicos.

Agregaríamos a estos principios: la salud, la autoestima, lo social, y fundamentalmente como se siente la persona desde el punto de vista psicológico.

Recordemos que el proceso de envejecimiento no es solo biológico, sino también mental, espiritual, social, ambiental, económico y cultural.

Lo social tiene una relevancia fundamental en esta etapa de la vida, se equipara a lo intelectual y la formación permanente. Esto ayuda a mantenerse de modo dinámico.

Hay un dicho que afirma que la salud, el dinero y el amor son fundamentos de la felicidad, esto en el adulto mayor se puede identificar con la situación económica, la salud y el mantenimiento de la misma de la mejor manera posible, así como lo social, la interrelación, dejando de lado la depresión y la soledad así como el aislamiento.

En suma lo que hemos hecho hasta ahora es en resumen: algo de lo que consideramos es el envejecimiento en nuestra sociedad, la participación del adulto mayor, por que es importante para el mismo el rol social y su interrelación, así como el mantenimiento de la salud en su triple acepción, en lo biológico, lo social y lo psicológico.

También insiste en lo que significa, la calidad de vida para el adulto mayor.

Así también hacemos algunas recomendaciones de acción para tratar que esta sociedad civil sea la protagonista en la articulación de las políticas sociales con respecto a los adultos mayores: por ejemplo: las redes de interconexión, el pacto social así como las medidas de prevención y promoción de salud y el estado de bienestar.

Trabajaremos para que estos logros sean realidad desde donde nos toque hacerlo convencidos de que la calidad de vida del adulto mayor debe ser fiel reflejo de lo que nuestra sociedad desee para ellos y así el envejecimiento será considerado como otra etapa de la vida a la que hay que cuidar y contemplar.

En esto estamos y estaremos.

Bibliografía

- (2008) La Tercera Edad en Perspectiva Comparada; UCU-IPES. Montevideo.
- (2008) Vida Sana y Envejecimiento Saludable. En *Journal of the American Geriatrics Society*; 56: 1098-1105; consultado <http://www.diariosalud.net/>, sin datos de autor.
- Alberti, R; (2005); Mecanismo de incidencia de Grupos Mayores en Políticas Sociales de Envejecimiento y Vejez. En *Social Politics of Ageing Old in Uruguay, Global Ageing Issues and Action Volume 3. Issues 2, September 2005*, Montreal, Canada.
- Cuenca Molina, A; (2008) Calidad de Vida en la Tercera Edad; Cuadernos de Bioética, mayo-agosto año-vol. IXX Nro. 066 2008/2da, Asociación Española de Bioética y Ética Médica, Murcia, España, pp. 271-291. Consultado en abril de 2009 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=87506606&iCveNum=10495>
- Salvador-Carullia, L; Cano Sánchez, A, Cabo-Soler, JR. (2004), Longevidad. Tratado Integral Sobre Salud en la segunda Mitad de la Vida, Ed. Médica Panamericana.
- Paredes, M (2008). "Estructura de Edades y Envejecimiento de la Población". En: *Demografía una Sociedad en Transición. La Población Uruguaya a principios del siglo XXI*. Montevideo: Programa de Población. UNFPA. Montevideo. Ediciones Trilce.

Avanzando hacia un sistema nacional de cuidados para el adulto mayor: algunas líneas de acción de cara al futuro³²

Jorge Papadópulos³³, Geza Stari³⁴

Introducción

Definir un horizonte de servicios que cubran las necesidades de la población adulta mayor de Uruguay debe ser un ejercicio que reconozca la rica historia de la protección social en el país, que identifique los últimos avances en la materia y que, proponga a partir de este diagnóstico líneas de trabajo para que una administración venidera pueda recoger para avanzar en la materia.

Los antecedentes

El Uruguay es reconocido en América Latina como un país pionero en materia de protección social, fundamentalmente en lo que hace a su sistema jubilatorio. En este rubro el país hace una inversión social importante que supera el 10% de su Producto Bruto Interno (PBI). Sin embargo, el sistema de protección contra riesgos de invalidez, vejez y sobrevivencia (IVS) no agota la experiencia nacional en la materia. La gran inversión social que el país realiza en este tema, la abundancia de iniciativas y programas sociales para el adulto mayor resulta, no sólo de un diseño de políticas que históricamente ha sido proactivo, sino también de una realidad demográfica que nos sitúa como el país con la proporción de adultos mayores más alta de la región y entre las más altas del mundo. Esto último, además, constituye una fuente de presión estructural sobre el perfil del sistema de políticas sociales del Uruguay.

El porcentaje de personas mayores de 65 años se aproxima al 15% de la población total del país. Por otro lado estamos experimentando un “envejecimiento del envejecimiento” por el cual se estima que

en el 2025 el 7% de las uruguayas y los uruguayos tendrá más de 75 años. Proyecciones demográficas realizadas por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) estiman, además, que la población mayor de 60 años se duplicará de aquí al 2050 y sobrepasará el millón de personas.

Por otro lado, la encuesta de discapacidad realizada por el Instituto de Estadística (INE) muestra que un poco más del 8% de la población presenta algún tipo de discapacidad. En el grupo de adultos mayores de 65 años la incidencia es de 25% y este porcentaje expresa al 65% de las personas con alguna discapacidad. Esto indica que la cantidad de mayores de 60 años con alguna discapacidad que requiera cuidados socio-sanitarios se duplicará de aquí a 40 años (serán cerca de 200.000 personas).

En el otro extremo etareo, siempre de acuerdo a información del CELADE, la cantidad de niños de 0 a 13 años tendrá un aumento poco significativo (de 760.000 a poco más de 785.000). A su vez la cantidad de personas en edad activa tendrá un aumento de apenas 450.000 personas (los hombres y mujeres de entre 14 y 59 años pasarán de ser dos millones, a menos de dos millones y medio). Desde la perspectiva de los cuidados socio-sanitarios de los adultos mayores, estas proyecciones muestran que habrá poco más de dos personas mayores de 14 años por cada adulto mayor, lo cual genera un importante desafío para el sistema de políticas sociales.

El modelo de cuidados para adultos mayores en Uruguay

Al día de hoy el cuidado de los adultos mayores con algún grado de dependencia está centrado en la familia y, particularmente, en la mujer. Sin embargo, las demandas de emancipación de género, así como el considerable crecimiento de la participación femenina en el mercado de trabajo, colocan límites estructurales a la continuidad de este modelo “familiarista” de cuidados.

³². Esta es una contribución personal de los autores, representantes del BPS en el Diálogo Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio, al referido Diálogo.

³³. Dr. y Prof. Director del Banco de Previsión Social.

³⁴. Prof. Director Representante de Jubilados y Pensionistas, Banco de Previsión Social.

En lo que hace a la tasa de actividad femenina, el cuadro que sigue indica que en los últimos quince años el crecimiento de la tasa de actividad se explica exclusivamente por el aumento de la participación femenina. Mientras la tasa de actividad masculina permanece incambiada (o tendencialmente en declive), la tasa de actividad femenina aumenta más de un 25% (cuadro 5.2).

Ahora bien, si se analiza la tasa de actividad de los miembros de los hogares según la presencia o no de adultos mayores dependientes, podremos ver como esto afecta a las mujeres y a los hombres que componen los hogares.

Tasa de Actividad según hogares con o sin adultos mayores dependientes

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Continua de Hogares, 2006 (cuadro 5.3).

De acuerdo a la información del cuadro anterior, la tasa de actividad total de los hogares cae si

Cuadro 5.2. Evolución de la tasa de actividad según sexo

	Total	Hombres	Mujeres
1988	57,1	74,4	42,5
1990	57,0	73,2	43,5
1995	59,0	73,8	46,6
2000	59,6	71,9	49,1
2005	58,5	69,3	49,5
2006*	60,9	71,7	51,8
2007*	62,7	73,6	53,7

Fuente: Santos, Silvia: Brecha de género en la conciliación de la vida familiar y laboral: el modelo uruguayo.

Cuadro 5.3. Tasa de Actividad según hogares con o sin adultos mayores dependientes

Tipo de dependientes en el hogar		Actividad
Ninguno	Hombre	91,23%
	Mujeres	72,49%
	Total	81,65%
Adulto mayor	Hombre	86,01%
	Mujer	63,92%
	Total	73,38%

en los mismos hay adultos mayores en situación de dependencia. Pero también, se evidencia que la caída de la tasa de actividad femenina es mayor que la masculina.

Por otro lado el acceso a los servicios de cuidados que las familias adquieren en el mercado (cuidados de adultos en el domicilio, servicios de residenciales para ancianos y discapacitados, así como los servicios de acompañantes) están fuertemente determinados por el nivel de ingreso de las familias. De acuerdo al cuadro que sigue las familias de los quintiles de ingresos más bajos no tiene casi acceso a cuidados. Por supuesto que un repertorio de cuidados no se agota en lo señalados en el cuadro. Deberían incluirse, además, centros de día, teleasistencia, vivienda tutelada, ayudas técnicas, etc (cuadro 5.4).

La discusión anterior muestra que el mercado de trabajo, así como el acceso vía mercado a los servicios de atención a los adultos mayores tienen límites difíciles de superar. Un crecimiento mayor de la relación de dependencia (como la que parece indicar el crecimiento del porcentaje de adultos mayores con algún tipo de discapacidad y un crecimiento mucho más lento del número de personas en edad activa), el aumento de las mujeres activas en el mercado de trabajo (así como sus mayores niveles de emancipación), las dificultades para el acceso vía mercado de los tres primeros quintiles de ingreso a los servicios socio-asistenciales para los adultos mayores, empujan hacia la búsqueda de alternativas al modelo de cuidados familiares, y al desarrollo de una gama más amplia de servicios que los actualmente existentes.

Los cuidados y la oferta estatal

La protección estatal al adulto mayor está institucionalizada en Uruguay en un conjunto de organizaciones que ofrecen una gama limitada de prestaciones. A pesar de que en términos comparativos en Uruguay no hay una gran diversidad de servicios, las prestaciones que ofrecen seguridad económica, como las jubilaciones y pensiones, son casi universales.

Entre las instituciones públicas prestadoras de servicios corresponde mencionar al Ministerio de Salud Pública, al Ministerio de Desarrollo Social y al Banco de Previsión Social (BPS). Además de estas

Cuadro 5.4. Hogares que declaran consumo de cuidados, por quintiles de ingreso, según categoría de servicio de cuidado

Distribución de hogares por quintil para cada tipo de cuidado	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%	17,0%	28,7%	43,3%	100,0%

Fuente: Pugliese, Leticia: Servicios de Cuidados Domiciliarios a los Adultos Mayores. Una perspectiva desde el Sistema de Seguridad Social. Estudio de Gastos de los Hogares en estos cuidados.

instituciones, las Cajas de Jubilaciones, Bancaria, Notarial, Policial, Militar y Universitaria administran sus propios sistemas de jubilaciones y pensiones. Por otro lado existen tanto a nivel de los gobiernos departamentales, como de distintos organismos públicos una gran diversidad de programas (que se miden en decenas) de atención al adulto mayor.

El Banco de Previsión Social (BPS), creado por la Constitución de 1967 fue disuelto como tal por la dictadura. Pero, en marzo de 1986, el Parlamento aprobó la Ley 15.800 la cual lo reinstauró. Esta Ley le atribuye al BPS, competencias tradicionales de seguridad social (jubilaciones y pensiones, seguro de desempleo, asignaciones familiares –asociadas a su vez con atención sanitaria en materia materno-infantil-), la competencia para “implantar programas y llevar a cabo acciones específicas tendientes a la promoción y desarrollo individual y social de sus beneficiarios, en especial del niño, la mujer y el joven”. Además, la Ley lo habilita a desarrollar programas que propendan a la rehabilitación y reintegración social del anciano así como a instalar hogares colectivos para el amparo y asistencia integral del anciano. No es un dato menor que más del 85% de las erogaciones del BPS se efectúen en prestaciones de invalidez, vejez y sobrevivencia y que la inversión social del BPS sea del orden del 11% del Producto Bruto Interno.

En el caso específico del cuidado, atención y mejora de la calidad de vida de los adultos mayores, además de las transferencias monetarias, el BPS desarrolla un conjunto de acciones y programas de fuerte impacto.

En la actualidad, el BPS apoya la labor de más de 90 hogares de ancianos. Estas residencias sin fines de lucro atienden a una población de casi 3.500 residentes, jubilados o pensionistas del BPS a los que

se les retiene entre el 70 y el 80% de su pasividad y se les brinda asistencia integral necesaria para una vida cotidiana llevada en condiciones dignas.

Los hogares reciben población autoválida, que, en caso que devenga dependientes, continúa su alojamiento en estas mismas instituciones. El BPS colabora con los hogares a través de financiamiento para infraestructura y equipamiento, así como con capacitación técnica ofrecida por la Gerencia de Prestaciones Sociales. Además, a través de un programa específico de creación de “cupos cama”, se derivan habitantes de soluciones habitacionales a hogares cuando su discapacidad así lo requiere.

Estas derivaciones proceden de los 165 complejos habitacionales que administra el BPS en todo el país y que cuenta con más de 5.500 unidades habitacionales. A este programa acceden jubilados autoválidos y cohabitantes autorizados, autoválidos.

En materia de transferencias monetarias, se otorgan jubilaciones por incapacidad total y subsidios transitorios por incapacidad parcial de carácter contributivo, así como pensiones por discapacidad no contributivas.

El BPS cuenta también con una línea de préstamos sociales de muy baja tasa de interés para prótesis y órtesis, mediante la cual otorga préstamos a jubilados y pensionistas de ingresos bajos, para afrontar el costo de tratamientos que dichas poblaciones requieren para garantizar una calidad de vida autoválida.

En materia de salud, en el ámbito del MSP, el Programa Nacional del Adulto Mayor lleva adelante múltiples acciones propias de prevención y promoción y también acciones en coordinación con el BPS, la Intendencia Municipal de Montevideo, Organizaciones No Gubernamentales vinculadas a la temática del adulto mayor y grupos de promoción

y prevención en gerontología de las mutualistas y sociedades médicas, talleres y charlas educativas.

A través del Fondo Nacional de Recursos (FNR) se otorgan ayudas técnicas y ortopedia para la atención de prótesis de cadera por artrosis o fractura y prótesis de rodilla por artrosis así como intervenciones de alta complejidad y financiamiento de medicamentos de alto costo.

El Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo, dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), es el primer y hasta el momento único centro sociosanitario de atención integral al adulto mayor en el país. Allí se atiende a personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad y usuarias de ASSE en la capital. Se brindan servicios de corta, media y larga estadía y se trabaja en la inserción familiar y comunitaria.

En esta administración de gobierno, el Centro Geriátrico ha logrado pasar de lo que en sus comienzos fue un asilo a un Centro Integral de atención al adulto mayor, en el que se trabaja en base a nuevos modelos de gestión: de los cuidados, de los recursos humanos y materiales, de utilización de la planta física, de conocimiento y de promoción de autonomía y participación de los usuarios.

El Hospital de Ojos, inaugurado en noviembre de 2007, cuenta con recursos humanos de excelencia y las tecnologías más modernas disponibles. Ha permitido que 10.000 personas de bajos recursos y con patologías oculares fueran asistidas gratuitamente. Los jubilados y pensionistas del BPS (que cuenten o no con cobertura de salud privada) acceden a operaciones de cataratas en forma gratuita cuando perciben un ingreso igual o inferior a las 10 Bases de Prestaciones y Contribuciones, que en la actualidad representan un ingreso de \$19.440. Las personas del interior y aquellas que carecen de un ámbito familiar que los apoye y una vivienda en condiciones mínimas necesarias para su rehabilitación permanecen alojadas (en el pre y post operatorio) en el Centro Tarará – Prado, el cual es un edificio adquirido por el Fondo Nacional de Viviendas para Jubilados y Pensionistas del BPS con el apoyo de la Asociación de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU).

El funcionamiento del Centro Tarará – Prado es, cualitativamente, un ejemplo de los resultados que se pueden obtener cuando se trabaja con un alto

grado de coordinación interinstitucional: colaboran en el desarrollo de sus objetivos organismos del Estado como ANTEL, MSP, ASSE, MIDES y BPS y una organización de la sociedad civil como la ONAJPU que no sólo habilitó a la compra del edificio con el fondo de viviendas, sino que coordinó las pesquisas para los potenciales pacientes del hospital.

La Facultad de Medicina de la Universidad de la República cuenta con un postgrado en Gerontología y Geriatria destinado a la formación de médicos y desarrolla programas de investigación en este campo. También la Sociedad Uruguaya de Geriatria y Gerontología elabora en la actualidad un proyecto de investigación en la materia.

La Universidad Católica del Uruguay desarrolla un Programa de Gerontología Social que aporta formación general sobre el tema de la vejez, así como un postgrado en Geriatria y Gerontología para Licenciadas en Enfermería

Cuatro instituciones vinculadas a la atención y el estudio de la situación de los adultos mayores dependientes, organizan cursos de formación y capacitación para cuidadores formales e informales de adultos mayores. La Sociedad de Geriatria y Gerontología (SUGG), el BPS, el Hospital Piñeyro del Campo y la Comunidad Israelita del Uruguay.

Los servicios de cuidado de carácter privado y con fines de lucro brindan en forma no regular cursos de capacitación para sus empleados, cuidadores de enfermos y adultos mayores.

Este es, en breve síntesis, un listado de los recursos humanos y materiales con los que cuenta el país en materia de atención al adulto mayor en situación de dependencia.

Las nuevas iniciativas

Es imprescindible incorporar también para la consideración del tema, una serie de acciones que el gobierno ha llevado y lleva adelante en esta materia.

A principios de 2007 el BPS resolvió la realización de un estudio que contuviera diagnósticos y propuestas hacia la creación progresiva de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor. El estudio y sus propuestas se culminaron en noviembre de 2007 y está enmarcado en el Plan Mundial de Acción sobre Envejecimiento (2002), en la Estrategia Regional de implementación de dicho Plan en

América Latina (2003) y en la Declaración de Brasilia (2007), vinculándose con las políticas de seguridad social y salud a nivel nacional.

El equipo de trabajo se conformó por representantes del MSP, de la Intendencia de Montevideo, y de la Escuela de Tecnología Médica de la Universidad de la República. El equipo coordinó con el MIDES, el Ministerio del Interior y la Red Nacional de Hogares de Ancianos y el Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor (CICAM).

Otro hito importante fue el Diálogo Nacional por la Seguridad Social (que culminó a principios del 2008), en el que participaron partidos políticos, empresarios, trabajadores y jubilados, universidades, partidos políticos, diversos ministerios, Cajas Paraestatales y el BPS. Además de los dos resultados más tangibles -la flexibilización del sistema jubilatorio y un nuevo régimen de seguro de desempleo-, allí se avanzó también y en forma sustantiva en la formulación de propuestas sobre "la protección e integración de los adultos mayores".

El BPS, con el apoyo de la Organización Iberoamericana de la Seguridad Social, realizó el Seminario Internacional "Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad adulto mayor y dependencia". Allí se creó un ámbito de intercambio entre autoridades políticas dirigidas a la tercera edad de América Latina y Europa.

Con todos estos antecedentes, en abril de 2008 comenzó el Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio, en el que se enmarca este documento aportado por el BPS.

Entendemos que con esta acumulación de experiencias y reconociendo las necesidades de corto y largo plazo el Uruguay está en condiciones de dar un salto cualitativo en el campo de la atención al adulto mayor. Lo que sigue son unas notas abiertas al debate que reconociendo, los aportes previos, aportan algunos elementos no considerados previamente.

Elementos de un modelo de cuidados para el adulto mayor

Cualquier política social contiene un modelo asistencial, un modelo de financiamiento y un modelo de gestión si es una política integral. Como hemos visto, los cuidados de los adultos mayores en Uru-

guay son el resultado de una sumatoria de modelos diferentes. En materia de transferencias monetarias, en el caso de las jubilaciones, el modelo de financiamiento es contributivo y, en consecuencia el modelo asistencial, apunta a aquellos que han tenido una vinculación estrecha con el mercado formal de empleo. En el caso de las pensiones de sobrevivencia, en la medida que éstas dependen de un trabajador que haya generado el derecho, éstas responden al modelo del sistema jubilatorio. La pensión a la vejez es no contributiva, pero su modelo asistencial está limitado a la comprobación de carencia de medios económicos de los mayores de 70 años.

Los servicios de salud enmarcados en el nuevo Servicio Nacional Integrado de Salud (SNIS) son mixtos, tanto en su gestión como en su financiamiento (modelo bismarkiano de seguro para servicios privados o públicos, más modelos residual de comprobación de medios para los servicios públicos y co-pago para las prestaciones, en el caso del sector privado -o mutual-).

El derecho al acceso a los Hogares de Ancianos que cuentan con la colaboración del BPS, o al Programa de Vivienda para Jubilados, están condicionados a la calidad de jubilado o pensionista (por lo que su modelo de financiamiento es contributivo). Por otro lado, en el caso de los hogares, su modelo de gestión es comunitario ya que son instituciones administradas por la sociedad civil. El acceso, en Montevideo, a los servicios del Centro Geriátrico Piñeyro del Campo está dirigido a los usuarios de ASSE, por lo cual el modelo de financiamiento es no contributivo, es de gestión pública, pero el modelo asistencial está limitado a la comprobación de medios (hay que probar que se es pobre). Otros servicios públicos a pesar de tener un modelo de financiamiento no contributivo están focalizados sobre las poblaciones específicas que tienen o han tenido vínculo funcional con las instituciones prestadoras, como son algunas prestaciones del Ministerio del Interior.

A las residencias privadas, a los cuidados domiciliarios, a los servicios de acompañante, se accede vía mercado. Por lo tanto el acceso, así como la calidad de los servicios a los está condicionado por la capacidad de pago de las familias.

Esta diversidad de modelos asistenciales, de gestión y de financiamiento, indica que los programas existentes surgieron en momentos diferentes y con

objetivos también distintos. Factores tales como la fragmentación de programas y la prevalencia de un modelo de cuidados “familista”, así como la onerosidad de muchos de los servicios de cuidados no sólo limitan el acceso de los ciudadanos a los mismos, sino que dificulta la aparición de servicios que en otros países están muy desarrollados y que en Uruguay, si existen, tienen un alcance muy reducido. Entonces, tal como lo sostiene el informe de “Bases para la creación de un sistema nacional de atención al adulto mayor”:

“La falta de una programación integral de servicios que proporcione soporte para las personas mayores frágiles y dependientes contribuye al aumento de situaciones de abandono y negligencia de cuidados, así como favorece la exclusión social ante la situación de institucionalización. La carencia de dicha programación que articule servicios de larga duración con la base comunitaria e institucional resulta en una situación de ineficiencia para el gasto estatal, las familias y los servicios sociales. La insuficiencia de cuidados domiciliarios demanda mayores días de internación para enfermos agudos en servicios de salud.”

A esta falta de integración de tipos de servicios (larga duración con corta duración, base comunitaria con base “institucional” –o pública-) debe agregarse la necesidad de avanzar hacia un modelo asistencial, de financiamiento y de gestión que habilite a una buena coordinación de los diversos programas existentes. La coordinación entre programas que tienen filosofías comunes y que tiene bases de financiamiento también comunes, es más sencilla que si la misma se realiza entre instituciones cuyos programas de cuidados tienen filosofías y modelos de gestión y financiamiento muy diversos. Ciertamente esto no tiene porque afectar a las políticas de transferencia de ingresos pero sí debería impactar sobre los servicios socioasistenciales y sociosanitarios.

El citado trabajo de las bases para la creación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor avanza en un modelo asistencial que reconoce los cuidados para los adultos mayores como derechos ciudadanos (lo cual supone universalidad), así como en las nociones de progresividad (de baja a alta complejidad, de corta a larga duración), de continuidad (no interrupción de la prestación de servicios), de integralidad (sanitarios y sociales) y

de coordinación (local, sectorial, interinstitucional y participación ciudadana). Además se propone la creación de un centro de referencia con capacidad de derivación y una atención basada en la persona. Todos estos elementos hacen al modelo de gestión propuesto que gráficamente los autores del trabajo lo presentan en el flujograma 5.1.

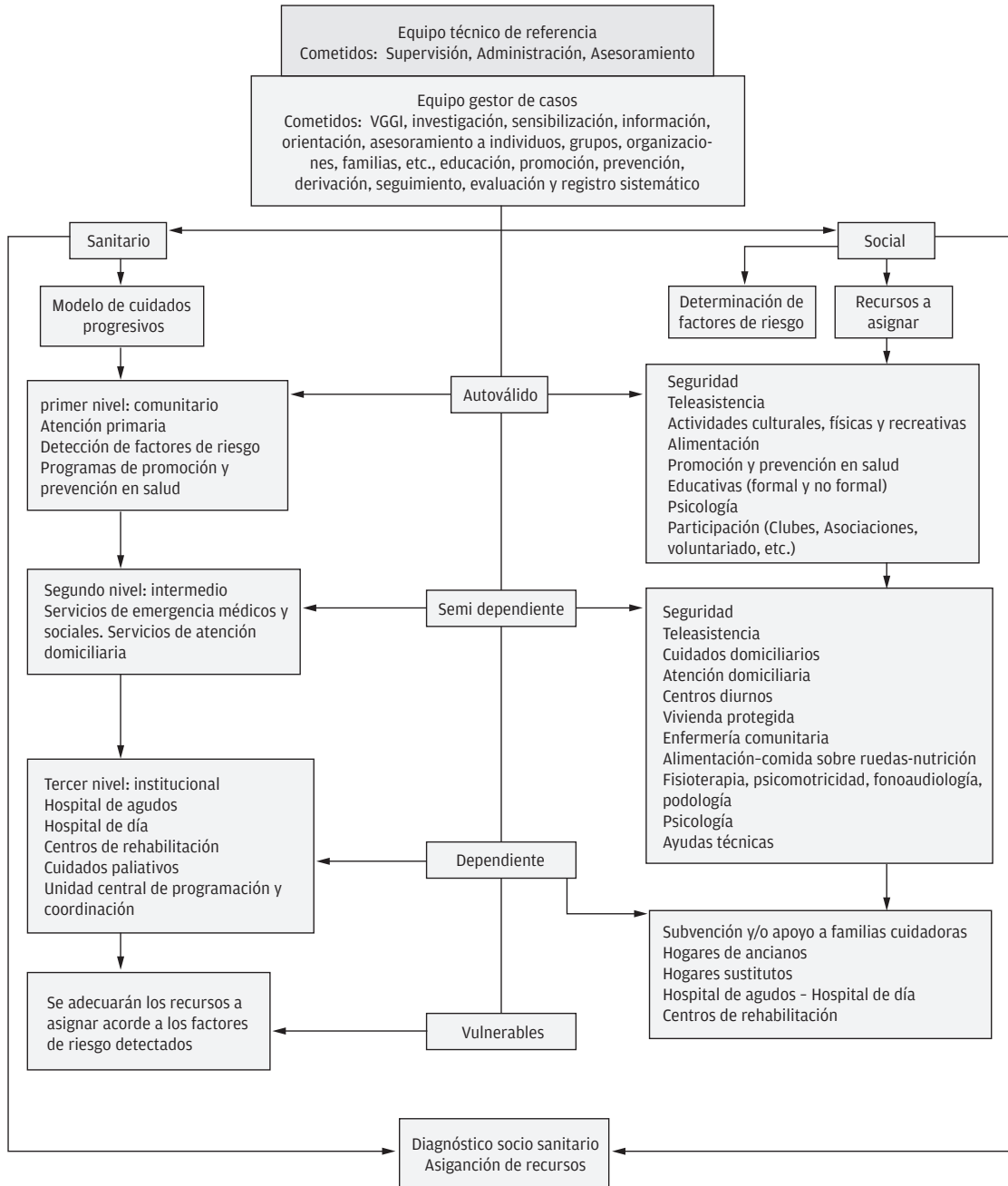
Es claro y significativo el avance de esta propuesta. Restan por definir aún tres aspectos sustanciales para hacer viable un sistema como el aquí esquematizado. En primer lugar, el modelo de financiamiento. En segundo lugar, la estrategia para la creación de nuevos servicios y el fortalecimiento de los existentes a partir de un diagnóstico de las necesidades (y capacidades) diferenciales instaladas en los territorios. Y, en tercer lugar, hay que definir una estrategia temporal para la inclusión de los distintos colectivos beneficiarios. Estos dos últimos aspectos implican definir una estrategia de accesibilidad progresiva en el tiempo la cual va a estar condicionada por el modelo de financiamiento y por las capacidades institucionales (de gestión) existentes.

En cuanto al modelo de financiamiento, en este documento nos limitaremos a señalar cuáles son los existentes a nivel internacional. Lo que sí importa destacar, como se verá, es que el modelo que se adopte condiciona el modelo asistencial.

Un primer modelo, es el de financiamiento no contributivo (es decir sin aportes directos, como es el modelo de seguridad social). Esta opción implica desmercantilizar la política y desligar la accesibilidad de las prestaciones del vínculo de los individuos al mercado de trabajo (como es el caso de la seguridad social basado en el seguro colectivo o de base bismarkiano). Esto impacta sobre el modelo asistencial porque condiciona el acceso tan sólo a la necesidad, por lo cual su carácter es de derecho universal. Se accede por el hecho de ser ciudadano y requerir las prestaciones, no por el hecho de ser trabajador formal y aportar.

El segundo modelo es de financiamiento contributivo. Trabajadores y empleadores aportan sobre la nómina salarial y el acceso está condicionado al vínculo con el mercado formal de empleo y a una historia de contribuciones que debe tener un mínimo exigible. La administración del sistema, en este caso es pública, y puede llegar a establecer prestaciones mínimas garantizadas aún para aquellos que

Flujograma 5.1. Intervención a nivel local



Elaborado por:

Dra. Aída Lessa (BPS)

Lic. Claudia Sirlin (BPS)

Dr. Italo Savio (MSP)

hayan tenido una baja densidad de cotización. En este caso, habría una subvención estatal además de los aportes personales y patronales.

El tercer modelo es también contributivo, pero funciona como seguro privado. En este esquema, los trabajadores aportan a empresas de seguro social una prima ajustada a riesgo sociosanitario y generan el derecho cuando se ha aportado un mínimo que abre el acceso a un conjunto de prestaciones predefinidas a partir del monto aportado. La canasta de prestaciones a que se accede, así como su calidad, depende del aporte efectivamente realizado. Por este motivo este modelo limita el acceso a servicios de cuidados no principalmente por pertenencia al mercado formal (se puede ser informal y tener un seguro privado), sino por ingresos. Este modelo es el más mercantilizado de los tres y el que más estratifica.

Es importante destacar que si bien el modelo de financiamiento condiciona el modelo asistencial, la relación de aquel con el modelo de gestión es de mayor independencia. El financiamiento puede ser no contributivo o contributivo (y aún de seguro privado) y los prestadores de los servicios pueden ser empresas privadas, organizaciones del tercer sector (comunitarias) o aún los mismos prestadores públicos vendiendo servicios al sector privado.

No hay en el mundo políticas con modelo de financiamiento puro. Hay políticas de cuidados universales, no contributivas y con copagos (proporcional o no a los ingresos). Existen modelos de seguro colectivo público complementados por seguros privados y también existen modelos privados conviviendo con prestaciones de financiamiento público no contributivo de carácter focalizado.

Lo que en rigor importa, es que cuando se adopta un modelo o cualquier combinación posible de ellos, se tenga presente el modelo de justicia que se quiere desarrollar, sabiendo que los instrumentos de política no son neutros.

En lo que tiene que ver con la estrategia para la creación de nuevos servicios y el fortalecimiento de los existentes, es claro que aún resta diagnosticar las realidades diferenciales de los territorios, para definir la implantación de nuevos servicios y el fortalecimiento de los existentes. Para comenzar, las cohortes de edad no se distribuyen en forma homogénea en el espacio. Así, por ejemplo, la presencia de adultos mayores no es semejante en el interior rural

que en las capitales o que en Montevideo. Tampoco son homogéneas las condiciones de salud de estas poblaciones. Por eso, el tipo de servicios a desarrollar -o a incentivar- tiene que ser realizada en forma proactiva, es decir con una planificación estratégica que identifique necesidades y demandas diferenciales en el territorio y que también reconozca las diferencias sanitarias de la población. Esta planificación estratégica debe incluir, decididamente, a los gobiernos locales y a la sociedad civil organizada ya que los servicios de esta naturaleza tienen anclaje territorial. En este sentido sería importante definir el papel de los gobiernos locales en la gestión de los servicios socioasistenciales para el adulto mayor.

En segundo lugar es imprescindible dimensionar el stock (la oferta) de servicios existentes y proyectar los servicios necesarios para el corto, el mediano y el largo plazo. Se deberá ajustar el desarrollo de los servicios a la demanda actual y a la potencial. Este dimensionamiento deberá incluir no solo la infraestructura sino los recursos humanos, materiales y financieros. Habrá que ajustar la estrategia de creación y fortalecimiento de servicios, tanto al modelo de financiamiento, como al modelo de gestión así como a la estrategia de inclusión y accesibilidad de los colectivos de beneficiarios en el tiempo y en el territorio.

En cuanto al proceso de incorporación, el volumen de demanda de servicios, la debilidad de los servicios existentes, y las limitaciones financieras impuestas por el volumen de inversión demandarán un proceso paulatino de incorporación. Hay que diseñar el horizonte pero se deberá avanzar hacia él, paso a paso. Se deberá tener un horizonte de universalidad pero habrá que incorporar a los distintos colectivos optando primero por los más vulnerables y considerando la existencia de los servicios adecuados.

El modelo de gestión de un sistema que apunte a establecerse con una perspectiva de largo plazo, requiere de un organismo que además de coordinar el proceso de planificación, garantice el cumplimiento de las metas, monitoree los procesos de implantación y evalúe los resultados de las acciones. Como los servicios, en su mayoría deben tener un implante territorial, el ente regulador deberá tener en cuenta el territorio como eje articulador de las acciones.

Como ya se mencionó, el modelo de financiamiento puede ser relativamente independiente de las características de las entidades prestadoras. Así, aprovechando la experiencia con que el país ya cuenta, podría potenciarse la participación comunitaria a través de instituciones de cuidados de larga estadía o el desarrollo, bajo la misma modalidad, de los llamados centros de día. Deberá aprovecharse la capacidad y experiencia de algunos de los centros públicos como el Centro Geriátrico Piñeyro del Campo o de algunas de las residencias de ancianos localizadas en el interior del país (ambos administrados por ASSE) incorporándolos en el sistema de cuidados. También deberá aprovecharse la capa-

cidad de desarrollo de servicios sociales del sector privado, el cual podría ser estimulado a invertir y gestionar bajo modalidad de convenios con la seguridad social o con alguna modalidad de gestión de recursos transferidos por el gobierno central (si la opción del modelo de financiamiento fuese el no contributivo).

Finalmente corresponde señalar que una política de cuidados para los adultos mayores no sólo genera un beneficio para las familias y para el sujeto de los cuidados sino que genera efectos positivos sobre la inversión en servicios sociales y sobre la creación de empleo y sobre el desarrollo de tecnologías adecuadas.

La Reforma de la Salud. Programa del Adulto Mayor³⁵

Eugenia De Marco³⁶

A fines del año 2007 el Parlamento Nacional terminó de aprobar un conjunto de leyes que dieron inicio legal al proceso de la reforma de la salud. Por la Ley N° 18.131³⁷ se creó el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que incluye el financiamiento del conjunto de prestaciones integrales de salud a todos los habitantes del País. El fondo creado reúne todos los aportes al sector salud, y se uniformizan los pagos por concepto cuota salud que hace el Banco de Previsión Social (BPS) a los prestadores de servicios, implementándose un pago complementario por cumplimiento de metas asistenciales vinculadas a los objetivos sanitarios de la Reforma. Por la Ley N° 18.161³⁸ se descentraliza la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), separándose las funciones de rectoría y de prestación de servicios que antes cumplía el Ministerio de Salud Pública (MSP). La Ley N° 18.211³⁹, crea el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el Seguro Nacional de Salud y la Junta Nacional de Salud (JUNASA)⁴⁰ y establece las bases para el ejercicio del derecho de protección a la salud que tienen todas las personas.

“La protección de la salud es un derecho huma-

no fundamental por cuyo efectivo ejercicio el Estado debe responsabilizarse, creando condiciones para que toda la población residente en el país tenga acceso a servicios integrales de salud”⁴¹.

La reforma de la salud pretende superar condiciones de segmentación, fragmentación e inequidades en la atención a la salud, como transformando el modelo de atención haciéndolo integral, mas preventivo logrando mejores indicadores de salud. Previo a la reforma los subsectores de la salud, público y privado realizaban una atención fundamentalmente asistencialista, existían brechas importantes en sus desempeños, no funcionaba como sistema en la medida que no existía complementación ni integración asistencial que evitara la superposición y el despilfarro de recursos.. El gasto por usuario también era sensiblemente distinto. Por otro lado, las diferencias de ingresos individuales y familiares, o la inexistencia de los mismos, generaban a su vez inequidades en el acceso de las personas a los servicios de salud⁴².

En este sentido, el objetivo fundamental de la reforma es “asegurar el acceso universal a servicios integrales de salud, orientados por principios de equidad, continuidad, oportunidad, calidad según normas, interdisciplinariedad y trabajo en equipo, centralización normativa y descentralización en la ejecución, eficiencia social y económica, atención humanitaria, gestión democrática, participación social y derecho del usuario a la decisión informada sobre su situación”⁴³.

Según el Artículo 3° de la Ley N°18211, son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud” (SNIS):

A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.

35. El Programa del Adulto Mayor pertenece al Ministerio de Salud Pública (PRONAM).

36. Licenciada en Enfermería. Responsable del Programa Nacional del Adulto Mayor, MSP.

37. Ley N° 18.131 Creación del Fondo Nacional de Salud. Fecha de aprobación: 18 de mayo 2007. Publicada D.O. 31 may/007 - N° 27248.

38. Ley N° 18.161 Administración de los Servicios de Salud del Estado se crea como servicio descentralizado. Fecha de aprobación: 29 de julio de 2007. Publicada D.O. 8 ago/007 - N° 27295.

39. Ley N° 18.211 Sistema Nacional Integrado de Salud. Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación. Fecha de aprobación: 5 de diciembre de 2007. Publicada D.O. 13 dic/007 - N° 27384.

40. La JUNASA se crea como organismo desconcentrado dependiente del MSP. Tiene por cometidos: administrar el Seguro Nacional de Salud y velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del SNIS. La Junta está integrada por siete miembros: dos en representación del MSP, uno por el Ministerio de Economía y Finanzas, uno por el BPS, uno por los trabajadores de la salud, uno por los usuarios y uno por los prestadores del SNIS (Artículos 11 a 22 de la Ley 18.211).

41. Tomado de la Exposición de motivos del Proyecto de Ley de Creación del SNIS.

42. *Ibidem.*

43. *Ibid.*

- B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.
- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- I) La participación social de trabajadores y usuarios.
- J) La solidaridad en el financiamiento general.
- K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Para alcanzar los objetivos de la reforma se proponen cambios en el modelo de atención, en el modelo de gestión y en el modelo de financiamiento del sistema de salud. En lo que respecta al cambio en el modelo de atención a la salud, se ha definido un Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS), en donde se privilegia la promoción, la prevención, la recuperación, la rehabilitación y los cuidados paliativos, con énfasis a trabajar con un fuerte desarrollo del primer nivel de atención. El cambio en el modelo de gestión prevé la coordinación y complementación de los prestadores públicos y privados de servicios de salud y la participación activa de trabajadores y usuarios en los organismos de conducción y control. El cambio en el modelo de financiamiento se está concretando a partir de la creación del Seguro Nacional de Salud, la JUNASA que lo administra y del FONASA.

La aplicación efectiva de una estrategia de APS implica poner en el centro de todo el sistema las necesidades y los derechos de los ciudadanos a través de la prevención de la enfermedad, la educación y la promoción de la salud, haciendo énfasis en el desarrollo activo de conductas de cuidado y participación social. Para ello ha sido fundamental la in-

tegración a través de programas de salud colectiva que promueven hábitos saludables para la salud de la gente y al contexto en que desarrollan su actividad. En este sentido se cuenta con un conjunto de programas prioritarios que se desarrollan tanto en el subsector público como en el privado y que están contemplados en los contratos de gestión que firmaron los 48 prestadores integrales de salud con la JUNASA⁴⁴. Dentro de estos programas prioritarios está el Programa del Adulto Mayor (PRONAM).

El Programa del Adulto Mayor tiene como objetivo prioritario promover y asegurar la calidad de vida de las personas adultas mayores (AAMM), mediante la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, a través de respuestas articuladas entre el Estado y la Sociedad Civil.

Es prioridad para el PRONAM establecer contactos y articular con distintos organismos públicos y privados que tengan injerencia en los aspectos de salvaguardar los derechos de las personas adultas mayores, considerando como fundamental el derecho a la salud. Se creó un espacio de trabajo Interinstitucional y Social, con la participación activa por primera vez de personas adultas mayores con una fructífera tradición de organización, para transitar un camino hacia la integración y abordaje en común de los temas más relevantes para el diseño de las políticas sociales que los involucran. A partir del año 2006 comienza un proceso caracterizado por el trabajo colectivo y permanente de diversas instituciones y organismos públicos involucrados en la ejecución de programas orientados hacia las personas adultas mayores (IMM Secretaria para el Adulto Mayor, MIDES, MEC, MtyD, BPS) y la sociedad civil a través de la Comisión Interinstitucional y Social para las Personas Adultas Mayores, donde el PRONAM ha asumido un rol articulador y activo para contribuir desde la salud a mejorar la calidad de vida.

En este escenario y dentro del marco de la Reforma de la Salud, donde la atención integral de salud de la población es una de las prioridades en términos de objetivos sanitarios del SNIS, se ha enfatizado en:

44. Tomado de la publicación "La construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud, 2005-2009", MSP, Montevideo, 2009, Capítulo 5.

- > Capacitación de recursos humanos técnicos y no técnicos del primer nivel de atención para mejorar la calidad de la atención.
 - > Publicación de los protocolos para el manejo en el primer nivel de atención de los principales síndromes geriátricos, producto del esfuerzo interdisciplinario e interinstitucional de profesionales y técnicos con trayectoria reconocida y experiencia en este campo.
 - > Promoción en Salud con la participación activa de las personas adultas mayores para mejorar y mantener la salud en el más alto nivel de función y con la meta de la mayor independencia posible, teniendo en cuenta que envejecimiento no es sinónimo de enfermedad.
 - Talleres de Sensibilización.
 - Talleres de preparación para una “Jubilación Saludable”.
 - Materiales de difusión y guías.
- Promoción del Carné del Adulto Mayor, que como resultado del amplio consenso en su elaboración, resulta ser un instrumento de registro de los aspectos sustantivos del estado de salud de quien llevándolo consigo facilita el vínculo permanente con el equipo de salud. Cabe destacar que a partir del 1° de julio de 2009, se incorpora una nueva meta asistencial, consistente en la entrega del Carné del Adulto Mayor a todos los afiliados usuarios mayores de 65 años de las instituciones de salud públicas y privadas, implementando en los términos del Decreto N° 159/006 de 2 de junio de 2006.
- > Establecer estándares de habilitación de residencias basados en la mejora continua de la calidad de la atención. Para esto las líneas de trabajo implican:

- Reformulación Ley de Residencias
- Categorización.
- Capacitación de Cuerpo Inspectivo
- Capacitación de Cuidadores
- Capacitación de Directores Técnicos
- Publicación Guía Cuidadores

Con la reforma de la salud ha sido posible brindar mayor accesibilidad de la población adulta mayor a través de las siguientes medidas:

1. Rebaja de 40% de tickets de medicamentos.
2. Gratuidad de acceso en medicamentos para la población diabética.
3. Reducción de tickets de medicamentos para la población hipertensa al precio regulado de la consulta de médico general.
4. Set de tickets gratuito para jubilados que ingresen por el FONASA.

Asimismo la reforma ha permitido ampliar la cobertura de las personas adultas mayores. Entre 1996 y 2007, habían ingresado al seguro de salud 50.000 jubilados. Desde agosto de 2007 a marzo de 2008 han ingresado 22.000 personas, es decir, en menos de un año, el ingreso representa el 35% de los ingresados en 11 años. Esto se explica por la política de reducción de tickets y órdenes acordadas en los contratos de gestión para la inclusión de los pasivos, la ampliación de la cobertura a jubilados patronos con menos de dos y media base de prestaciones y contribuciones de ingreso y la inclusión de todos los activos que se jubilan en el Seguro Nacional de Salud, que es al ser un seguro de por vida ligado a la seguridad social, quienes ingresan no pierden la cobertura del aseguramiento al dejar de ser activos y pasar a ser pasivos.

Hacia un Uruguay más equitativo en materia de envejecimiento

Recomendaciones

Comisión de trabajo interinstitucional

> **Ministerio de Desarrollo Social**

Dirección Nacional de Políticas Sociales, Área de las Personas Adultas Mayores. Sara García, Adriana Rovira.

> **Banco de Previsión Social**

- Director, Jorge Papadópulos.
- Director en representación de los jubilados y pensionistas, Geza Stari.

> **Ministerio de Salud Pública**

Programa Nacional del Adulto Mayor. Eugenia de Marco.

> **Congreso Nacional de Intendentes**

Representantes designados

- Comuna Canaria, Dirección de Desarrollo Social, Área del Adulto Mayor. Susana Bergeret.
- Intendencia Municipal de Montevideo. Departamento de Desarrollo Social, Secretaría para el Adulto Mayor. Susana Rodríguez.

> **Universidad de la República**

- Red Interdisciplinaria sobre Envejecimiento y Vejez (REV), representantes designados, Raquel Palumbo.
- Observatorio de Envejecimiento y Vejez. Representante designado, Mariana Paredes
- Facultad de Psicología, Servicio de Psicología de la Vejez, María Carbajal, Mónica Lladó.

> **Organización Nacional de Asociaciones de Jubilados y Pensionistas del Uruguay**

Miryam Cirisola.

Propuestas y lineamientos esratégicos generales

MIDES. Comisión de trabajo

Como hemos visto en el desarrollo de esta publicación Uruguay es uno de los países más envejecidos de las Américas, proceso que ya era evidente desde 1950, producto de una transición epidemiológica y demográfica avanzada.

Esta realidad coloca a nuestro país de cara a importantes desafíos en cuanto a poder asegurar derechos básicos para las personas adultas mayores, que permitan afrontar e incorporar al funcionamiento económico los costos implícitos de la presencia de una población que históricamente ha existido a nivel estadístico en forma residual.

Si se compara la cobertura de seguridad social de las personas adultas mayores en Uruguay con otros países de la región, se puede observar que Uruguay cuenta con una situación alentadora: las prestaciones de tipo económico alcanzan a más del 90 % de la población mayor de 65 años, otro elemento fundamental es la reforma de la salud impulsada en este último tiempo, que pone énfasis en la prevención y la atención primaria de salud. Sin embargo, hay un despliegue de intervenciones hacia la población adulta mayor que siguen focalizadas en cuidados agudos, carentes de servicios intermedios específicos, tendientes a la compensación de síntomas y a la adaptación precoz del anciano al declive funcional y cognitivo, quedando rezagadas la instrumentación de sistemas de apoyo en la comunidad y hacia la familia. Este elemento es sustancial ya que si bien la mayoría de las personas adultas mayores son independientes, realizan una contribución a la sociedad y están socialmente integradas, un porcentaje no menor, tienen dependencia parcial o total para actividades básicas de la vida diaria o para permanecer insertos en la comunidad. Si bien no contamos con estudios nacionales al respecto, los estudios en otros países alertan sobre el hecho de que por cada persona mayor que vive en una residencia y hogar para ancianos existen 2 en similar condición contenidos por su familia o solos en la comunidad.

Es necesario comenzar a pensar otras estrategias de intervención que permitan sostener mejor estas realidades, ya que si bien la familia aún constituye el principal recurso en materia de cuidados y en ella principalmente la mujer, recurso tradicional en el cuidado de los más vulnerables, los cambios en la estructura familiar, la salida de la mujer al mercado laboral y el aumento del envejecimiento poblacional, traducen una reducción del número de cuidadores potenciales. La relación de dependencia, que expresa el número de cuidadores potenciales varía de 55 mayores cada 100 cuidadores potenciales en 1995, a 93 mayores por cada 100 cuidadores potenciales en 2025 o de 5 cuidadores potenciales en 1995 a 3 por cada adulto mayor en 2025, uno de los cuales también será mayor de 65 años.

La mayoría de las personas mayores son mujeres, en especial en rangos de edades más avanzadas, así como también la mayoría de quienes cuidan también son mujeres, por tanto se trata de un fenómeno con un alto componente de género que es preciso visualizar y plantear. En tanto la mujer integrada al mundo laboral en el espacio público, debe continuar con sus roles tradicionales en los espacios privados, se ve sometida a una sobrecarga de cuidados, en una tarea en la que no se reconoce dedicación ni beneficios por parte de la sociedad. Ello redundará muchas veces en crisis familiares, institucionalizaciones y hospitalizaciones innecesarias en mayores, así como impactos múltiples, económicos y sociales en la estructura familiar.

En los tres últimos años, sin embargo, se observan intentos de coordinación de los recursos sociales existentes para este grupo etario. Los efectores del Estado, tanto en el eje sanitario como social en el campo del envejecimiento comienzan a coordinar en forma programática, y a consolidar políticas focalizadas de emergencia. Se han formado ámbitos específicos de coordinación, como la Ley 17.796 que vincula de hecho el Ministerio de Salud Pública, el

Banco de Previsión Social (BPS), el Ministerio de Vivienda Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente (MVOTMA), así como los municipios entre otros. Un elemento sustancial es la Ley de creación del Ministerio de Desarrollo Social que vincula a este organismo desde sus objetivos como inciso rector de las políticas sociales a nivel nacional, tarea a la cual se ha abocado también en el tema envejecimiento.

Es importante por tanto reconocer la existencia de grupos que requieren de dedicación y énfasis en prevención y el primer nivel de atención como medidas para comprimir la morbilidad y el impacto de la discapacidad en futuras generaciones. Si bien lo deseable es que las personas mayores permanezcan en la comunidad tanto como sea posible y en el mejor contexto cuando ello no es posible, nuestra sociedad no ofrece muchas alternativas entre la comunidad. Aunque cabe destacar que en esta última administración se ha logrado instrumentar un sistema de regulaciones.

Nuestro modelo de salud, así como los apoyos sociales existentes, aunque escasos, continúan apostando a la responsabilidad familiar, modelo que como veíamos anteriormente tiene la crisis en perspectiva, lo que supone desarrollar servicios intermedios (centros diurnos, atención domiciliaria social y de salud, servicios de respiro para familiares, servicios de geriatría en hospitales generales, apoyos sociales a cuidadores familiares), para asegurar el necesario rol que el contexto socio familiar debe y puede continuar ejerciendo. El Ministerio de Salud Pública ha avanzado en este aspecto con la reforma actual de salud, mejoró la accesibilidad de jubilados que tienen cobertura de cuotas mutuales y limitó la discriminación por edad. Sin embargo, el impacto del envejecimiento poblacional en el sector salud y en las prestaciones económicas de la seguridad social, evocado reiteradamente como problema, ha merecido por parte del gobierno y de las instituciones más implicadas un análisis y debate sincero, serio y en ocasiones meticuloso, aunque en ocasiones limitado en su difusión.

En el área social, los mayores esfuerzos de nuestra sociedad radican en beneficios jubilatorios y pensiones y está bien que así sea en tanto unos ingresos decorosos son condición ineludible para acceder a otros beneficios, tomando en cuenta la situación de pobreza en la que se encontraba el país

hace sólo unos años. Sin embargo es necesario ampliar esta mirada y comenzar a incluir especificidades concretas que presenta el envejecimiento. Una cronificación del desempleo, con una precarización de la inserción en el mercado laboral en los últimos veinte años nos presentan un sector de población adulta mayor profundamente empobrecida y fuera de los sistemas de apoyos y beneficios en materia de seguridad social, que recién acceden a beneficios cuando ya son muy añosos o muy discapacitados y enfermos, culminando en el sector salud, el que debe solucionar tarde una cadena de omisiones en materia de prevención y apoyos, a un costo superior en general. En este sentido, la reciente Ley en el marco del Plan de Equidad que habilita la gestión de una asistencia económica de tipo no contributiva a partir de los 65 años resulta un avance importante en el marco normativo, pero enfrenta una demanda cada vez mayor, así como la necesidad de instrumentar medidas complementarias a este apoyo económico.

En otro orden de cosas, algunos beneficios sociales como los préstamos al consumo para jubilados del BPS generan una gama de nuevos problemas con alto potencial de abuso económico sobre mayores vulnerables o con discapacidad mental o deterioro cognitivo. Ello redundando frecuentemente en que la persona mayor, aún con ingresos aceptables vea progresivamente afectados sus ingresos por préstamos contraídos por familiares u apoderados, incluyendo los dueños de “casas de salud”. La carencia de mecanismos de contralor y fundamentalmente de procedimientos administrativos y sanitarios que aseguren el consentimiento informado de la persona mayor, hacen que se asista a situaciones penosas en que no siempre el producto de préstamos se destina a cuidados de la persona mayor, la cual es transformada en indigente dentro de la institución que debería ampararla, y culmina muchas veces ingresada en una institución pública por insolvencia para dar cuenta de sus necesidades de atención de salud o por carencias habitacionales.

También en esto se ha avanzado en el último tiempo, regulando los máximos que las personas pueden enajenar a su ingreso, limitando con esto el abuso. Sin embargo, el problema de fondo continúa siendo el nivel de ingresos y los montos de las prestaciones económicas, que no se relacionan con el costo de vida de algunas personas adultas mayores,

sobre todos aquellos que carecen de redes informales de apoyo y los que presentan necesidades de cuidados de larga duración e institucionalizada.

En materia legislativa se avanzó al generar un marco legal y reglamentación para instituciones privadas para adultos mayores y existe la Ley de Promoción del Adulto Mayor que considera aspectos esenciales muy aprovechables para una política de Estado. Así como también, la creación de un ministerio (MIDES) que tiene como su objetivo fundamental contribuir al desarrollo y la justicia social.

En materia de investigación también se avanzó, especialmente en aquellas que pueden fundamentar políticas, citando a modo de ejemplo el Estudio SABE de OPS especialmente, en forma secundaria el Estudio Sobre Cómo Envejecen los Uruguayos de CEPAL y el Estudio Sobre el Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay del BID –Escuela Andaluza de Salud Pública, que establecen interesantes y preocupantes proyecciones para un período que se inició en el año 2000. El Estudio de Repertorio Social de Políticas Sociales del MIDES³³, el Observatorio Social para adultos mayores del Servicio de Psicología de la Vejez y el Programa de Población de la UdelaR. El trabajo realizado por BPS, Sistema Nacional del Adulto Mayor, que implica un estudio longitudinal de población e ingresos en la población adulta mayor. Estos ejemplos muestran que existe conocimiento acumulado para ser aprovechado en la generación de nuevas políticas a futuro.

Así también, la sociedad civil sea a través de organizaciones de jubilados, clubes, entidades religiosas como una gama de ONG continúa desarrollando espacios que en algunos casos cuenta con apoyo oficial. Un avance sumamente importante al respecto es el convenio firmado en 2009, entre MIDES y ONAJPU con apoyo de la UdelaR, para desarrollar un Programa de Capacitación referido a la temática Vejez y Envejecimiento en los departamentos de Maldonado, Montevideo, Paysandú, Rivera y Soriano. Otra iniciativa destacable es el trabajo en capacitación y sensibilización sobre la problemática de abuso y maltrato en la vejez que lleva adelante el Centro Interinstitucional de Colaboración con el Adulto Mayor (CICAM). Sin embargo, a pesar de

estos avances es necesario continuar promoviendo estos actores como interlocutores válidos, sin duda relevantes en el país para cualquier política hacia este grupo etario.

El envejecimiento poblacional no sólo plantea desafíos y problemas sino también oportunidades. Asegurar y garantizar la continuidad de su necesario rol en la estructura social supone reconocer las especificidades del envejecimiento en todas sus dimensiones. Es necesario, como en toda política definir principios y bases éticas para la atención y desarrollo del envejecimiento activo y saludable, que promueva la calidad de vida de las personas mayores, cualquiera sea su condición global de salud y situación social o económica, reforzando su capacidad y contribución para el desarrollo.

Aún en el caso de aquellos con diversos grados de dependencia, sus necesidades de atención, requerimientos de servicios, soluciones habitacionales y apoyos a las familias resultan funcionales para el desarrollo de políticas de empleo, tanto en servicios como en sectores de la construcción, turismo social en baja temporada, así como en uso de recursos de ocio y cultura. Asumiendo el envejecimiento poblacional como componente positivo del desarrollo que tiene connotaciones que afectan a otros grupos etarios, existen componentes educativos a incorporar desde el ámbito de la enseñanza y la educación intergeneracional, desde la perspectiva del ciclo vital y como proceso. Ello resulta importantísimo para enfrentar este desafío y asumir soluciones tanto desde una perspectiva individual como colectiva.

En cuanto a soluciones, éstas exceden un período de gobierno y requieren de un amplio consenso y políticas de Estado e intersectoriales, fundamentadas en estudios existentes y a desarrollar y en normas específicas. Aún cuando puedan existir debates o diferencias en cuanto instrumentos estos consensos generales deben establecer las bases para una política general. Para las próximas décadas es claro que los instrumentos tradicionales en materia principalmente de salud y medidas sociales hacia este grupo etario, tales como las fundadas en la caridad o beneficencia resultan insuficientes y el modelo de atención y soporte familiar está en crisis, esto ineludiblemente vuelve e repercutir en áreas claves como el sector salud y servicios. Es preciso

33. Sitio de consulta: <http://mides.redirectme.net/mides/portalmides/portalmides/portalm.php>

desarrollar sistemas diferentes que propicien que la familia y la sociedad continúen ejerciendo su rol, con un apoyo formal de sistemas y servicios integrales, continuos, progresivos, flexibles y accesibles, capaces de generar respuestas conforme la persona envejece y su situación se hace más compleja.

Cualquiera sea la estrategia que se asuma, ésta debe contemplar, más allá de la heterogeneidad que caracteriza a esta población y con enfoque de riesgo dos subgrupos:

- > Las personas mayores relativamente sanas e independientes, socialmente integradas, sobre las que es necesario focalizar esfuerzos en mantenerles activos saludables y en la comunidad, productores de procesos colectivos compartidos.
- > Las personas mayores frágiles o vulnerables, es decir aquellas que tienen riesgo de dependencia o ya padecen diversos grados de discapacidad física o mental, sobre las que debiera promoverse la permanencia en la comunidad hasta tanto sea posible y en el mejor contexto de atención cuando sea necesario.

Ambos subgrupos deben contemplarse en los ingredientes de un Plan Gerontológico Nacional, las áreas de intervención programática, las actividades de estos programas, el desarrollo de servicios, la reconversión del sistema de salud, el desarrollo de apoyos en servicios sociales, las normas que regulen estas estructuras y los sistemas de financiación de todos estos aspectos.

A su vez, se deben incluir tres ejes detectados sustanciales y que hasta ahora han permanecido ausentes o escasamente abordados en las políticas públicas sociales en materia de envejecimiento.

- > Situación de las personas adultas mayores residentes en instituciones de larga estadía:
 - Centros de salud mental.
 - Residencias y hogares de ancianos. (En este punto hay una normativa vigente en la órbita de MSP que convendría seguir impulsando).
 - Centros de reclusión. (Penitenciarías).
- > Situación de la población adulta mayor afrodescendiente.
- > Transversalización de género en las políticas públicas sociales para la población adulta mayor que permita ver el impacto del envejecimiento en la mujer.

Es necesario a su vez, tener en cuenta dos aspectos centrales:

- > El envejecimiento demográfico como proceso dinámico y que afecta a todas las generaciones, con diferencias profundas marcadas por la cantidad de población y la provisión de recursos según los distintos departamentos.
- > Comenzar a considerar a la población vieja como personas insertas en su entorno y con vínculos sociofamiliares que determinan las situaciones de vulnerabilidad que pueda haber, así como los recursos y potencialidades disponibles.

Con este marco de referencia se enumera a continuación brevemente una serie de propuestas que se considera importante explicitar con breves fundamentos para cada caso y que deberían estar en toda agenda de consensos o diseños en políticas hacia el sector. Cabe aclarar, que cada una requiere de un desarrollo específico que excede a la intención del presente documento:

1. Generales

- > Es necesario tener en cuenta, para el diseño de programas e intervenciones, así como para definir sus criterios de pautas de financiamiento, que el envejecimiento presenta ciertas dimensiones específicas entre ellas, la heterogeneidad de situaciones marcada por los diferentes grupos etarios, la incidencia del territorio, la feminización, la medicalización y algunas situaciones de dependencia, entre otras. Articulado con lo anterior es preciso habilitar condiciones para que las discusiones y decisiones sobre la generación de políticas y asignaciones presupuestales para programas destinados a niñez y juventud o vejez, no caigan en la lógica de la confrontación y la oposición. Teniendo en cuenta que el envejecimiento es un proceso y que las condiciones en las que las personas llegan a la vejez se construyen a lo largo de toda la vida, es necesario que los programas destinados a las personas adultas mayores, articulen y coordinen con otros programas destinados a otros grupos etarios.
- > Se recomienda que todos los organismos públicos y privados como el MIDES, MSP, BPS, así como otros organismos ejecutores de programas orientados hacia la población adulta mayor, se comprometan a articular, pensar e imple-

mentar las políticas en acuerdo con las acciones promovidas por el Plan de Acción Internacional de Madrid 2002, por ser éste un documento que refleja el consenso internacional acerca de cómo abordar las diferentes situaciones que se presentan al acercarnos a esta temática.

- Asimismo, debemos comprometernos a revisar y ajustar en forma permanente los sistemas legales nacionales a los marcos jurídicos internacionales y declaraciones vinculantes, promoviendo acciones que permitan avanzar sobre ellos. Lo cual resulta una herramienta básica a la hora de promover una mejor calidad de vida y reconocimiento social de nuestros mayores.
- Es preciso promover espacios de discusión y diálogo amplios con las Organizaciones de la Sociedad Civil, instituciones referentes de cada territorio, organizaciones a nivel nacional, la Universidad de la República y otros referentes académicos, y la sociedad civil en su conjunto, en la discusión de los temas relacionados con la vejez y el envejecimiento, entendiendo que son temas que atañen a la sociedad toda y no sólo a las personas adultas mayores.
- En este camino, resulta imprescindible la creación de un espacio permanente de articulación a nivel nacional de las políticas sociales para la población adulta mayor, que cuente con un marco conceptual unificado, para definir áreas de intervención programática, con inserción nacional y estructuras organizativas especializadas o específicas, que coordinando e integrando las visiones de los diferentes organismos públicos involucrados y de la sociedad civil, aborde la planificación, diseño y evaluación de un sistema integrado de políticas públicas destinadas a las personas adultas mayores.
- Se debe promover la creación de un organismo de carácter consultivo y nacional (Consejo Nacional de las Personas Adultas Mayores) con inserción departamental y descentralizado, de carácter asesor para la negociación, asesoramiento, diseño y seguimiento de los Planes Gerontológicos Nacionales. Este organismo debería contar con presupuesto adecuado a su función y estar integrado por organismos del Estado directamente relacionados a la temática, incluyendo efectores del sector público en el tema como Ministerio de Salud Pública, ASSE, Ministerio

de Desarrollo Social, Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio del Interior, Ministerio de Turismo y Deporte, Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, Congreso de Intendentes, Universidad de la República, organizaciones representativas de las personas adultas mayores e instituciones no lucrativas. La tarea principal en esta etapa debería sentar las bases para el Primer Plan Gerontológico Nacional hasta su existencia formal emanado del organismo competente, en el marco de una continuidad al Debate Nacional en Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio.

Siguiendo la experiencia de otros países de la región, el Plan debería contar con las siguientes áreas temáticas en las que se deberán desplegar metas y actividades con sus presupuestos respectivos para el período, sin perjuicio de las que se amplíen:

- a) Salud y asistencia sanitaria (incluyendo prevención y promoción de salud específicas, rehabilitación, sistemas de atención y servicios a normatizar y desarrollar diferenciados para mayores, cuidados de larga duración para mayores dependientes).
 - b) Servicios sociales y soluciones habitacionales para mayores.
 - c) Cultura, ocio y tiempo libre.
 - d) Participación, integración social y protección de derechos.
 - e) Formación de recursos humanos.
 - f) Investigación.
- El plan debería tener una vigencia superior a un período de gobierno y debería ser revisado en cada período. Los organismos del Estado serían responsables de asignar las dotaciones presupuestales para su ejecución y el plan debería tener carácter mandatario para los mismos, estando supeditadas los desarrollos que cada organismo haga en esta área lo que disponga el Plan sin perjuicio de iniciativas que excedan a las prioridades del plan.
 - Se hace necesario continuar en la línea de la descentralización y adaptación territorial de los recursos sociales, culturales, económicos, entre otros destinados a las personas adultas mayores, para garantizar un acceso y uso adecuado de estos, según las necesidades de la población a las que están destinados. Para esto, se debe promo-

ver la participación de las personas involucradas desde los ámbitos de gobierno y desde la sociedad toda, partiendo de lo territorial para localizar los problemas y las herramientas que, a este nivel, se cuenta para lograr posibles soluciones.

- Es necesario promover escenarios de articulación a nivel de todo el Estado, a la hora de planificar políticas públicas hacia la población adulta mayor para vincular el envejecimiento con otros marcos de desarrollo, económicos, sociales y políticos.
- Concientización y sensibilización. Promover campañas publicitarias que aborden el tema del envejecimiento desde una mirada positiva, ligada a la noción de proceso. Propiciar a nivel social conductas o acciones no discriminatorias y prejuiciosas hacia la población adulta mayor. Promover la coordinación y articulación de actividades de sensibilización junto a las organizaciones sociales de Adultos Mayores, tomando sus aportes como un recurso valioso. Promover condiciones de equidad para asegurar la participación de las personas adultas mayores en distintos ámbitos, reconociendo y valorando sus capacidades y los aportes que éstas pueden hacer.
- Incluir en la currícula de formación académica, contenidos relacionados con la temática del envejecimiento que permita producir conocimientos, mejorar el aprovechamiento de tecnologías y herramientas para una mejor comprensión de este tema. Vinculado con lo anterior, se recomienda generar estrategias de articulación entre organizaciones o programas destinados a la población adulta mayor y los destinados a infancia y juventud; promoviendo el diálogo e integración intergeneracional, propiciando, además la ubicación de esta etapa de vida como modelo identitario posible.

2. Derechos Humanos

- Participación, desarrollo social y educación. Promover, apoyar, crear, y profundizar programas que estimulen la inserción o continuidad de la participación y aporte de las personas adultas mayores en la vida cultural, económica, social,

política, y otros de su comunidad, y el desarrollo de sus potencialidades.

- Erradicación de la pobreza. Se recomienda continuar con la línea iniciada en esta administración en el marco del Plan de Equidad, de una asistencia a la vejez de tipo no contributiva, ya que consideramos que este tipo de prestaciones son un componente importante para la reducción de la pobreza en la población adulta mayor.
- Igualdad y no discriminación. A partir del entendido de que el envejecimiento es un proceso complejo, que se construye a lo largo de toda la vida, condicionado por factores culturales y sociales entre otros, se debe tener en cuenta la situación de discriminación que sufre y ha sufrido históricamente la población afrodescendiente en Uruguay, para lo cual se debe promover una cultura de derecho y no discriminación hacia estos sectores de población adulta mayor, acompañado de una estrategia de intervención que apunte a la integración social. Para esto se requiere:
 - a) Generar acciones y promover programas con un enfoque de equidad racial que permita trabajar los efectos de la discriminación racial en la construcción del envejecimiento.
 - b) Promover la identidad étnico-racial en la población adulta mayor y el ejercicio pleno de sus derechos.
 - c) Promover la transversalización de la dimensión étnico-racial en las políticas sociales orientadas hacia la población adulta mayor.
 - d) Promover la investigación y el conocimiento de la situación que presenta respecto a su envejecimiento la población afrodescendiente en el Uruguay.
- Continuar ampliando en el corto y mediano plazo iniciativas legislativas para protección de las personas mayores. Ello incluye:
 - a) Establecer una modificación del Decreto Ley 320/99 en cuanto a estándares y requisitos de habilitación mínimos y un sistema de calificación de calidad de las residencias.
 - b) Desarrollar normas de garantía de los derechos de las personas mayores en el acceso a préstamos sociales y los contralores para protección de sus derechos, obligando por

Ley a la vinculación de situaciones de envejecimiento crónico con un programa de prevención del delito y apoyo social transitorio. Establecer en la misma la prioridad en la retención para las instituciones no lucrativas que les asisten con destino a sus cuidados por encima de toda retención de organismos de crédito públicos o privados.

- c) Desarrollar normas específicas de prevención de la violencia doméstica en contra de las personas adultas mayores y crear además mecanismos de contención y articulación que posibiliten un abordaje integral y una estrategia de derivación y atención adecuada a cada situación específica.
- d) En cuanto al problema de la violencia, sería necesaria también, la promulgación de una ley complementaria a la actual que tomara por objeto la violencia intrainstitucional en el sector privado y público; el desarrollo de servicios de recepción; estudio y derivación; protección transitoria; apoyo a primeras medidas de reinserción; al menos un equipo técnico especializado en gerontología a nivel del Poder Judicial para abordar estos casos.
- > Promover la valoración y el reconocimiento de los trabajos que la población adulta mayor lleva a cabo, sea desempeñando sus actividades en el ámbito formal, no formal o familiar; siendo éste remunerado, no remunerado o de carácter voluntario, reconociendo el aporte que ello significa para el desarrollo social, cultural y económico del país.
- > Asumiendo el proceso de feminización de la vejez, debemos producir políticas que incluyan la variable del género a la hora de hacer definiciones, ya que muchas veces se producen diferencias en los roles que se asumen dentro de las familias y los acuerdos afectivos, los tipos de trabajos que se realizan y a los que se accede, así como las remuneraciones que por éstos se perciben, condicionando los ingresos económicos a los que se accede en la vejez, los lugares de participación, la calidad de vida, etc. Para esto es necesario:
 - a) Promover el acceso de las mujeres mayores a los recursos, las oportunidades y los servicios públicos, de manera de contribuir a la erradicación de la pobreza y las situaciones de exclusión social de este sector de población.
 - b) Fortalecer las capacidades productivas y promover el acceso a créditos, a bienes culturales, la tierra, la tecnología y la información de este sector de población adulta mayor femenina.
 - c) Integrar la perspectiva de género en el diseño, elaboración, monitoreo y evaluación de las políticas públicas hacia la población adulta mayor.
 - d) Incorporar el enfoque de género en los distintos programas sociales orientados hacia la población mayor de 65 años.
 - e) Promover la creación de intervenciones en el tema de envejecimiento, que permitan incluir a sectores de población que no han participado del mercado formal de trabajo, fundamentalmente población femenina, como usuarias directas de la batería de programas sociales.
- > Es necesario que se propicie el acceso de la población adulta mayor a los beneficios generados por el desarrollo en todos sus aspectos (tecnológico, socioeconómico, etc.), promoviendo de esta manera la integración plena de este grupo etario a la sociedad y evitando situaciones de marginación. Para posibilitarlo se necesita garantizar el acceso equitativo a los beneficios del crecimiento económico, generando, entre otros elementos, condiciones que hagan sustentables los sistemas de protección social.
- > Participación, desarrollo social y educación. Propiciar el acceso a la educación y la capacitación a lo largo de toda la vida y a todo nivel, dotando a las personas adultas mayores de mayor cantidad y mejores herramientas para su plena inserción en la sociedad y el goce de sus derechos.
- > En concordancia con el punto anterior se propone dar continuidad a programas ya existentes y crear otros que propendan al acercamiento, conocimiento y manejo de las tecnologías de la información por parte de las personas adultas mayores. A su vez, promover el diálogo intergeneracional destinado al intercambio de conocimientos que permitan aprovechar y potenciar

los conocimientos de los integrantes de diferentes generaciones en la familia, el trabajo, los ámbitos educativos, la comunidad y otros.

- Un punto sustancial y que merecería un trabajo profundo y colectivo, es el que se refiere a las personas adultas mayores que se encuentran en instituciones de larga estadía. Sean éstas de tipo asistencial (residenciales, centros de salud mental, etc.) o de reclusión (penitenciarias).
 - a) Continuar con el Programa Acciones para las Personas Privadas de Libertad, de la Dirección de Asistencia Crítica e Inclusión Social del Ministerio de Desarrollo Social y promover la habilitación de una dimensión de trabajo directamente hacia la población mayor de 60 años.
 - b) Es necesario habilitar dispositivos de control y seguimiento de la situación en la que se encuentra esta población.
 - c) Incluir en el Censo 2010 la incorporación de una pregunta orientada a obtener datos precisos sobre la cantidad de población adulta mayor que se encuentra en estas condiciones de vida.
 - d) Avanzar en la elaboración de un protocolo de acción y manual de buenas prácticas que permitan orientar las intervenciones dentro de las instituciones, teniendo en cuenta aspectos puntuales que presenta el envejecimiento y las consecuencias negativas que inscriben en él, los procesos de institucionalización.
 - e) Promover la creación de una comisión de trabajo por parte del MIDES con la participación del Patronato de Encarcelados y Liberados, la Dirección de Derechos Humanos del Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio del Interior y el Poder Judicial, que permita avanzar en el tema de Derechos Humanos y promoción de un envejecimiento digno y con calidad de vida en las personas adultas mayores que se encuentran en situación de reclusión.
 - h) Recomendar y promover en los espacios en los que participa el MIDES junto al Patronato del Psicópata, Ministerio de Salud Pública y profesionales del área de la salud, la inclusión de ciertas especificidades en relación al envejecimiento para que sean tomadas en

cuenta en aquellas instituciones de larga estancia en el ámbito de la salud mental en la que residen personas adultas mayores.

3. Salud y asistencia

- Derecho a la salud. Desde una perspectiva de promoción y prevención de salud, se debe promover la práctica de deportes y otras actividades físicas, y educar en la adquisición de otros hábitos saludables que pueden generar una mejor calidad de vida y retardar la aparición de discapacidades debidas al deterioro físico o cognitivo.
- Se debe adecuar normas y regulaciones y crear nuevas normas que impliquen servicios existentes y nuevos servicios en el sector salud y social como ingredientes de estándares mínimos para la habilitación en el contexto de las normas generales, que especifiquen servicios básicos diferenciados para mayores tanto en el sector público como en el privado.
- Teniendo en cuenta que la población adulta mayor presenta necesidades diferentes a nivel sanitario, que otros grupos de población, se recomienda el establecimiento de unidades gerontológicas en hospitales públicos generales y unidades gerontológicas de rehabilitación o media estancia hasta donde sea posible tanto en Montevideo como en regiones del interior. En esta línea de trabajo debería incluirse también las dimensiones psicológica y social de los pacientes para su tratamiento integral.
- Coordinar y regular de acuerdo a necesidades con organismos competentes la formación de recursos humanos en geriatría y gerontología y su normatización.
- Creación de un sistema formal de ayudas domiciliarias amparado y monitoreado por el Estado. En este sentido el Estado y los organismos que financian cuotas en Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) para jubilados deben desarrollar en los marcos regulatorios condiciones y canastas mínimas de servicios como los mencionados como contraparte de los mismos. Estos servicios deberán orientarse hacia la prevención y atención integral del adulto mayor y a los estándares de valoración y procesos de atención validados internacionalmente.

- Continuar trabajando en el desarrollo de pautas de acreditación para instituciones privadas e incluir servicios diferenciados y especializados para mayores, en apoyo de estructuras del primer nivel de atención.
- Promover la instalación de servicios socio-sanitarios de tipo intermedio y en relevo sobre la presión en los costos en hospitales de agudos que garantice cobertura universal y accesos pautados con criterios de ingresos, alta y seguimiento objetivo, con un control adecuado de uso acorde a las necesidades del individuo basado en una valoración integral de las personas adultas mayores y no solamente en parámetros económicos o de funcionalidad física básica. Estableciéndose una conformación mixta del mismo que incluya al Estado, las instituciones privadas, y los propios individuos, sean éstos trabajadores o mayores jubilados o pensionistas. Conformado el mismo, los prestadores pueden ser públicos y / o privados, pero deben existir criterios definidos y regulaciones en la gestión de casos que especifiquen criterios de calificación de necesidades, cargas de cuidados y mejores contextos de atención en cada caso. En todo caso los montos de ayuda deben relacionarse con los recursos de la persona y las familias, realizando apoyos mayores a los más necesitados y con insuficientes recursos socioeconómicos.
- Estudio de un Fondo de Financiación de Cuidados de Larga Duración para soporte de mayores semidependientes o dependientes y de sus familias. Lo cual permita dar cuenta de costos crecientes, teniendo en cuenta necesidades múltiples, incluso alimentarias. Promover cuidados de larga estancia, reconocer la dependencia y las diferentes variantes que impone a los mayores y sus familias, generando cargas adicionales y responsabilidades hacia una atención más colectiva.
- Los servicios a cubrir por este fondo comprenderían: servicios de atención sanitaria continua, cuidados custodiales y rehabilitación en domicilio, servicios de centros diurnos y respiro familiar, cuidados en residencias habilitadas e inscriptas, servicios de compañía y ayuda doméstica, comidas en domicilio, compra de auxiliares para la dependencia, eliminación de barreras arquitectónicas y adaptación del hogar a la persona dependiente. Para cada uno es preciso definir cargas máximas de uso y sistemas de calificación así como montos. Quedan excluidos y debe especificarse, de estas canastas de servicios los cuidados agudos y procedimientos complejos cubiertos por el Fondo Nacional de Recursos.
- Estudiar, diseñar, normatizar e implementar y controlar un sistema de financiación de cuidados de larga duración para mayores con discapacidad y de apoyo a sus cuidadores habituales.
- Deben diseñarse e implantarse sistemas y fondos de compensación mutua entre instituciones para apoyar a aquellas con alto envejecimiento de usuarios en su padrón y que desarrollan servicios para mayores.
- Los préstamos y apoyos económicos con recursos del Estado o créditos internacionales al sector privado deben incluir cláusulas y mecanismos de contralor que aseguren la implantación de estas reformulaciones en materia de servicios como condición de acceso a los mismos, continuidad contractual y punición si fuese aplicable.
- Tomando en cuenta el elevado número de población mayor de 65 años que presentan situaciones de emergencia y vulnerabilidad social -vinculado esto a distintas situaciones económicas, familiares y sociales- se recomienda la creación de un Centro de Asistencia a situaciones de emergencia social. Este Centro deberá estar preparado para brindar una solución de urgencia al detectarse situaciones de emergencia en las áreas planteadas. Con el objetivo a corto plazo de implementar estrategias de resolución que requiera la situación detectada. Esto quiere decir, la implementación de dispositivos adecuados de derivación hacia otras instituciones o servicios, o el restablecimiento de las redes familiares y sociales que le permitan a la persona volver a la comunidad.

4. Entornos favorables

- Inclusión en la comunidad. Favorecer la creación y sostén de redes de inclusión familiares y comunitarias para las personas adultas mayores.
- Considerando la importancia de la generación

de vínculos y redes de sostén para todos los seres humanos, sería importante la multiplicación de los espacios de socialización e intercambio de las personas adultas mayores con sus congéneres y con otras generaciones. En este sentido promover como requisito permanente en los programas sociales del MIDES, que trabajan con el objetivo de la inclusión social, la conformación de grupos intergeneracionales.

- Se propone organizar junto a otros actores, talleres de integración en el proceso de culminación del ciclo laboral formal, que permita a las personas adultas mayores ingresar a la etapa de la jubilación, elaborando un proyecto de vida que les permita permanecer activos e integrados a la sociedad.
- Accesibilidad. Es necesario crear, adaptar y mantener infraestructuras adecuadas en los lugares públicos y privados, a todo nivel, para facilitar la movilidad e integración de las personas adultas mayores en la vida cotidiana, la vida cultural y social de los lugares que habitan.
- Aprovechar y estimular las posibilidades que ofrece la Ley de Vivienda para Jubilados y Pensionistas y el concepto de solución habitacional

incluido en su última versión para favorecer la construcción y gestión de diferentes tipologías de viviendas y servicios para jubilados y pensionistas. En este sentido es preciso reconocer que la construcción de viviendas individuales resulta cara y no soluciona la problemática conforme las personas usufructuarias envejecen y se “discapacitan”. Por ello debe establecerse una priorización de tipologías diferentes que comprendan hábitat y servicios, tales como: casas colectivas para número reducido de usuarios a cargo de cuidadores entrenados y complejos de viviendas asistidas con centro diurno y puesto de salud de escasa complejidad, o sistemas de respiro para familiares (estancias diurnas o nocturnas en centros en complejos) y programas de apoyo y ampliación de hogares sin fin de lucro.

- En el mismo sentido debiera implantarse programas de cooperación entre ASSE y BPS en la gestión de estas unidades, de forma de garantizar la provisión de salud in situ por una parte y medios de reinserción al alta, o ingresos a establecimiento de un nivel superior de complejidad de atención.

Respuestas públicas para la vejez

El “Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio” buscó analizar el impacto que las políticas públicas imprimen en el envejecimiento, a partir de los paradigmas desde los cuales se diseñan y las lógicas que están presentes en las distintas prácticas de intervención y en la provisión de servicios. Por este motivo, el eje de territorio fue sustancial como elemento de trabajo, ya que es en territorio donde las políticas sociales se materializan. Es a su vez desde sus distintos territorios que Uruguay presenta realidades demográficas e institucionales altamente diferentes. Si entendemos que envejecer no es solamente un proceso biológico que marca una etapa en la vida de los seres humanos, sino además una construcción sociocultural, que implica la adjudicación de roles y posiciones de cada uno en el espacio de las relaciones sociales. Es así que existen estereotipos que establecen distintos lugares en el imaginario social para las personas viejas en nuestro país, uno de los más comunes es el que considera que una persona al jubilarse se vuelve paulatinamente dependiente de los más jóvenes, a fin de sustentar su cotidianidad. Constituyendo por tanto una carga social y familiar que ha de soportarse en el mejor de los casos sin perturbar el normal funcionamiento del orden social, económico, familiar e institucional.

Es importante sin embargo, reconocer que cada vez más el mundo nos presenta personas que se jubilan en el pleno ejercicio de sus potencialidades productivas, políticas, culturales y sociales. Debemos por lo tanto habilitar nuevos espacios, efectivamente novedosos, en la que los viejos y viejas de nuestro país tengan cada vez más las oportunidades para desplegar aquellas capacidades acumuladas, asociadas a valores, a experiencias laborales y de relacionamiento afectivo, que son únicas y a su vez importantes para toda la sociedad.

Por ello, asumimos esta última perspectiva y consecuentemente, trabajamos para producir políticas públicas que dignifiquen el envejecimiento. Ocasionalmente algunas voces contraponen las prioridades del Gasto Público Social entre la infancia y la vejez. Y nada más lejano a nuestro enfoque,

que al contrario supone compatibilizar los intereses de todos los sectores de nuestra población, la cual toda, sin importar sus edad son el presente y futuro de nuestro país. Es así que para los niños y niñas nuestro gobierno ha dispuesto - entre tantas medidas - un nuevo régimen de asignaciones familiares para hogares de bajos recursos y al mismo tiempo, un subsidio no contributivo, la Asistencia a la vejez para los adultos mayores que no cuenten con ninguna cobertura de la seguridad social y estén en situación de extrema vulnerabilidad.

Insistimos en la idea de que un aumento de la esperanza de vida al nacer es buena noticia, por lo tanto debemos continuar en el sendero de la consolidación de una estructura de oportunidades en la que los adultos mayores encuentren las múltiples opciones para envejecer con dignidad, respeto, afecto, reconocimiento y en atención a sus necesidades básicas. En este sentido, los cambios introducidos en el actual sistema de seguridad social mejoraron el perfil de las prestaciones y lo hacen más asequible a los trabajadores en situación de retiro; los beneficios generados durante la presente administración del BPS han significado una mejora sustantiva en los ingresos de los pasivos; la provisión de pensiones no contributivas también se incrementó en estos años; los ajustes efectuados han contribuido a levantar sensiblemente el poder de compra de jubilaciones y pensiones; todo lo cual ha implicado naturalmente un mejoramiento de los ingresos de los adultos mayores. Simultáneamente, desde el MSP también se operó en el sentido de incrementar la calidad de las prestaciones y servicios especializados; particularmente hemos asistido a una masiva atención de la salud ocular nunca antes vista. También la consolidación y desarrollo institucional del Área de las Personas Adultas Mayores del MIDES ha implicado el impulso a la mayor articulación y coordinación de las acciones públicas a favor de este segmento de la población.

Es en este marco que el MIDES convocara en su momento la realización de un Debate amplio que permitiera contribuir a la búsqueda de un equidad generacional. Para esto se contó con el apoyo y fi-

nanciamiento del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), la colaboración de CEPAL y la participación de numerosos organismos públicos y organizaciones sociales en todos los departamentos del país. Llegamos así al final de este proceso de trabajo, que pretende ser una etapa más a la búsqueda de ir mejorando las respuestas que desde el Estado brindamos a las diferentes situaciones que plantea el envejecimiento como proceso de vida diverso, continuo y complejo. Después de más de un año de trabajo, nos encontramos con avances importantes pero también ante desafíos insoslayables, para construir un sistema más adecuado y acorde a las condiciones de desarrollo de nuestra población adulta mayor.

Compartimos pues en esta publicación, las principales conclusiones que han emergido con la firme convicción de aportar ideas, consensos y propuestas. Las tendencias sociodemográficas de medio y largo plazo nos han exigido analizar con rigor los efectos o posibles consecuencias que traerían consigo; sobre todo en aspectos fundamentales que hacen a la sustentabilidad y calidad de las prestaciones y servicios actualmente existentes, y en términos generales nos obligó a repensar el papel de los adultos mayores en nuestra sociedad y la producción de las mejores condiciones para el pleno ejercicio de los derechos.

En este sentido, el MIDES ha pretendido mediante la articulación de esfuerzos contribuir a la elaboración de propuestas normativas, programáticas y operativas hacia los próximos años, las cuales se conjugan con la acción concomitante y en consonancia con el grado de acuerdos alcanzados en otras instancias colectivas, como el Diálogo Social sobre Seguridad Social que fuera desarrollado durante gran parte del año 2007 y en el cual convergieron

actores políticos, sociales y públicos de todo el país, que condujo a un conjunto de recomendaciones compartidas y aplicadas por el actual Gobierno Nacional.

Tenemos la plena convicción que en los próximos años habrán de plasmarse también las respuestas que fueron surgiendo durante el desarrollo de este Debate y es en este sentido, que la reforma del Estado impulsada en esta Administración de Gobierno, que incluye, la reforma tributaria; la reforma de la salud; revisiones en materia de las políticas de empleo; una nueva política de vivienda y hábitat; una reforma educativa y un plan nacional de igualdad de oportunidades y derechos, a lo cual se suma la creación del MIDES, con un rol sustancial de coordinación y articulación de las políticas sociales, contribuye sustancialmente a configurar un escenario a nivel público más adecuado y preparado para abordar otras acciones, que complementarias a las ya existentes nos permitan la construcción de un escenario más preparado a abordar las problemáticas del envejecimiento.

Más años de vida, mejor calidad de vida. Esta es la consigna que nos impulsa a continuar profundizando las acciones estatales, incorporando nuevas políticas sociales y amalgamarlas con las intervenciones propias de la sociedad civil para seguir generando las políticas públicas para la vejez.

Christian Adel Mirza
Director Nacional de Políticas Sociales
MIDES

Anexo Normativo

"Leyes, decretos y ordenanzas referentes a la población adulta mayor, aprobados en el período 2005-2009"

Ley N° 18.095

Prima por edad

Artículo 1º. (Prima por edad).- Establécese, a partir del 1º de enero de 2007, con la gradualidad a que refiere el artículo 4º, una prima por edad para las personas que se encuentren en el goce de una jubilación servida por el Banco de Previsión Social y cumplan con las condiciones reguladas en la presente ley y en la reglamentación.

Artículo 2º. (Beneficiarios).- Son beneficiarios de la prima por edad, en las condiciones previstas por el artículo 4º de la presente ley, las personas jubiladas que tengan setenta o más años de edad y que cumplan los siguientes requisitos:

- A) Que sus ingresos no superen las tres Bases de Prestaciones y Contribuciones (Ley N° 17.856, de 20 de diciembre de 2004).
- B) Que integren hogares donde el promedio total de ingresos por persona, no supere las tres Bases de Prestaciones y Contribuciones.

Artículo 3º. (Monto).- El monto de la prima será equivalente al valor vigente de la prima por edad creada por la Ley N° 12.761, de 23 de agosto de 1960, modificativas y concordantes, en los términos que surgen del artículo siguiente.

Dicho monto se reajustará conforme al procedimiento del artículo 67 de la Constitución de la República.

Artículo 4º. (Incorporación gradual).- La prima por edad que se establece por la presente ley tendrá la siguiente gradualidad:

- A) Para los jubilados de ochenta o más años de edad, a partir del 1º de enero de 2007, se devengará y abonará una tercera parte (1/3) del valor referido en el artículo anterior, incrementándose a razón de una tercera parte (1/3) más cada 1º de enero de los subsiguientes años 2008 y 2009, hasta alcanzar la totalidad del valor citado.
- B) Para los jubilados de setenta o más años de edad, pero menores de ochenta, a partir del 1º de enero

de 2007, se devengará y abonará una quinta parte (1/5) del valor referido en el artículo anterior, incrementándose a razón de una quinta parte (1/5) más cada 1º de enero de los subsiguientes años 2008, 2009, 2010 y 2011, hasta alcanzar la totalidad del valor citado.

Artículo 5º. (Iniciación y suspensión del servicio de la prima).- La prima por edad se devengará a partir del primer día del mes siguiente al cumplimiento de la edad y condiciones dispuestas en la presente ley y en el decreto reglamentario.

Si las condiciones antedichas dejaran de verificarse, la prima por edad se suspenderá a partir del primer día del mes siguiente a ese cambio de situación.

Artículo 6º. (Incompatibilidad).- En ningún caso podrá acumularse más de una prima por edad, independientemente de la normativa a cuyo amparo haya sido otorgada.

Artículo 7º. (Efectos sobre prestaciones).- El beneficio que se establece no se considerará para determinar el mínimo jubilatorio, ni a los efectos previstos en el artículo 186 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995. Tampoco se incluirá en el cálculo del sueldo básico de pensión.

Ley N° 18.119

Topes jubilatorios

Artículo 1º.- Las personas jubiladas por el régimen del llamado Acto Institucional N° 9, de 23 de octubre de 1979, y modificativas, cuyos ceses en la actividad se produjeron a partir del 1º de enero de 1994, y sus pasividades fueron limitadas por el tope jubilatorio de 7 (siete) salarios mínimos nacionales, tendrán derecho a la reliquidación de sus pasividades sobre la base de aumentar el mencionado tope inicial a partir del año 1994, inclusive, a razón de un salario mínimo nacional por año, según la fecha del cese, hasta alcanzar el límite máximo establecido por el inciso segundo del artículo 76 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Consecuentemente, se realizarán las siguientes reliquidaciones:

- A) Para los cesantes en el año 1994, se elevará la pasividad tomando en consideración la que le hubiera correspondido al momento de jubilarse, si el tope hubiera sido de 8 (ocho) salarios mínimos nacionales vigentes a la fecha del cese e incorporando los distintos ajustes posteriores.
- B) Para los cesantes en el año 1995 se aplicará el mismo procedimiento, partiendo del supuesto de que el tope hubiera sido de 9 (nueve) salarios mínimos nacionales vigentes a la fecha del cese.
- C) Para los cesantes en el año 1996 se procederá de igual modo, partiendo del supuesto de que el tope hubiera sido de 10 (diez) salarios mínimos nacionales vigentes a la fecha del cese.
- D) Para los cesantes a partir del año 1997, inclusive, se aplicará el mismo criterio, partiendo del supuesto de que el tope hubiera sido el establecido por el inciso segundo del artículo 76 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Artículo 2º.- Quienes se jubilaron en las condiciones preceptuadas por el Título V de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, tendrán derecho a la reliquidación o liquidación establecida por el artículo 63 de dicha norma, tomándose para la opción del

literal A) del mencionado artículo, lo reglado en el artículo anterior.

Artículo 3º.- Lo señalado en los artículos que anteceden también se aplicará a las pensiones generadas, tanto por jubilados fallecidos que estuvieran en las condiciones indicadas o por personas fallecidas en actividad durante el período 1º de enero de 1994, a 20 de setiembre de 1995 o a partir del 21 de setiembre de 1995, siempre que sus causantes tuvieran acreditada la causal por el régimen del llamado Acto Institucional N° 9, de 23 de octubre de 1979.

Artículo 4º.- La vigencia de los artículos precedentes será gradual, de acuerdo a fechas y condiciones que se establecen a continuación, no generándose, en ningún caso, haberes retroactivos más allá de las fechas indicadas:

- A) Desde el 1º de julio de 2007, a la totalidad de beneficiarios comprendidos en esta norma se les reliquidará la jubilación sobre la base de un tope inicial de 8 (ocho) salarios mínimos nacionales, vigentes a las fechas de sus respectivos ceses.
- B) Desde el 1º de julio de 2008, se volverá a reliquidar la pasividad a los beneficiarios cuyos ceses se produjeron a partir del 1º de enero de 1995, sobre la base de un tope inicial de 9 (nueve) salarios mínimos nacionales vigentes a las fechas de sus respectivos ceses.
- C) Desde el 1º de julio de 2009, se volverá a reliquidar la pasividad a los beneficiarios cuyos ceses se produjeron a partir del 1º de enero de 1996, sobre la base de un tope inicial de 10 (diez) salarios mínimos nacionales vigentes a las fechas de sus respectivos ceses.
- D) Desde el 1º de julio de 2010, se ajustará definitivamente la pasividad a los beneficiarios cuyos ceses se produjeron a partir del 1º de enero de 1997, sobre la base del tope establecido por el inciso segundo del artículo 76 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Artículo 5º. A los efectos de lo dispuesto en la presente ley, se tendrá en cuenta lo establecido por la Ley N° 17.856, de 20 de diciembre de 2004.

Ley N° 18.181

Creación del Fondo Nacional de Salud

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º.- Créase el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el que será administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) y financiará el régimen de prestación de asistencia médica de los beneficiarios del Seguro de Enfermedad del BPS, de los jubilados del BPS que hicieran la opción prevista por el artículo 187 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, de los funcionarios públicos y de otros dependientes del Estado, con el alcance y en los términos previstos en la presente ley.

Artículo 2º.- Quedarán incluidos en el régimen establecido en la presente ley:

- A) Las personas comprendidas en lo dispuesto por el artículo 8º del decreto-ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la Ley N° 15.953, de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 2º de la Ley N° 16.759, de 4 de julio de 1996, y por el artículo 187 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.
- B) Los funcionarios de la Administración Central, del Tribunal de Cuentas, de la Corte Electoral, del Tribunal de lo Contencioso Administrativo y del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.
- C) Las cuidadoras del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.
- D) Los contratados a término.

Exceptuase del presente régimen a los funcionarios de los Incisos 03 “Ministerio de Defensa Nacional”, 04 “Ministerio del Interior” y 12 “Ministerio de Salud Pública”, que tuvieron derecho a otras coberturas, los que continuarán manteniendo los

regímenes especiales de asistencia médica de cada Inciso.

El presente régimen no será aplicable tampoco a becarios y pasantes.

Artículo 3º.- El Fondo Nacional de Salud se integrará con los siguientes recursos:

- A) Un aporte del Banco de Previsión Social equivalente al monto total que debe abonar dicho organismo a las prestadoras de servicios de salud a la fecha de vigencia de la presente ley por concepto de cuotas mensuales de prepago de las personas comprendidas en el artículo 8º del decreto-ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, con las modificaciones introducidas por el artículo 1º de la Ley N° 15.953, de 6 de junio de 1988, por el artículo 186 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 2º de la Ley N° 16.759, de 4 de julio de 1996, y por el artículo 187 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, y de las cuotas correspondientes al Fondo Nacional de Recursos. Dichos aportes serán ajustados por la variación del valor de las cuotas y por las altas y bajas que se vayan produciendo.
- B) Un aporte de los funcionarios incluidos en los literales B), C) y D) del artículo 2º de la presente ley, de un 3% (tres por ciento) que se calculará sobre el total de las retribuciones sujetas a montepío.
- C) Un aporte a cargo del organismo empleador de los funcionarios incluidos en los literales B), C) y D) del artículo 2º de la presente ley, del 5% (cinco por ciento) sobre las mismas remuneraciones establecidas en el literal anterior.

Artículo 4º.- El aporte referido en el literal B) del artículo 3º de la presente ley, para los beneficiarios de los organismos públicos comprendidos en el artículo 2º de la presente ley, será inicialmente de cargo de Rentas Generales o de quien haga sus veces.

A partir de la fecha que determine el Poder Ejecutivo y coincidiendo con la aplicación del ajuste de recuperación salarial, los funcionarios aportarán a razón de un 1% (uno por ciento) acumulativo anual hasta alcanzar el porcentaje del 3% (tres por ciento). La diferencia entre el aporte personal descontado y el 3% (tres por ciento) será de cargo de Rentas Generales.

Los trabajadores comprendidos en lo dispuesto en el literal B) del artículo 8° del decreto-ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, quedarán excluidos de lo previsto en el inciso anterior.

A efectos de hacer frente a las erogaciones que demanda el presente artículo, así como al aporte de cargo del empleador establecido en el literal C) del artículo 3°, la Contaduría General de la Nación realizará las trasposiciones y habilitaciones de créditos presupuestales necesarios en cada Inciso y unidad ejecutora.

Artículo 5°.- Los beneficiarios que ingresen al Fondo Nacional de Salud con posterioridad a la aprobación de la presente ley podrán optar, de acuerdo con lo que determine la reglamentación, por su afiliación a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) contratadas por el Banco de Previsión Social (BPS) o a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), en cuyo caso se realizará bajo las condiciones que se establezcan entre dichas instituciones (BPS y IAMC o ASSE). Exceptúase de dicha afiliación a quienes se encuentren amparados en otros regímenes, que le aseguren la cobertura asistencial en un nivel no inferior al que tendrían derecho por el sistema que se crea en la presente ley. En ningún caso será admitida la doble cobertura de la asistencia médica al amparo de este sistema. No obstante en todos los casos el funcionario deberá realizar el aporte previsto en el artículo 3° de la presente ley. El Poder Ejecutivo reglamentará las equivalencias de cobertura asistencial.

Facúltase al Poder Ejecutivo a determinar la fecha en que dicha opción se hará para los beneficiarios del literal A) del artículo 2° de la presente ley.

Artículo 6°.- Quienes se encuentren amparados simultáneamente por el presente régimen y por el establecido por el decreto-ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, u otras coberturas particulares, deberán optar por una única afiliación, manteniendo

do en las actividades comprendidas por la norma precedentemente citada los derechos y obligaciones correspondientes.

Artículo 7°.- El Banco de Previsión Social abonará una cuota uniforme a todas las prestadoras de asistencia médica por las que hubieran optado los beneficiarios. Dicha cuota podrá estar asociada a la edad y sexo de los beneficiarios e incluir pagos por el cumplimiento de metas asistenciales. La fijación de la cuota se realizará por el Poder Ejecutivo en acuerdo con los Ministerios de Economía y Finanzas y de Salud Pública, tomando en consideración las economías derivadas de costos de cobranza, financieros, gestión de cobro y otros costos de gestión. Abonará, asimismo, al Fondo Nacional de Recursos las cuotas correspondientes por la totalidad de los beneficiarios incluidos en la presente ley.

Artículo 8°.- Se destinará a financiar la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) el importe de las cuotas que perciba, así como el excedente que surja de los aportes realizados por aplicación de la presente ley, luego de abonar la totalidad de las cuotas establecidas en el artículo 7° de la presente ley.

El monto determinado por aplicación del inciso precedente constituirá Recursos de Afectación Especial con titularidad y disponibilidad de ASSE, y no se computará como base de cálculo de ninguna retribución, comisión o cualquier otro complemento de naturaleza salarial o no salarial, establecida por otras disposiciones legales.

A efectos de la habilitación de los créditos que se financian con los recursos establecidos en el presente artículo, será de aplicación el artículo 43 de la Ley N° 17.296, de 21 de febrero de 2001. Dichos créditos se distribuirán por unidad ejecutora para gastos de funcionamiento e inversiones de acuerdo con lo que determine la Dirección General de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Artículo 9°.- Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir a los funcionarios de la Administración Nacional de Educación Pública, así como al Poder Judicial, en el régimen creado en la presente ley. La aportación progresiva hasta alcanzar el 3% (tres por ciento), establecida en el artículo 4° de la presente ley, no podrá significar reducción del salario líquido.

Facúltase al Poder Ejecutivo a extender el régimen creado en la presente ley, a funcionarios de otros organismos públicos nacionales.

Artículo 10.- En caso de producirse las incorporaciones autorizadas en el artículo precedente u otras que se dieran en el futuro, los créditos habilitados para los regímenes de asistencia médica de cada organismo, pasarán a financiar los aportes previstos en los literales B) y C) del artículo 3º de la presente ley.

Artículo 11.- El que por cualquier medio ejecutare o encomendare ejecutar actos de intermediación lucrativa, de promoción o publicidad, con la finalidad de captar socios o afiliados para las instituciones de asistencia médica pública o privada, sean éstas colectivas o particulares, entregando a cambio o prometiendo entregar a dichos socios o afiliados dinero u otra ventaja equivalente (a excepción de mejoras en las prestaciones asistenciales) será castigado con una pena de cuatro a veinticuatro meses de prisión.

Los directores y administradores de las instituciones que por cualquier medio ejecutaren, facilitaren, propiciaren o aceptaren tales actos, serán considerados coautores del delito que se tipifica.

Constituyen circunstancias agravantes de este delito:

- A) El carácter de funcionario público del agente.
- B) El grado de jerarquía funcional del autor.

Son nulas, asimismo, las deudas contraídas por las instituciones de asistencia médica por concepto de actos ejecutados de conformidad con lo previsto por el presente artículo.

Artículo 12.- El Ministerio de Salud Pública o el Banco de Previsión Social (BPS) podrán aplicar sanciones pecuniarias de hasta 1.000 UR (un mil unidades reajustables) a aquellas instituciones que se hubieren beneficiado a consecuencia de las conductas referidas en el artículo precedente, pudiendo duplicarse el monto de la sanción en caso de reincidencia y retenerse las transferencias por concepto de cuotas de afiliación al sistema que administra el BPS.

Artículo 13.- Facúltase al Poder Ejecutivo a crear una Comisión de Seguimiento para la aplicación de la presente ley.

Artículo 14.- Derógase lo dispuesto por la Ley N° 17.946, de 5 de enero de 2006, el artículo 14 de la Ley N° 15.903, de 10 de noviembre de 1987, con la redacción dada por los artículos 11 de la Ley N° 16.002, de 25 de noviembre de 1988, y 21 de la Ley N° 16.170, de 28 de diciembre de 1990, y toda disposición que establezca otro régimen de cobertura asistencial a los beneficiarios del régimen creado en la presente ley.

Ley N° 18.161

Administración de los Servicios de Salud del Estado

Se crea como servicio descentralizado. El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Capítulo I. Denominación, personería y administración

Artículo 1º.- Créase, con el nombre de Administración de los Servicios de Salud del Estado (en adelante ASSE), un servicio descentralizado que se relacionará con el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública.

Este servicio descentralizado sustituye al órgano desconcentrado de igual denominación. Es persona jurídica y tendrá su domicilio principal en la capital de la República sin perjuicio de las dependencias instaladas o que se instalen en todo el país.

Artículo 2º.- ASSE será dirigida y administrada por un Directorio compuesto de cinco miembros, quienes serán designados de conformidad con lo dispuesto por el inciso primero del artículo 187 de la Constitución de la República.

Cuando el Poder Ejecutivo elabore la propuesta de Directores tendrá, especialmente en cuenta, como condiciones personales, de dos de los cinco miembros, que sean representativos de los usuarios y de los trabajadores de ASSE.

Dentro de los seis meses contados desde la promulgación de la presente ley, el Poder Ejecutivo reglamentará la forma en que los usuarios y los trabajadores formularán sus respectivas propuestas.

Durante los primeros tres años de su funcionamiento, ASSE podrá ser dirigida y administrada por los otros tres miembros del Directorio.

Capítulo II. Competencias, cometidos y poderes jurídicos

Artículo 3º.- Las competencias de ASSE son de carácter nacional y se integran con los cometidos y los poderes jurídicos que se establecen en los dos artículos siguientes.

Artículo 4º.- Son cometidos de ASSE:

- A) Organizar y gestionar los servicios destinados al cuidado de la salud en su modalidad preventiva y el tratamiento de los enfermos.
- B) Ejercer la coordinación con los demás organismos del Estado que prestan servicios de salud, procurando al máximo accesibilidad, calidad y eficiencia, evitando superposiciones y/o duplicaciones.
- C) Formar parte del Sistema Nacional Integrado de Salud previsto en el artículo 264 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005, al que contribuirá en su implementación.
- D) Brindar los servicios de salud establecidos en la Ley N° 9.202, de 12 de enero de 1934, que regula los servicios prestados por el Ministerio de Salud Pública y que, hasta la vigencia de la presente ley, eran cumplidos por el órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).
- E) Desarrollar el cumplimiento de los derechos en materia de salud que tienen los habitantes de la República, de conformidad con el artículo 44 de la Constitución de la República, así como a quienes se comprometa a brindar servicios para lo que está habilitada, dentro del marco de los programas nacionales elaborados por el Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud Pública y las leyes de conformación del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- F) Cumplir los cometidos previstos en el literal anterior a través de una organización que cubra y coordine adecuadamente el nivel nacional y los niveles departamentales y locales, y que abarque

las diversas etapas de la atención integral en materia de salud, contribuyendo a la promoción, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

- G) Efectuar y mantener actualizado un diagnóstico sobre el estado de salud de sus usuarios y las circunstancias socio-económicas y culturales que puedan condicionar sus niveles, elaborando las estrategias más adecuadas para la superación de los mismos.
- H) Contribuir, mediante planes adecuados de difusión, al cambio voluntario de las prácticas, actitudes y estilos de vida, que ponen en riesgo la salud.

Capítulo III. Órganos de administración y dirección

Artículo 5º.- El Directorio de ASSE tendrá los siguientes poderes jurídicos:

- A) Administrar el patrimonio y los recursos del organismo.
- B) Disponer -dentro de los límites que establezca el Reglamento General- la descentralización interna o las delegaciones que estime convenientes que permitan asignar a sus unidades asistenciales -regionales y locales- responsabilidades por el logro de objetivos, metas y resultados mediante convenios de gestión acordados, otorgándoles, para ello, suficiente autonomía en la gestión de sus recursos para el más eficaz y eficiente cumplimiento de los cometidos del organismo.
- C) Dictar sus reglamentos internos y, en general, realizar todos los actos jurídicos y operaciones materiales destinados al buen cumplimiento de sus cometidos.
- D) Fijar aranceles y contraprestaciones por sus servicios con aprobación del Poder Ejecutivo.
- E) Efectuar designaciones, promociones y cesantías de funcionarios sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 16 de la presente ley. Las designaciones requerirán la aprobación del Poder Ejecutivo. El Directorio tendrá la facultad de contratar el personal técnico, administrativo y de servicio que fuere necesario, así como disponer su cese, requiriéndose, en ambos casos, resolución fundada.
- F) Fiscalizar y vigilar todos sus servicios y dictar

las normas y reglamentos necesarios para el cumplimiento de los fines del organismo.

- G) Suscribir con otros servicios de salud, públicos o privados, compromisos de gestión concertada, evitando siempre la superposición innecesaria de servicios y la insuficiente utilización de los recursos humanos y materiales.
- H) Controlar la calidad de los servicios propios y contratados a terceros.
- I) Ejercer la potestad disciplinaria sobre todo el personal.
- J) Proyectar, dentro del plazo de 180 días, el Reglamento General del organismo, elevándolo al Poder Ejecutivo para su aprobación.

Artículo 6º.- El quórum para que pueda sesionar el Directorio será de tres miembros.

Las resoluciones serán adoptadas por simple mayoría de votos, salvo en los casos en que esta ley o el Reglamento General disponga un determinado número de votos para resolver.

Durante el período a que refiere el inciso cuarto del artículo 2º de la presente ley, el quórum necesario para sesionar será de dos miembros.

Artículo 7º.- Al Presidente le corresponde:

- A) Ejecutar las resoluciones del Directorio.
- B) Adoptar y disponer de inmediato las medidas necesarias y urgentes, dando cuenta al Directorio en la primera sesión y estándose a lo que éste resuelva.
- C) Presidir las sesiones del Directorio y representar a la institución.
- D) Firmar con el miembro del Directorio o con el funcionario que éste designe todos los actos y contratos en que intervenga el servicio descentralizado.

El Presidente del Directorio representará al organismo y tendrá las demás facultades que establezca el Reglamento General, que será aprobado por el Poder Ejecutivo a propuesta de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE).

Artículo 8º.- Los miembros del Directorio son personal y solidariamente responsables de las resoluciones votadas en oposición a la ley o por inconveniencia de la gestión.

Queda dispensado de esta responsabilidad el Di-

rector que hubiere hecho constar en acta su disenso y el fundamento que lo motivó. Cuando este pedido de constancia se produzca, el Presidente del Directorio estará obligado a dar cuenta del hecho, dentro de las 24 horas, al Ministerio de Salud Pública, remitiéndole testimonio del acta respectiva.

Artículo 9º.- Los miembros del Directorio de ASSE no podrán ser nombrados para cargos, ni aun honorarios, que directa o indirectamente dependan de ésta. Esta inhabilitación durará hasta un año después de haber cesado en sus funciones, cualquiera sea el motivo del cese, y se extiende a todo otro cometido, profesional o no, aunque no tenga carácter permanente ni remunerado.

Los miembros del Directorio tampoco podrán ejercer simultáneamente profesiones o actividades que, directa o indirectamente, se relacionen con ASSE.

Las prohibiciones e incompatibilidades señaladas no rigen para las funciones docentes desempeñadas honorariamente en institutos de enseñanza superior.

Capítulo IV. Consejos asesores honorarios

Artículo 10.- Habrá un Consejo Asesor Honorario Nacional y Consejos Asesores Honorarios Departamentales o Locales, que se integrarán en la forma que establezca el Reglamento General de ASSE, el que garantizará la participación de sus usuarios y sus trabajadores.

Artículo 11.- Estos Consejos Honorarios tendrán actividades de asesoramiento, proposición y evaluación, en sus respectivas jurisdicciones. Todos sus informes serán presentados al Directorio de ASSE, pero no tendrán carácter vinculante.

Capítulo V. Patrimonio y recursos

Artículo 12.- El patrimonio de ASSE se integrará de la siguiente manera:

A) Con los activos y los pasivos de cualquier naturaleza del órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que se transfieren de pleno derecho al servicio descentralizado creado por esta ley. El Ministerio de Salud Pública realizará todas las operaciones necesarias a efectos de registrar las mutaciones dominiales o transferencias respectivas.

B) Con las donaciones o legados que reciba.

C) Con las transferencias de activos que a cualquier título le realice el Gobierno Central, las Intendencias Municipales y cualquier otro organismo del Estado.

Artículo 13.- Los recursos de ASSE se integrarán de la siguiente manera:

A) Con el producido de sus proventos.

B) Con las donaciones o legados que reciba.

C) Con un Fondo de Mejoramiento y Ampliación de Servicios que ASSE proyectará y enviará al Poder Ejecutivo dentro de los tres meses siguientes a la instalación de su Directorio.

D) Con las asignaciones que resulten de su presupuesto, que se elaborará y tramitará según las reglas del artículo 220 y concordantes de la Constitución de la República.

E) Con los aportes que se establezcan en función de la población atendida por ASSE.

F) Con las cantidades que puedan corresponder por integrar el Seguro Nacional de Salud previsto en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 14.- Los eventuales excedentes operativos podrán, de acuerdo con las normas del artículo 220 de la Constitución de la República y leyes concordantes, destinarse a:

A) Financiamiento de inversiones.

B) Reserva especial con destino a cubrir déficit futuro.

C) Ser transferidos al Gobierno Central.

Los eventuales déficit operativos se cubrirán:

A) Por superávit acumulado previamente.

B) Por créditos que contraiga el organismo.

C) Por transferencias desde el Gobierno Central, expresamente aprobadas por el Parlamento Nacional.

Artículo 15.- Declárase de utilidad pública la expropiación y el uso de los bienes inmuebles necesarios para el cumplimiento de la presente ley (artículo 32 de la Constitución de la República y artículo 4º de la Ley N° 3.958, de 28 de marzo de 1912).

Las designaciones de bienes que hubieren de realizarse en los trámites a que alude la citada ley, serán realizadas por el Poder Ejecutivo a propuesta de ASSE.

Capítulo VI. Recursos humanos

Artículo 16.- ASSE tendrá el personal que, a la fecha de vigencia de esta ley, pertenezca o esté afectado a las unidades ejecutoras del órgano desconcentrado que lleva la misma denominación, sin perjuicio de lo dispuesto por el literal E) del artículo 5° de la presente ley.

El ingreso de personal de cualquier categoría se regirá por las normas generales del Estatuto del Funcionario Público, sin perjuicio de las reglas especiales que se dicten en atención a la índole de sus cometidos (literal E) del artículo 59 de la Constitución de la República).

Dentro de los 120 días, contados desde la vigencia de la presente ley, deberá quedar definido por el Poder Ejecutivo el personal que pertenece a ASSE; en este plazo se atenderá la situación particular de los funcionarios que no pertenecen a la plantilla funcional de ASSE.

Dentro del plazo de 180 días de promulgada la presente ley, el Directorio de ASSE proyectará y elevará el Estatuto del Funcionario, estableciendo identificación de funciones y puestos de trabajo, descripciones de cargos y régimen laboral, sistema de retribuciones, condiciones de ingreso, capacitación y desarrollo, evaluación de desempeño, ascenso, descanso, licencias, suspensión o traslado, régimen disciplinario y demás componentes de la carrera sanitaria y funcional hasta el egreso definitivo del funcionario, sin perjuicio de la aprobación de una ley marco de esta carrera.

Artículo 17.- Dentro del plazo de 180 días, a contar de la promulgación de la presente ley, el Ministerio de Salud Pública, en acuerdo con ASSE distribuirá el personal afectado al Ministerio de Salud Pública, con el asesoramiento de la Oficina Nacional del Servicio Civil.

Artículo 18.- El Ministerio de Salud Pública y ASSE definirán en el plazo de 180 días el personal afectado a cada uno de sus organismos.

Hasta tanto no se lleven a cabo las regularizaciones funcionales previstas en la presente ley, el personal afectado a ASSE no verá afectada su remuneración como consecuencia de la aplicación de la misma.

Capítulo VII. Procedimiento administrativo

Artículo 19.- ASSE dictará dentro del plazo de 180 días, a partir de la vigencia de la presente ley, las disposiciones relativas al procedimiento administrativo en general y disciplinario en particular, sobre la base de los siguientes principios:

- A) Imparcialidad.
- B) Legalidad objetiva.
- C) Impulsión de oficio.
- D) Verdad material.
- E) Economía, celeridad y eficacia.
- F) Informalismo en favor del administrado.
- G) Flexibilidad, materialidad y ausencia de rituales.
- H) Delegación material.
- I) Debido procedimiento.
- J) Contradicción.
- K) Buena fe, lealtad y presunción de verdad, salvo prueba en contrario.
- L) Motivación de la decisión.
- M) Gratuidad.

Capítulo VIII. Disposición transitoria

Artículo 20.- Hasta tanto no se sancione el primer presupuesto para el servicio descentralizado que se crea por esta ley, regirá el que a la fecha de su promulgación tenía el Ministerio de Salud Pública, con destino al órgano desconcentrado Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), incluyendo la totalidad de los créditos presupuestales, cualquiera sea su naturaleza.

Ley N° 18.211

Sistema Nacional Integrado de Salud

Normativa referente a su creación, funcionamiento y financiación.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Capítulo I. Disposiciones generales

Artículo 1º.- La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud. Sus disposiciones son de orden público e interés social.

Artículo 2º.- Compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud determinados en el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

Artículo 3º.- Son principios rectores del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) La promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población.
- B) La intersectorialidad de las políticas de salud respecto del conjunto de las políticas encaminadas a mejorar la calidad de vida de la población.
- C) La cobertura universal, la accesibilidad y la sustentabilidad de los servicios de salud.
- D) La equidad, continuidad y oportunidad de las prestaciones.
- E) La orientación preventiva, integral y de contenido humanista.

- F) La calidad integral de la atención que, de acuerdo a normas técnicas y protocolos de actuación, respete los principios de la bioética y los derechos humanos de los usuarios.
- G) El respeto al derecho de los usuarios a la decisión informada sobre su situación de salud.
- H) La elección informada de prestadores de servicios de salud por parte de los usuarios.
- I) La participación social de trabajadores y usuarios.
- J) La solidaridad en el financiamiento general.
- K) La eficacia y eficiencia en términos económicos y sociales.
- L) La sustentabilidad en la asignación de recursos para la atención integral de la salud.

Artículo 4º.- El Sistema Nacional Integrado de Salud tiene los siguientes objetivos:

- A) Alcanzar el más alto nivel posible de salud de la población mediante el desarrollo integrado de actividades dirigidas a las personas y al medio ambiente que promuevan hábitos saludables de vida, y la participación en todas aquellas que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida de la población.
- B) Implementar un modelo de atención integral basado en una estrategia sanitaria común, políticas de salud articuladas, programas integrales y acciones de promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación y rehabilitación de la salud de sus usuarios, incluyendo los cuidados paliativos.
- C) Impulsar la descentralización de la ejecución en el marco de la centralización normativa, promoviendo la coordinación entre dependencias nacionales y departamentales.
- D) Organizar la prestación de los servicios según niveles de complejidad definidos y áreas territoriales.
- E) Lograr el aprovechamiento racional de los re-

cursos humanos, materiales, financieros y de la capacidad sanitaria instalada y a instalarse.

- F) Promover el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos para la salud, el trabajo en equipos interdisciplinarios y la investigación científica.
- G) Fomentar la participación activa de trabajadores y usuarios.
- H) Establecer un financiamiento equitativo para la atención integral de la salud.

Artículo 5º.- A efectos de lo dispuesto en el artículo 2º de la presente ley, compete al Ministerio de Salud Pública:

- A) Elaborar las políticas y normas conforme a las cuales se organizará y funcionará el Sistema Nacional Integrado de Salud, y ejercer el contralor general de su observancia.
- B) Registrar y habilitar a los prestadores de servicios integrales de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y a los prestadores parciales con quienes contraten.
- C) Controlar la gestión sanitaria, contable y económico-financiera de las entidades, en los términos de las disposiciones aplicables.
- D) Fiscalizar la articulación entre prestadores en el marco del Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E) Aprobar los programas de prestaciones integrales de salud que deberán brindar a sus usuarios los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, y mantenerlos actualizados de conformidad con los avances científicos y la realidad epidemiológica de la población.
- F) Instrumentar y mantener actualizado un sistema nacional de información y vigilancia en salud.
- G) Regular y desarrollar políticas de tecnología médica y de medicamentos, y controlar su aplicación.
- H) Diseñar una política de promoción de salud que se desarrollará conforme a programas cuyas acciones llevarán a cabo los servicios de salud públicos y privados.
- I) Promover, en coordinación con otros organismos competentes, la investigación científica en salud y la adopción de medidas que contribuyan a mejorar la calidad de vida de la población.

- J) Las demás atribuciones que le otorga la presente ley, la Ley N° 9.202 “Orgánica de Salud Pública”, de 12 de enero de 1934, y otras disposiciones aplicables.

Artículo 6º.- El Ministerio de Salud Pública creará un registro obligatorio de recursos de tecnología de diagnóstico y terapéutica de alto porte de los servicios de salud.

La reglamentación determinará los contenidos de la información que deban proporcionar las instituciones, su periodicidad y las sanciones en caso de incumplimiento. Toda nueva incorporación de tecnología deberá ser aprobada por el Ministerio de Salud Pública teniendo en cuenta la información científica disponible, la necesidad de su utilización y la racionalidad de su ubicación y funcionamiento.

Artículo 7º.- La política nacional de medicamentos tendrá por objetivo promover su uso racional y sustentable. El Ministerio de Salud Pública aprobará un formulario terapéutico único de medicamentos que contemple los niveles de atención médica y establecerá la obligatoriedad de su prescripción por denominación común internacional según sus principios activos; racionalizará y optimizará los procesos de registro de medicamentos y fortalecerá las actividades de inspección y fiscalización de empresas farmacéuticas y la fármaco vigilancia.

Artículo 8º.- El control de la calidad integral de la atención en salud a cargo del Ministerio de Salud Pública tomará en cuenta el respeto a principios de la bioética y a los derechos humanos de los usuarios.

Dicha modalidad será aplicable a la incorporación y uso de tecnologías y medicamentos.

Artículo 9º.- El Ministerio de Salud Pública, en coordinación con otros organismos competentes, promoverá y evaluará que el desarrollo profesional continuo de los recursos humanos de las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud responda a los principios rectores del mismo.

Artículo 10.- El Ministerio de Salud Pública promoverá la armonización de los parámetros de calidad de los bienes, servicios y factores productivos del

área de salud y los mecanismos de control sanitario de los Estados Parte del MERCOSUR, en el marco del proceso de integración regional.

Capítulo II. Integración del sistema nacional integrado de salud

Artículo 11.- Podrán integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Los servicios de salud a cargo de personas jurídicas públicas, estatales y no estatales.
- B) Las entidades a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005.

Artículo 12.- Para integrar el Sistema Nacional Integrado de Salud es preceptivo que las entidades públicas y privadas cuenten con órganos asesores y consultivos representativos de sus trabajadores y usuarios. La reglamentación determinará la naturaleza y forma de los mismos, según el tipo de entidades de que se trate.

Artículo 13.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, además de sus órganos de gobierno, deberán contar con un Director Técnico como autoridad responsable ejecutiva en el plano técnico ante la propia entidad, la Junta Nacional de Salud que se crea en el artículo 23 de la presente ley y el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 14.- Para autorizar como integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud a las entidades referidas en el artículo 11 de la presente ley, la Junta Nacional de Salud evaluará, además de los requisitos establecidos en el literal B) del artículo 5° y en los artículos 12 y 13 de la presente ley, su caudal de usuarios, los recursos humanos, la planta física, el equipamiento, los programas de atención a la salud, la tecnología, el funcionamiento organizacional y el estado económico-financiero, según criterios que fije la reglamentación.

La integración al Sistema Nacional Integrado de Salud tendrá carácter funcional, no modificando la titularidad de las entidades ni su autonomía administrativa.

Artículo 15.- La Junta Nacional de Salud suscribirá un contrato de gestión con cada uno de los prestadores que se integre al Sistema Nacional Integrado de Salud, con el objeto de facilitar el contralor del

cumplimiento de las obligaciones que impone a éstos la presente ley. La reglamentación determinará el contenido de dichos contratos.

Artículo 16.- Las entidades que se integren al Sistema Nacional Integrado de Salud ajustarán su actuación a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud Pública y quedarán sujetas a su contralor.

Artículo 17.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán recabar, con fundamentos debidamente documentados, autorización del Ministerio de Salud Pública, quien oírá en todos los casos a la Junta Nacional de Salud, para:

- A) Crear, clausurar o suspender servicios de atención médica.
- B) Construir, reformar o ampliar plantas físicas destinadas a la atención médica.
- C) Adquirir, enajenar, ceder y constituir otros derechos reales sobre bienes inmuebles y equipos sanitarios.

Artículo 18.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán realizar afiliaciones de carácter vitalicio, sin perjuicio de respetar los derechos adquiridos al amparo de normativas anteriores a la presente ley. En estos casos, las prestaciones que supongan no darán derecho a la entidad al cobro de cuotas salud.

Artículo 19.- Las prestaciones incluidas en los programas integrales que apruebe el Ministerio de Salud Pública podrán requerir el pago de tasas moderadoras, que autorizará el Poder Ejecutivo, fijando también sus montos máximos.

El Poder Ejecutivo promoverá la progresiva reducción del monto de las tasas moderadoras, priorizando las enfermedades crónicas de mayor prevalencia en la población.

Artículo 20.- Los profesionales y entidades que presten servicios de salud podrán realizar publicidad mediante cualquier modalidad de difusión siempre que limiten las menciones a sus datos identificatorios, títulos que posean y especialidades que desarrollen, los que deberán estar debidamente registrados ante el Ministerio de Salud Pública.

Cuando dichos profesionales o entidades se pro-

pongan ampliar el alcance de su publicidad, deberán recabar previamente autorización al Ministerio de Salud Pública, en los términos de la reglamentación aplicable.

Las personas o entidades que infrinjan estas normas se harán pasibles de sanciones entre 30 UR (treinta unidades reajustables) y 500 UR (quinientas unidades reajustables) que aplicará el citado Ministerio, sin perjuicio de la inmediata suspensión de la publicidad que le será notificada a los responsables de los medios utilizados para su difusión. Si la orden no fuere efectivizada, a los medios se les aplicarán iguales sanciones económicas.

Artículo 21.- Las entidades de atención a la salud privadas que no se incorporen al Sistema Nacional Integrado de Salud podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitadas a tal efecto por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Artículo 22.- Los seguros integrales a que refiere el artículo 265 de la Ley N° 17.930, de 19 de diciembre de 2005, podrán seguir prestando servicios a sus usuarios mediante el régimen de libre contratación, siempre que hayan sido habilitados por el Ministerio de Salud Pública y se sujeten a su control en lo sanitario.

Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud que contraten con dichas entidades deberán comunicar su decisión a la Administración del Fondo Nacional de Salud.

Estos usuarios aportarán al Fondo Nacional de Salud creado por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo a lo dispuesto en el Capítulo VII de la presente ley y gozarán de los mismos derechos asistenciales que quienes se inscriban en los padrones de las demás entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales las cuotas salud que correspondan a dichos usuarios siempre que se cumplan acumulativamente los siguientes requisitos:

1) Que otorguen a los mismos las prestaciones incluidas en los programas integrales aprobados por el Ministerio de Salud Pública, sin perjuicio

del régimen previsto en el inciso primero de este artículo, y

2) aporten al Ministerio de Salud Pública y a la Junta Nacional de Salud la información asistencial y económico-financiera que les sea requerida a efectos del contralor de sus obligaciones respecto a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud. En caso de incumplimiento de las mismas, será aplicable el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del artículo 28 de la presente ley.

En ningún caso la Administración del Fondo Nacional de Salud pagará a los seguros integrales un monto superior al del aporte obrero-patronal del contribuyente. La reglamentación de la presente ley determinará la distribución del mismo considerando las cuotas salud y los aportes que deba transferir al Fondo Nacional de Recursos según la estructura del núcleo familiar del usuario.

Los seguros integrales verterán al Fondo Nacional de Salud el 6% (seis por ciento) de los ingresos recibidos del propio Fondo por concepto de costos de administración el que se destinará al financiamiento del Seguro Nacional de Salud.

Capítulo III. Junta nacional de salud

Artículo 23.- Créase la Junta Nacional de Salud como organismo desconcentrado dependiente del Ministerio de Salud Pública con los cometidos que le atribuye la presente ley.

Artículo 24.- Son cometidos de la Junta Nacional de Salud:

- A) Administrar el Seguro Nacional de Salud que crea la presente ley, con arreglo a sus disposiciones y a la reglamentación respectiva.
- B) Velar por la observancia de los principios rectores y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Artículo 25.- La Junta Nacional de Salud tendrá carácter honorario, sus miembros serán designados por el Poder Ejecutivo y estará compuesta por:

- A) Dos miembros representantes del Ministerio de Salud Pública, uno de los cuales la presidirá.
- B) Un miembro representante del Ministerio de Economía y Finanzas.

- C) Un miembro representante del Banco de Previsión Social.
- D) Un miembro representante de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- E) Un miembro representante de los trabajadores de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- F) Un miembro representante de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud.

En todos los casos, por cada titular se designará un alterno.

Todos los integrantes de la Junta Nacional de Salud deberán formular una declaración jurada de bienes e ingresos a cualquier título, a la Junta Asesora en Materia Económico Financiera del Estado, de acuerdo con lo dispuesto por el Capítulo V de la Ley N° 17.060, de 23 de diciembre de 1998, en lo que resulte pertinente.

Artículo 26.- La reglamentación de la presente ley determinará la forma de integración de los representantes sociales a que refieren los literales D), E) y F) del artículo 25 de la presente ley, garantizando mecanismos de selección democrática de los mismos. Su mandato tendrá una duración máxima de dos años.

Los representantes de prestadores y trabajadores que se integren a la primera Junta serán propuestos por sus organizaciones representativas.

Artículo 27.- La Junta Nacional de Salud contará con Consejos Asesores Honorarios Departamentales y Locales, que se integrarán en la forma que determine la reglamentación de la presente ley, observando que en los mismos estén representados los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, sus trabajadores y sus usuarios.

Estos Consejos tendrán funciones de asesoramiento, proposición y evaluación en sus respectivas jurisdicciones, pero sus informes y propuestas no tendrán carácter vinculante.

Artículo 28.- Compete a la Junta Nacional de Salud:

- A) Suscribir con los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud los contratos de gestión a que refiere el artículo 15 de la presente ley.

- B) Aplicar los mecanismos de financiamiento de la atención integral a la salud que corresponda a los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud y fiscalizar la efectiva integración de los aportes al Fondo Nacional de Salud que se determinan en el Capítulo VII de la presente ley.
- C) Disponer el pago de cuotas salud a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, de acuerdo a sus padrones de usuarios y previa verificación del cumplimiento de las obligaciones a su cargo.
- D) Controlar las relaciones entre los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud y entre éstos y terceros.
- E) Disponer la suspensión temporal o definitiva, total o parcial, del pago de cuotas salud en caso de incumplimiento de las obligaciones a cargo de los prestadores, determinado por acto administrativo firme.
- F) Elaborar el proyecto de su reglamento interno de funcionamiento que elevará al Poder Ejecutivo para su aprobación, dentro de los ciento ochenta días de su constitución.
- G) Las demás que le asigne la presente ley.

Artículo 29.- Compete al Presidente de la Junta Nacional de Salud:

- A) Presidir sus sesiones, sin perjuicio de los mandatos sustitutivos que otorgue en previsión de sus ausencias.
- B) Ejecutar las resoluciones de la Junta.
- C) Adoptar las medidas urgentes que entienda necesarias para el cumplimiento de los cometidos de la Junta Nacional de Salud, dando cuenta de ellas a la misma en la primera sesión posterior y estando a lo que ésta resuelva. Para modificar las decisiones adoptadas en el ejercicio de esta potestad será necesario el voto de por lo menos cinco de los miembros de la Junta. Mientras no se integren a él los representantes sociales, a estos efectos se requerirá el voto de tres de sus miembros.
- D) Representar al organismo y suscribir todos los actos, contratos y convenios en que intervenga el mismo.
- E) Las demás tareas que le sean encargadas por la Junta.

Artículo 30.- Para sesionar, el Directorio de la Junta Nacional de Salud requerirá la presencia de cuatro de sus miembros. Las decisiones se tomarán por mayoría simple de votos de integrantes del cuerpo.

En caso de empate el voto del Presidente del Directorio se computará doble.

Artículo 31.- Créase dentro del Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública” el Programa “Administración del Seguro Nacional de Salud” dentro del cual se constituye la Junta Nacional de Salud como su unidad ejecutora.

Artículo 32.- Facúltase al Poder Ejecutivo, a propuesta del Ministerio de Salud Pública, a adecuar sus programas y redistribuir los créditos presupuestales a los efectos de atender los costos de funcionamiento de la Junta Nacional de Salud.

Artículo 33.- La Junta Nacional de Salud deberá elevar anualmente al Poder Ejecutivo una rendición de cuentas de la administración del Seguro Nacional de Salud, dentro de los primeros ciento veinte días de vencido cada ejercicio.

Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud publicarán anualmente los estados de situación y balance de resultados de su gestión. Estas entidades deberán poseer sistemas de información contable ajustados a las disposiciones legales y reglamentarias vigentes y proporcionar a la Junta Nacional de Salud toda la documentación que ésta le solicite.

Capítulo IV. Red de atención en salud

Artículo 34.- El Sistema Nacional Integrado de Salud se organizará en redes por niveles de atención según las necesidades de los usuarios y la complejidad de las prestaciones. Tendrá como estrategia la atención primaria en salud y priorizará el primer nivel de atención.

Artículo 35.- La Junta Nacional de Salud, de acuerdo a las normas que dicte el Ministerio de Salud Pública, establecerá y asegurará los mecanismos de referencia y contra referencia entre los distintos niveles de atención.

Artículo 36.- El primer nivel de atención está constituido por el conjunto sistematizado de actividades

sectoriales dirigido a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendiente a satisfacer con adecuada resolutivez las necesidades básicas de salud y el mejoramiento de la calidad de vida, desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social. Las acciones de atención integral a la salud serán practicadas por equipos interdisciplinarios con infraestructura y tecnologías adecuadas para la atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia y emergencia.

Se priorizará la coordinación local, departamental o regional entre servicios de salud del primer nivel nacionales, departamentales y comunitarios.

Artículo 37.- El segundo nivel de atención está constituido por el conjunto de actividades para la atención integral de carácter clínico, quirúrgico u obstétrico, en régimen de hospitalización de breve o mediana estancia, hospitalización de día o de carácter crónico. Está orientado a satisfacer necesidades de baja, mediana o alta complejidad con recursos humanos, tecnológicos e infraestructura de diversos niveles de complejidad. En él se asientan la cobertura más frecuente de las atenciones de emergencia.

Artículo 38.- El tercer nivel de atención está destinado a la atención de patologías que demanden tecnología diagnóstica y de tratamiento de alta especialización. Los recursos humanos, tecnológicos e infraestructura estarán adecuados a esas necesidades.

Artículo 39.- La Junta Nacional de Salud fomentará el establecimiento de redes de atención en salud. Las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud podrán coordinar acciones dentro de un marco territorial definido, para brindar una adecuada asistencia y racionalizar los recursos.

Artículo 40.- Las redes territoriales de atención en salud podrán articular su labor con los centros educativos en cada zona así como con las políticas sociales existentes y el conjunto de las políticas dirigidas a mejorar la calidad de vida de la población, desarrollando una perspectiva intersectorial.

Artículo 41.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud podrán contratar entre sí y con terceros las prestaciones incluidas en los programas integrales de atención a la salud que apruebe el Ministerio de Salud Pública.

Dichos contratos deberán ser sometidos a la autorización de la Junta Nacional de Salud, la que controlará todo lo referente a la habilitación de los prestadores y su infraestructura, capacidad asistencial, relación entre el volumen de prestaciones a contratar y el número de usuarios del prestador contratante, plazos de los contratos y la estabilidad de las condiciones de relacionamiento.

La Junta Nacional de Salud verificará que las entidades contratantes no mantengan deudas vencidas con quienes pretenden contratar, en cuyo caso deberán cancelarlas o refinanciarlas antes de la firma de un nuevo contrato.

Si la Junta Nacional de Salud no formula observaciones ni deniega la autorización dentro de los treinta días de presentada la solicitud, el respectivo contrato se considerará autorizado.

En situaciones de caso fortuito, fuerza mayor y otras razones de urgencia, los prestadores podrán contratar notificando de inmediato a la Junta Nacional de Salud. Ésta concederá un plazo prudencial para la presentación de la documentación contractual y acreditante de las circunstancias excepcionales que motivaron la contratación. En caso de incumplimiento, se aplicará el régimen sancionatorio previsto en el literal E) del artículo 28 de la presente ley.

Artículo 42.- Las farmacias registradas y habilitadas por el Ministerio de Salud Pública podrán dispensar medicamentos a los usuarios de los prestadores de salud que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, en los términos de los contratos que celebren con los mismos.

A dichos contratos les será aplicable, en lo que corresponda, lo dispuesto en el artículo 41 de la presente ley.

Artículo 43.- Los precios de referencia para las contrataciones a que refieren los artículos 41 y 42 de la presente ley, podrán ser determinados por el Poder Ejecutivo.

Artículo 44.- Es incompatible el ejercicio de la dirección y el gerenciamiento de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud que demanden servicios a terceros con la provisión de los mismos, salvo cuando se formalicen alianzas estratégicas entre prestadores o cuando uno de ellos asuma el gerenciamiento del otro. En ambos casos se requerirá autorización de la Junta Nacional de Salud.

La incompatibilidad incluye a las personas que ejerzan la función, sus socios, cónyuges o concubinos, ascendientes y descendientes hasta el segundo grado de consanguinidad.

Los contratos que se formalicen violando esta disposición serán nulos a partir del momento en que se verifique dicha incompatibilidad.

Capítulo V. Cobertura de atención médica

Artículo 45.- Las entidades públicas y privadas que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán suministrar a su población usuaria los programas integrales de prestaciones que apruebe el Ministerio de Salud Pública, con recursos propios o contratados con otros prestadores integrales o parciales públicos o privados.

Los programas integrales de prestaciones incluirán:

- A) Actividades de promoción y protección de salud dirigidas a las personas.
- B) Diagnóstico precoz y tratamiento adecuado y oportuno de los problemas de salud-enfermedad detectados.
- C) Acciones de recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos, según corresponda.
- D) Acceso a medicamentos y recursos tecnológicos suficientes.

La reglamentación de la presente ley definirá taxativamente las prestaciones incluidas, que serán descriptas en términos de sus componentes y contarán con indicadores de calidad de los procesos y resultados, conforme a los cuales la Junta Nacional de Salud auditará la atención brindada a los efectos de autorizar el pago de cuota salud a los prestadores.

Artículo 46.- Las entidades que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud deberán ofrecer a su población usuaria prestaciones de emergencia médica incluidas en los programas integrales que

apruebe el Ministerio de Salud Pública. La reglamentación definirá las modalidades y fecha de aplicación de esta disposición.

La afiliación a las entidades prestadoras de los referidos servicios de emergencia se realizará, por parte de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, entre aquéllas que se encuentren habilitadas por el Ministerio de Salud Pública para la prestación establecida en el inciso precedente y acepten las condiciones correspondientes.

El Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Economía y Finanzas, oyendo a la Junta Nacional de Salud, fijará el importe que las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud abonarán a los prestadores de los servicios de referencia, así como los plazos en que el mismo deberá ser vertido.

Artículo 47.- Las prestaciones no incluidas en los programas integrales de observancia obligatoria, que ofrezcan a sus usuarios las instituciones que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, serán convenidas entre prestadores y usuarios, en régimen de libre contratación. Cuando se trate de prestaciones sanitarias, el Ministerio de Salud Pública las controlará en sus aspectos técnicos.

Artículo 48.- Las prestaciones económicas correspondientes a enfermedad, maternidad, accidentes de trabajo y otras contingencias relacionadas con la salud, continuarán siendo brindadas por los organismos públicos y las entidades privadas competentes, de conformidad con las disposiciones en vigor. Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud realizarán, para sus respectivos usuarios, las pericias técnicas que correspondan.

Los servicios complementarios de asistencia médica a que refiere el literal A) del artículo 7° del Decreto N° 7/976, de 8 de enero de 1976, que abona el Banco de Previsión Social, alcanzan exclusivamente a las personas comprendidas en el artículo 8° del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, modificado por el artículo 1° de la Ley N° 15.953, de 6 de junio de 1988, incluidas en el literal A) del artículo 2° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007.

Capítulo VI. Usuarios del sistema nacional integrado de salud

Artículo 49.- Son usuarios del Sistema Nacional In-

tegrado de Salud todas las personas que residan en el territorio nacional y se registren en forma espontánea o a solicitud de la Junta Nacional de Salud, en una de las entidades prestadoras de servicios de salud que lo integren. La reglamentación de la presente ley establecerá los términos y condiciones de dicho registro.

Artículo 50.- La elección de prestador es libre. Una vez formalizado el registro ante una de las entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, podrá modificarse en los términos que fije la reglamentación.

No se admitirá la doble cobertura de atención médica integral a cargo del Sistema, debiendo los usuarios optar por una de las que eventualmente les correspondiera.

Artículo 51.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tienen los siguientes derechos respecto de los prestadores integrados al mismo:

- A) A recibir información completa y actualizada sobre los servicios a que pueden acceder y sobre los requisitos para hacer uso de los mismos.
- B) A recibir, en igualdad de condiciones, las prestaciones incluidas en los programas integrales a que refiere el artículo 45 de la presente ley.
- C) Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad.
- D) A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en las entidades que presten servicio de salud, sin perjuicio del requerimiento fundado de la Junta Nacional de Salud, del Ministerio de Salud Pública y del Fondo Nacional de Recursos cuando se trate de actos médicos financiados por el mismo, siempre conservándose la condición de confidencialidad respecto a terceras personas.
- E) A conocer los resultados asistenciales y económico-financieros de la entidad.
- F) A recibir información sobre las políticas de salud y los programas de atención integral que se implementen en el Sistema Nacional Integrado de Salud.
- G) Los demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

Artículo 52.- Son obligaciones de los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud:

- A) Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones a que tienen derecho.
- B) Dar cumplimiento a las formalidades que se requieran para acceder a los servicios de salud.
- C) Respetar los estatutos de las entidades prestadoras de servicios.
- D) Cumplir con las disposiciones de naturaleza sanitaria de observancia general y con las específicas que determinen las entidades prestadoras cuando estén utilizando sus servicios.
- E) Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las mismas.
- F) Las demás que establezca la reglamentación y otras disposiciones aplicables.

El incumplimiento de las obligaciones antes referidas acarreará las consecuencias previstas en los estatutos de las entidades prestadoras.

Artículo 53.- Los usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud tendrán el derecho a participar en los órganos a que refiere el artículo 12 de la presente ley, en los términos que determine su reglamentación.

Artículo 54.- La Junta Nacional de Salud podrá establecer un sistema de recepción de quejas y denuncias de usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como mecanismos de solución de diferendos entre éstos y los prestadores, sin perjuicio de los recursos administrativos y judiciales correspondientes.

Capítulo VII. Financiamiento del sistema nacional integrado de salud

Artículo 55.- Las prestaciones que, conforme a la presente ley y su reglamentación, deben brindar obligatoriamente a los usuarios incorporados al Seguro Nacional de Salud los prestadores públicos y privados que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud, darán derecho a éstos al cobro de cuota salud según el número de personas inscritas en sus padrones.

La cuota salud, cuyo valor será igual para prestadores públicos y privados, será fijada por el Poder Ejecutivo, con intervención del Ministerio de Economía y Finanzas y del Ministerio de Salud Pública, oyendo a la Junta Nacional de Salud. Dicha cuota tendrá en cuenta costos diferenciales según grupos

poblacionales determinados y cumplimiento de metas asistenciales.

Se actualizará con la periodicidad que determinen las autoridades competentes, tomando en consideración costos asociados a sus componentes e incorporación de nuevos programas de atención a la salud.

El ajuste del monto de la cuota salud, la incorporación de nuevas prestaciones y la reducción de las tasas moderadoras, se efectuará teniendo en cuenta la existencia de economías derivadas de mejoras en la eficiencia del sistema y de la incorporación de nuevos usuarios a los padrones de los prestadores.

Artículo 56.- La Administración de los Servicios de Salud del Estado adecuará las prestaciones de salud a las exigidas a las restantes entidades integrantes del Sistema Nacional Integrado de Salud, en forma progresiva, no pudiendo exceder este período de adecuación el 31 de diciembre de 2009.

Artículo 57.- Créase el Seguro Nacional de Salud, el que será financiado por el Fondo Nacional de Salud creado por el artículo 1° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, con cargo al cual se pagarán las cuotas salud que correspondan a los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

El Fondo Nacional de Salud se constituirá en el Banco de Previsión Social de conformidad con lo dispuesto por el artículo 1° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007. Ello sin perjuicio de las competencias de la Junta Nacional de Salud como administradora del Seguro Nacional de Salud y consiguientemente titular y destinataria del Fondo que constituye su patrimonio.

El Banco de Previsión Social recepcionará los aportes a que refieren los artículos siguientes de la presente ley y efectivizará el pago de cuota salud a los prestadores, de conformidad con las órdenes de pago que emita la Junta Nacional de Salud.

En el ejercicio de los cometidos de administración tributaria a que refiere el inciso segundo, el Banco de Previsión Social actuará como sujeto activo de las contribuciones especiales de seguridad social que constituyen los recursos del Fondo conforme lo dispuesto por el artículo 60 de la presente ley.

En dicha calidad estará plenamente facultado

para el cumplimiento integral de los procesos y procedimientos sustanciales implicados en la gestión tributaria de tales aportes incluyendo recaudación, fiscalización, determinación tributaria, agotamiento de la vía administrativa, defensa contencioso anulatoria y gestión coactiva.

Artículo 58.- Los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud no podrán rechazar a ningún usuario amparado por el Seguro Nacional de Salud ni limitarle las prestaciones incluidas en los programas integrales de salud aprobados por el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 59.- Los créditos de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, creada por Ley N° 18.161, de 29 de julio de 2007, con financiación 1.2 “Recursos con Afectación Especial”, se ajustarán mensualmente de acuerdo al monto de la recaudación correspondiente a dicho organismo por concepto de cuota salud, a cuyos efectos el administrador del Fondo Nacional de Salud remitirá la información necesaria al Ministerio de Economía y Finanzas.

Simultáneamente se reducirán los créditos correspondientes a la financiación 1.1 “Rentas Generales”, en el importe anualizado resultante a la variación mensual en el número de usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud inscriptos en el padrón de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, multiplicado por el costo promedio por usuario de dicho organismo. Dicho costo promedio será determinado por el Ministerio de Economía y Finanzas y el Ministerio de Salud Pública.

El Ministerio de Economía y Finanzas comunicará a la Contaduría General de la Nación el monto de las modificaciones presupuestales dispuestas en los incisos precedentes, así como el resultante del artículo 8° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007.

La Administración de los Servicios de Salud del Estado comunicará a la Contaduría General de la Nación y a la Oficina de Planeamiento y Presupuestos la distribución a nivel de unidad ejecutora, grupo y objeto de gasto y proyecto de inversión, de las modificaciones presupuestales dispuestas en la presente norma, sin la cual no podrá ejecutar los créditos a que refiere el presente artículo.

Artículo 60.- Serán recursos del Fondo Nacional de Salud el ciento por ciento de los provenientes de:

- A) Aportes obligatorios de trabajadores y empresas del sector privado.
- B) Aportes obligatorios de los trabajadores del sector público incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- C) Aportes del Estado y de las personas públicas no estatales sobre la masa salarial que abonen a sus dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud.
- D) Aportes obligatorios de pasivos.
- E) Aportes obligatorios de personas físicas que no queden incluidas en los literales anteriores.
- F) El porcentaje previsto en el artículo 22 de la presente ley.
- G) Otros que pudieran corresponderle por aplicación de disposiciones legales o reglamentarias.
- H) Las rentas generadas por sus activos, de acuerdo a lo que establezca la reglamentación.

Autorízase al Poder Ejecutivo en acuerdo con el Ministerio de Economía y Finanzas a atender las insuficiencias financieras del Fondo Nacional de Salud debidamente justificadas.

Artículo 61.- El Estado, las personas públicas no estatales y las empresas privadas aportarán al Fondo Nacional de Salud un 5% (cinco por ciento) del total de las retribuciones sujetas a montepío que paguen a sus trabajadores amparados por el Seguro Nacional de Salud y los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 337 y siguientes de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992, y sus modificativas, manteniéndose -a los efectos de este artículo- las exoneraciones previstas en los literales A) y B) del artículo 90 de la Ley N° 18.083, de 27 de diciembre de 2006.

Los aportes patronales básicos y complementarios a que refiere el inciso anterior se aplicarán respecto de todos los colectivos incorporados al Seguro Nacional de Salud por la presente ley y por la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, en los plazos que las mismas establecen.

Las empresas rurales comprendidas en la Ley N° 15.852, de 24 de diciembre de 1986, seguirán aportando en base a la superficie explotada en un todo de acuerdo a dicha norma.

Los patronos y empresas unipersonales rurales

mantendrán el régimen de aportaciones previsto en las Leyes N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992, y N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997.

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, los unipersonales rurales optantes por la cobertura de salud bonificada de conformidad con la Ley N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997, aportarán el 45% (cuarenta y cinco por ciento) de la cuota mutual y aquellos que se encuentren en la situación a que refiere el artículo 64 de la presente ley, aportarán el 60% (sesenta por ciento) del valor de la cuota mutual determinada de acuerdo a lo previsto por el artículo 337 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992.

Los empresarios unipersonales rurales y los empresarios unipersonales monotributistas mantendrán el carácter opcional de su afiliación al Seguro de Salud, conforme con las disposiciones legales vigentes (Ley N° 16.883, de 10 de noviembre de 1997, y Ley N° 18.083, de 27 de diciembre de 2006).

Los trabajadores públicos y privados aportarán un porcentaje de sus retribuciones dentro de las que se computarán los aportes ya previstos en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, y en la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 6% (seis por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- B) 4,5% (cuatro con cinco por ciento) si las retribuciones superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales y no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.
- C) 3% (tres por ciento) si las retribuciones no superan 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, con independencia de que tengan o no a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo a los del cónyuge o del concubino.

Para el caso de los trabajadores públicos y otros dependientes del Estado, incorporados al Seguro Nacional de Salud por aplicación del artículo 2° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007, regirá lo dispuesto por el artículo 4° de la misma ley, debien-

do aportar un porcentaje adicional de sus retribuciones cuando sus ingresos superen 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales, de acuerdo al siguiente detalle:

- A) 3% (tres por ciento) si tienen a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.
- B) 1,5% (uno con cinco por ciento) si no tienen a cargo hijos menores de 18 años ni mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino.

No se considerará hijo a cargo, a los efectos de esta ley, cuando el menor de 18 años o mayor de esa edad con discapacidad genere por sí mismo el derecho a integrarse como trabajador al Seguro Nacional de Salud.

Artículo 62.- Los trabajadores dependientes y no dependientes incorporados al Seguro Nacional de Salud que se acojan al beneficio de la jubilación, continuarán amparados por el mismo y realizando los aportes sobre el total de haberes jubilatorios por los cuales se jubila, determinados en los artículos 61 y 66 de la presente ley, según corresponda a la estructura de su núcleo familiar.

El usufructo del derecho previsto en el inciso anterior será optativo para quienes justifiquen el acceso, por otros medios, a cobertura de salud de un nivel similar a la que brinda el Sistema Nacional Integrado de Salud, no quedando exonerados de realizar los aportes correspondientes.

Se consideran usuarios del Seguro Nacional de Salud creado por la presente ley, los trabajadores que cumplen un mínimo de trece jornadas de trabajo en el mes o perciben el equivalente a 1,25 veces de la Base de Prestaciones y Contribuciones. No obstante lo dispuesto precedentemente, los patronos que asuman la financiación patronal complementaria a que refiere el artículo 61 de la presente ley, podrán atribuir la respectiva condición de usuario del seguro al trabajador, cualquiera fuera el tiempo de trabajo o su nivel de ingreso.

Artículo 63.- Los jubilados que se desempeñaron como no dependientes en actividades amparadas por el Banco de Previsión Social, cuyo haber jubilatorio total no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones)

mensuales y que además integren hogares donde el promedio de ingresos por todo concepto, por integrante no supere la suma de 2,5 BPC (dos con cinco bases de prestaciones y contribuciones) mensuales podrán optar por ingresar en el Seguro Nacional de Salud aportando un 3% (tres por ciento) de su pasividad a partir del 1° de enero de 2008.

Artículo 64.- Los aportes a que hacen referencia los artículos 61, 62, 70 y 71 de la presente ley darán derecho a los hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino a cargo de los usuarios amparados por el Seguro Nacional de Salud, a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

Los asegurados mencionados en el inciso primero podrán optar por incluir a sus hijos desde los 18 y hasta cumplir los 21 años de edad, amparándolos por el Seguro Nacional de Salud, aportando al Fondo Nacional de Salud el valor de la cuota salud y la correspondiente al Fondo Nacional de Recursos. La reglamentación establecerá las condiciones de pago de esta opción.

Los padres elegirán para ellos el prestador público o privado que estimen conveniente, en acuerdo con el artículo 50 de la presente ley e independientemente de aquél al que ellos estén incorporados. En caso de fallecimiento de los progenitores o de disolución de la pareja parental por separación o divorcio, realizará la elección de la entidad quien, teniendo la condición de trabajador o pasivo amparado por el Seguro Nacional de Salud, tenga la guarda. Para los que estén sujetos a tutela o curatela, los tutores o curadores que tengan la condición de trabajadores o pasivos amparados por el Seguro Nacional de Salud elegirán la entidad atendiendo a las necesidades particulares de los mismos.

El concepto de hijo a cargo y los derechos que la presente ley otorga a los concubinos y a sus hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad se aplicarán en los términos de la reglamentación que dicte el Poder Ejecutivo.

Artículo 65.- Todas las personas que dejen de cumplir las condiciones para ampararse en el Seguro Nacional de Salud podrán optar por continuar inscriptos en los padrones de los mismos prestadores, pagando directamente por los servicios de atención

integral de salud que reciban, no pudiendo ser rechazados por ellos.

Artículo 66.- Los trabajadores públicos y privados y las personas amparadas por el Seguro Nacional de Salud a que refieren los artículos 62, 70 y 71 de la presente ley que tengan cónyuge o concubino a cargo, aportarán un 2% (dos por ciento) adicional de sus retribuciones para incorporar a los mismos a dicho seguro, lo que les dará derecho a recibir atención integral en salud a través de los prestadores que integren el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La incorporación de cónyuges y concubinos y el inicio del aporte previsto en el inciso precedente se realizarán teniendo en cuenta el número de hijos menores a cargo, de acuerdo al siguiente cronograma:

Antes del 31 de diciembre de 2010: cónyuge o concubino del aportante con 3 o más hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2011: cónyuge o concubino del aportante con 2 hijos menores de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2012: cónyuge o concubino del aportante con 1 hijo menor de 18 años a cargo.

Antes del 31 de diciembre de 2013: cónyuge o concubino del aportante sin hijos menores de 18 años a cargo.

Artículo 67.- Estarán exceptuados de realizar los aportes determinados en el artículo 61 de la presente ley, las personas a que se refiere el artículo 18 de la presente ley, en tanto permanezcan en la misma entidad. Si tuvieren a cargo hijos menores de 18 años o mayores de esa edad con discapacidad, incluyendo los del cónyuge o del concubino, aportarán el 3% (tres por ciento) de sus retribuciones. De tener cónyuge o concubino a cargo, aportarán 2% (dos por ciento) de sus retribuciones, de acuerdo al cronograma previsto en el artículo 66 de la presente ley.

Artículo 68.- Quedarán incorporados al Seguro Nacional de Salud a partir del 1° de enero de 2008 -además de los comprendidos en lo dispuesto en el artículo 2° de la Ley N° 18.131, de 18 de mayo de 2007- los funcionarios del Inciso 12 “Ministerio de Salud Pública”, del Inciso 16 “Poder Judicial”, del Inciso 25 “Administración Nacional de Educación

Pública”, del Inciso 26 “Universidad de la República”, del Inciso “Administración de los Servicios de Salud del Estado”, del Poder Legislativo, incluyendo a los legisladores, y los funcionarios de los organismos públicos nacionales, con excepción del Inciso 03 “Ministerio de Defensa Nacional” e Inciso 04 “Ministerio del Interior”. Asimismo, quedarán incorporados a partir de dicha fecha, los beneficiarios del subsidio transitorio por incapacidad parcial establecido en el artículo 22 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Los créditos presupuestales habilitados a la Administración Central y a los organismos del artículo 220 de la Constitución de la República, para financiar regímenes propios de cobertura médica a quienes resulten beneficiarios del Seguro Nacional de Salud por aplicación del inciso precedente, financiarán los aportes establecidos en la presente ley, de acuerdo a lo que determine la reglamentación.

Los funcionarios públicos y otros dependientes del Estado que tengan regímenes propios de cobertura médica aprobados por ley o aun por normas que no sean leyes, los mantendrán hasta que los mismos sean modificados por las autoridades competentes.

Lo dispuesto en el inciso anterior no exonera a los mismos de aportar al Fondo Nacional de Salud, según corresponda por aplicación de las disposiciones de la presente ley.

Artículo 69.- Los trabajadores comprendidos en el régimen de Cajas de Auxilio o Seguros Convencionales que funcionen al amparo del artículo 41 del Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, así como los afiliados a la Caja Notarial de Seguridad Social a que refieren los literales B), C), D) y E) del artículo 43 de la Ley N° 17.437, de 20 de diciembre de 2001, y los amparados en lo dispuesto por los artículos 337 a 342 de la Ley N° 13.318, de 28 de diciembre de 1964, y sus modificativas (CHASSFOSE), que aseguren a sus beneficiarios cobertura integral de salud en un nivel no inferior al establecido por la presente ley, se incorporarán al Seguro Nacional de Salud no más allá del 1° de enero de 2011. Hasta el momento de su incorporación al Seguro Nacional de Salud, dichas entidades continuarán recibiendo los aportes y rigiéndose por las disposiciones legales y reglamentarias que les son aplicables.

Facúltase al Poder Ejecutivo a dar el mismo tratamiento a los trabajadores que cuenten con regímenes acordados con los empleadores privados mediante convenios colectivos o acuerdos similares que hayan estado vigentes al menos desde un año antes de la promulgación de la presente ley.

Artículo 70.- Quienes obtengan ingresos originados en la prestación de servicios personales fuera de la relación de dependencia, realizarán los aportes al Fondo Nacional de Salud aplicando la tasa que corresponda a la diferencia entre el total de los ingresos originados en dichos servicios y el porcentaje a que refiere el artículo 34 del Título 7 del Texto Ordenado 1996.

En caso de que los ingresos a que refiere el inciso anterior hayan quedado incluidos en el Impuesto a las Rentas de las Actividades Económicas, las referidas alícuotas se calcularán sobre la base imponible de dicho tributo.

Lo dispuesto precedentemente se aplicará de acuerdo a lo establecido en los artículos 61 y 66 de la presente ley; a los aportes resultantes se le adicionarán los complementos de cuota salud que correspondan por aplicación del artículo 338 de la Ley N° 16.320, de 1° de noviembre de 1992.

La obligación de aportar, así como la incorporación de los respectivos usuarios al Seguro Nacional de Salud cuando no fueren beneficiarios del mismo, regirá a partir del 1° de enero de 2011 y se realizará en la forma que determine la reglamentación.

Artículo 71.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, a partir de la vigencia de la presente ley los propietarios de empresas unipersonales con actividades comprendidas en el Decreto-Ley N° 14.407, de 22 de julio de 1975, que no tengan más de un trabajador subordinado y estén al día con sus aportes al sistema de la seguridad social, realizarán solamente los aportes personales y patronales al Fondo Nacional de Salud, aplicando las tasas establecidas en los artículos 61 y 66 de la presente ley, sobre un ficto de 6,5 BPC (seis con cinco bases de prestaciones y contribuciones).

Para el caso de los propietarios de empresas unipersonales referidos en el inciso anterior, que presten solamente servicios personales fuera de la relación de dependencia, el régimen establecido en

el presente artículo regirá hasta el 31 de diciembre de 2010. A partir del 1° de enero de 2011 pasarán a regirse por lo dispuesto en el artículo anterior.

Artículo 72.- Facúltase al Poder Ejecutivo a postergar las fechas de ingreso establecidas en la presente ley, siempre que fuera necesario para asegurar la sostenibilidad de las cuentas públicas. El Poder Ejecutivo deberá informar de ello al Poder Legislativo con una antelación mínima de ciento veinte días previos al 1° de enero de cada uno de dichos años.

Artículo 73.- El Fondo Nacional de Recursos mantendrá su autonomía administrativa en los términos de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992, y demás disposiciones aplicables. Los aportes a que refieren los literales A), B) y C) del artículo 3° de la Ley N° 16.343, de 24 de diciembre de 1992, serán sustituidos por una cuota única por cada beneficiario del Seguro Nacional de Salud que la Junta Nacional de Salud le reembolsará.

Artículo 74.- Facúltase al Poder Ejecutivo a incluir en el régimen de la presente ley a los funcionarios de los Gobiernos Departamentales, quienes realizarán los aportes previstos en los artículos 61 y 66 de la presente ley.

Capítulo VIII. Disposiciones transitorias

Artículo 75.- Los beneficiarios del Sistema Nacional Integrado de Salud no incluidos en el régimen de la presente ley seguirán abonando directamente a sus respectivos prestadores por los servicios de salud que reciban.

Artículo 76.- Hasta la instalación de la Junta Nacional de Salud, las funciones que se le atribuyen a la misma serán ejercidas por el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social, según corresponda.

Ley N° 18.241

Subsidio otorgado por el Banco de Previsión Social a personas carenciadas de entre 65 y 70 años

Facúltase al Poder Ejecutivo a dictar las normas reglamentarias necesarias que viabilicen la transición hacia el sistema que regirá a partir de la entrada en vigencia de la presente ley.

Artículo 77.- La presente ley regirá a partir del 1° de enero de 2008.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 21 de noviembre de 2007

Normas

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º. (Ámbitos objetivo y subjetivo).- Instítuyese, a partir del 1° de enero de 2008, un subsidio para personas de sesenta y cinco o más años de edad y menores de setenta años de edad que, careciendo de recursos para subvenir a sus necesidades vitales, integren hogares que presenten carencias críticas en sus condiciones de vida.

El mencionado subsidio será servido por el Banco de Previsión Social con los fondos que al efecto le transfiera el Ministerio de Desarrollo Social.

Artículo 2º. (Definición de hogar).- A los efectos de la presente ley, entiéndese por hogar el núcleo constituido tanto por una sola persona como por un grupo de personas, vinculadas o no por lazos de parentesco, que conviven bajo un mismo techo y constituyen una familia o una unidad similar a la familia.

Artículo 3º. (Carencias críticas).- Los hogares que presentan carencias críticas en sus condiciones de vida abarcan a población en situación de indigen-

cia o extrema pobreza, expresada en los estudios del Instituto de Economía de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de la República con base en los datos de la Encuesta Continua de Hogares del Instituto Nacional de Estadística.

La determinación de los hogares que presenten carencias críticas se hará conforme a criterios estadísticos de acuerdo a lo que disponga la reglamentación a dictarse por el Poder Ejecutivo. Se tendrán en cuenta, entre otros, los siguientes factores: ingresos del hogar, condiciones habitacionales y del entorno, composición del hogar, características de sus integrantes y situación sanitaria.

Artículo 4º. (Monto de la prestación).- El monto del beneficio previsto por la presente ley será equivalente al de la prestación asistencial no contributiva por vejez e invalidez prevista por el artículo 43 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Artículo 5º. (Requisitos para el otorgamiento y el mantenimiento de la percepción de la prestación).- Para recibir el beneficio regulado por la presente ley deberán acreditarse ante el Ministerio de Desarrollo Social, con la frecuencia y del modo que establezca la reglamentación, los ingresos y la composición del hogar que integra el beneficiario así como las carencias críticas en sus condiciones de vida, conforme a lo previsto por los artículos 1° y 3°.

Artículo 6º. (Competencias y atribuciones de la Administración).- Compete al Ministerio de Desarrollo Social verificar y controlar los requisitos de elegibilidad para ser beneficiario de la prestación instituida por la presente ley.

A tales efectos, queda facultado para:

A) Realizar las comprobaciones e inspecciones que estime convenientes a fin de determinar la existencia de las condiciones de acceso y mantenimiento del beneficio.

- B) Utilizar las bases de datos confeccionadas en el marco del Plan de Atención Nacional de la Emergencia Social a los efectos de estar en condiciones de servir la prestación sin dilaciones a quienes estén incluidos en aquéllas y reúnan los requisitos necesarios para ser beneficiarios del subsidio previsto en la presente ley.
- C) Solicitar al Banco de Previsión Social todo tipo de información respecto de los beneficiarios de la prestación prevista en la presente ley y de los aspirantes a obtenerla, quedando dicho organismo obligado a suministrar tales datos y relevado del secreto impuesto por el artículo 47 del Código Tributario, en lo pertinente. La información recibida por el Ministerio de Desarrollo Social en virtud de lo dispuesto por este literal, queda amparada por el referido deber de reserva.

En caso de comprobarse la falsedad total o parcial de la información proporcionada por los interesados o de no poder verificarse las condiciones que habilitan la percepción de la prestación por causa imputable a éstos, el Ministerio de Desarrollo Social procederá a la suspensión del beneficio y lo comunicará al Banco de Previsión Social, sin perjuicio de ejercitar las acciones para recuperar lo indebidamente pagado y de las denuncias penales que eventualmente correspondieren.

Artículo 7º. (Incompatibilidad y opciones).- El subsidio establecido en la presente ley es incompatible con la percepción de ingresos de cualquier naturaleza u origen, iguales o superiores al monto de aquél.

Quienes percibieren tales ingresos por un monto inferior al del beneficio instituido por esta ley,

recibirán únicamente la diferencia entre ambos importes.

Artículo 8º. (Acceso a la pensión a la vejez).- Los beneficiarios del subsidio previsto en la presente ley que, manteniendo las condiciones que dieron lugar a su concesión, alcancen la edad de setenta años accederán de pleno derecho a la prestación asistencial no contributiva por vejez e invalidez prevista por el artículo 43 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Artículo 9º. (Inembargabilidad e incedibilidad).- La prestación instituida por la presente ley es inalienable e inembargable y toda venta o cesión que se hiciere de ella será nula, salvo lo establecido en las normas legales dictadas sobre esta materia.

Artículo 10. (Financiación).- Las erogaciones derivadas de la aplicación de la presente ley serán atendidas por Rentas Generales.

Las correspondientes al ejercicio 2008 se sufragarán con la partida de \$ 50.000.000 (cincuenta millones de pesos uruguayos) prevista para "Asistencia a la vejez" en el artículo 255 de la Ley N° 18.172, de 31 de agosto de 2007, a cuyos efectos el Ministerio de Desarrollo Social transferirá al Banco de Previsión Social los fondos necesarios para el pago del beneficio, con cargo a dicha partida.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 19 de diciembre de 2007.

Ley N° 18.283

Registro y funcionamiento de pensiones

Normas

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º. (Creación).- Créase en el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente el Registro de Pensiones.

Artículo 2º. (Pensiones).- A los efectos de esta ley, se considera pensión al establecimiento comercial que presta servicio de hospedaje en las condiciones que la reglamentación establecerá.

Artículo 3º. (Plazos de vigencia).- El plazo de vigencia máximo de la inscripción será de cinco años y deberá renovarse periódicamente por el mismo período. La reinscripción deberá operarse dentro de los ciento veinte días previos al vencimiento de los plazos de vigencia de la inscripción o reinscripción.

Artículo 4º. (Requisitos).- A los efectos indicados en este artículo, en todos los casos la solicitud de inscripción o reinscripción deberá ser acompañada de la habilitación municipal pertinente.

Artículo 5º. (Presunción).- La inscripción en el Registro que se crea determinará una presunción simple de contrato de hospedaje respecto de las contrataciones celebradas, admitiéndose, en consecuencia, prueba en contrario.

Artículo 6º. (Plazos de inscripción).- Las pensiones definidas en el artículo 2º deberán inscribirse en el Registro creado por la presente ley, en un plazo de ciento ochenta días, a partir de la vigencia de la misma.

Artículo 7º. (Exhibición de constancia de habilitación).- No será admisible ante ninguna oficina pública de cualquier Poder del Estado o de las Intendencias Municipales, ninguna gestión judicial o administrativa por parte del titular de la pensión sin la exhibición de la respectiva constancia, que acredite la inscripción del establecimiento en el Registro de Pensiones, lo que quedará asentado en la tramitación respectiva.

Artículo 8º. (Obligaciones de las pensiones inscritas).- En las pensiones será obligatoria la exhibición en lugar visible al público, junto a la entrada principal y a la recepción:

- A) La constancia de inscripción del establecimiento en el Registro de Pensiones.
- B) Indicación del número máximo de huéspedes permitidos en cada habitación del establecimiento.
- C) El reglamento de funcionamiento interno de la pensión.
- D) El contenido de la presente ley.

El no cumplimiento de cualquiera de estas obligaciones, podrá ser causa de:

- 1) Apercibimiento.
- 2) Multa de 10 a 300 UR (diez a trescientas unidades reajustables).
- 3) Cancelación de la inscripción en el Registro respectivo.

Artículo 9º. (Seguimiento del cumplimiento de las obligaciones).- El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, efectuará el control permanente de los establecimientos categorizados como pensiones a través de un sistema de monitoreo, recepción y procesamiento de denuncias efectuadas por los huéspedes. Si se comprobare la interrupción y/o falta de prestación continua de los servicios de hospedaje que debe suministrar el establecimiento, se aplicarán las sanciones dispuestas en el artículo 8º de la presente ley.

Artículo 10. (Conversión en arrendamiento).- Vencido el plazo de inscripción o reinscripción sin que se verifiquen las mismas, o en caso de que éstas hubieran sido canceladas, el ocupante será considerado arrendatario o subarrendatario, en su caso, a todos los efectos del decreto-ley N° 14.219, de 4 de julio de 1974, y leyes complementarias. No serán considerados arrendatarios o subarrendatarios el personal del establecimiento comercial y los parientes del titular de la pensión hasta el cuarto grado de consanguinidad, o segundo de afinidad de su cónyuge o concubino, según sea el caso.

Artículo 11. (Normas procesales).- En caso de que el titular de la pensión no fuese el propietario del inmueble donde se asienta la misma, si se procediera al desalojo, rescisión del contrato o cualquier otro proceso que suponga el reintegro del inmueble a quien corresponda por derecho, se deberá notificar la demanda por cedulón genérico a los huéspedes del bien en cada habitación individualizada.

En la situación prevista en el inciso anterior, si la orden o intimación de desocupar el inmueble derivara del incumplimiento del titular de la pensión, esto no perjudicará a los huéspedes que no hubieran incurrido en tal conducta, sin perjuicio de las acciones que por ley correspondan al propietario del inmueble.

En el caso que el titular de la pensión no fuese el propietario del inmueble, se presume simulado todo convenio de rescisión de contrato de arrendamiento o cualquier otra negociación que suponga la desocupación del inmueble, con participación del propietario.

Artículo 12.- El contrato de hospedaje en pensiones se extinguirá, por la sola voluntad del titular del establecimiento, en el caso de no pago regular del precio pactado o cuando el huésped incurriera en comportamientos que el reglamento interno sanciona con la expulsión. En los dos últimos casos bastará probarlo mediante denuncia ante la autoridad policial correspondiente.

A los efectos de la extinción del contrato, se considerará no pago regular del precio cuando se adeude la suma correspondiente a cinco días de alojamiento, si se estableció una forma de pago diaria; a doce días, si la forma de pago pactada fuere

semanal, y a veinte días, si la forma de pago fuere quincenal.

Operada la extinción del contrato por no pago, el titular del establecimiento deberá permitir al huésped el retiro de sus pertenencias o, en su defecto, depositarlas en las dependencias del establecimiento para su posterior retiro. Las pertenencias del huésped no se considerarán garantía de pago del contrato de hospedaje.

El titular de la pensión tendrá derecho, además, a perseguir criminalmente al huésped de acuerdo con lo que establece el numeral 9 del artículo 366 del Código Penal.

Artículo 13.- El artículo anterior no será aplicable cuando el establecimiento carezca de la inscripción vigente en el Registro de Pensiones que se crea en la presente ley.

Las personas que se alojen en establecimientos no inscriptos en el Registro de Pensiones del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, serán consideradas arrendatarias o subarrendatarias a todos los efectos legales y procesales.

Artículo 14.- Sustitúyese el artículo 61 de la Ley N° 14.057, de 3 de febrero de 1972, en la redacción dada por el artículo 236 de la Ley N° 17.296, de 21 de febrero de 2001, el que quedará redactado de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 61. (Inscripciones).- Los establecimientos que inicien su actividad y deban inscribirse en el Registro de Pensiones, deberán hacerlo dentro de los noventa días siguientes a la fecha de expedición de la correspondiente habilitación municipal. Vencido dicho plazo podrán inscribirse en el Registro abonando por concepto de multas las siguientes sumas:

Si la inscripción se efectúa dentro de los treinta días siguientes al vencimiento del plazo acordado, abonarán 5 UR (cinco unidades reajustables).

Si dicha inscripción se efectúa dentro de los sesenta días siguientes al vencimiento del plazo mencionado en el literal A) deberán abonar 10 UR (diez unidades reajustables).

Vencidos estos plazos los titulares de las pensiones aún no inscriptas deberán hacer efectivo el pago total de la multa devengada en el literal B), pagando

además 5 UR (cinco unidades reajustables) por cada mes calendario que se haya omitido cumplir con la inscripción”.

Artículo 15.- Sustitúyese el artículo 305 de la Ley N° 14.106, de 14 de marzo de 1973, en la redacción dada por el artículo 237 de la Ley N° 17.296, de 21 de febrero de 2001, el que quedará redactado de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 305. (Reinscripción).- Los establecimientos deberán reinscribirse dentro de los ciento veinte días anteriores a su vencimiento, y su nuevo plazo de inscripción se computará a partir del vencimiento de la inscripción original. Vencida la misma sin haberse efectuado la reinscripción correspondiente, los derechos que le confiere quedarán suspendidos hasta tanto no regularice su situación en el Registro de Pensiones. Una vez vencido el plazo mencionado, la reinscripción podrá efectuarse en cualquier momento abonando las siguientes sumas por concepto de multas:

- A) Si la reinscripción se efectúa dentro de los treinta días siguientes al vencimiento del plazo de inscripción, abonarán 5 UR (cinco unidades reajustables).
- B) Si dicha reinscripción se efectúa dentro de los sesenta días siguientes al vencimiento del plazo mencionado en el literal A), se deberán abonar 10 UR (diez unidades reajustables).

Vencidos estos plazos los titulares de las pensiones no reinscriptas deberán hacer efectivo el pago total de la multa devengada en el literal B), pagando además 2 UR (dos unidades reajustables) por cada mes calendario que se haya omitido cumplir con la inscripción”.

Artículo 16.- Se otorga un plazo de ciento ochenta días contados a partir de la vigencia de la presente ley, para hacer efectiva la correspondiente regularización en el Registro que por ella se crea. Vencido dicho plazo será de aplicación lo preceptuado en los artículos anteriores.

Artículo 17.- En caso de que el titular del establecimiento comercial no obtenga la culminación del trámite de habilitación municipal en el plazo en que debe presentarse ante el Registro de Pensiones a efectos de proceder a la reinscripción, se le conce-

derá una inscripción provisoria por un plazo único de ciento ochenta días contados a partir del vencimiento de la inscripción.

Artículo 18.- El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente reglamentará el funcionamiento del Registro así como los requisitos formales, condiciones necesarias a aplicar en caso de solicitud de inscripción y reinscripción de las pensiones.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 6 de mayo de 2008.

Artículo 16.- Se otorga un plazo de ciento ochenta días contados a partir de la vigencia de la presente ley, para hacer efectiva la correspondiente regularización en el Registro que por ella se crea. Vencido dicho plazo será de aplicación lo preceptuado en los artículos anteriores.

Artículo 17.- En caso de que el titular del establecimiento comercial no obtenga la culminación del trámite de habilitación municipal en el plazo en que debe presentarse ante el Registro de Pensiones a efectos de proceder a la reinscripción, se le concederá una inscripción provisoria por un plazo único de ciento ochenta días contados a partir del vencimiento de la inscripción.

Artículo 18.- El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente reglamentará el funcionamiento del Registro así como los requisitos formales, condiciones necesarias a aplicar en caso de solicitud de inscripción y reinscripción de las pensiones.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 6 de mayo de 2008.

Ley N° 18.340

Administración de las viviendas para jubilados y pensionistas beneficiarios del Banco de Previsión Social

Publicada D.O. 3 set/008 - N° 27560

Se modifican disposiciones de la ley n° 17.292, De 25 de enero de 2001

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1º.- Sustitúyense los artículos 43 y 45 de la Ley N° 17.292, de 25 de enero de 2001, los que quedarán redactados de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 43.- Corresponde al Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, en coordinación con el Banco de Previsión Social, la formulación y evaluación de las políticas de soluciones habitacionales para jubilados y pensionistas.

El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente tendrá a su cargo la ejecución y supervisión de la construcción de viviendas atendiendo la demanda que establezca el Banco de Previsión Social para todo el territorio nacional”.

“ARTÍCULO 45.- Compete al Banco de Previsión Social la determinación de la demanda cuantitativa y cualitativa en todo el territorio nacional, la elaboración del Registro de Aspirantes, establecer el orden de prioridad de los mismos y la adjudicación de las soluciones habitacionales, de acuerdo a los criterios que el Poder Ejecutivo determine”.

Artículo 2º.- Derógase el artículo 46 de la Ley N° 17.292, de 25 de enero de 2001.

Artículo 3º.- Las viviendas que se construyan con los recursos a que refiere el artículo 459 de la Ley N° 16.736, de 5 de enero de 1996, serán propiedad del Banco de Previsión Social el que tendrá la cali-

dad de administrador a todos los efectos legales y tendrá a su cargo el mantenimiento y conservación de las mismas.

Artículo 4º.- Corresponde al Banco de Previsión Social la administración de los subsidios que se otorguen en el marco de las distintas formas y regímenes que se establezcan de soluciones habitacionales destinadas a jubilados y pensionistas.

Artículo 5º.- El Banco de Previsión Social podrá convenir con personas físicas o jurídicas, públicas o privadas, la realización de las tareas que se requieran para el cumplimiento de los cometidos asignados a dicho organismo.

Artículo 6º.- Los costos totales de administración así como los costos adicionales en que incurra el Banco de Previsión Social por las funciones que se transfieren por la presente ley, no podrán superar el monto de transferencias que le realice el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, con cargo a sus créditos presupuestales a esos efectos, no pudiéndose por tanto afectar recursos de ninguna otra fuente de financiamiento con este destino.

El Banco de Previsión Social deberá exponer en forma explícita los costos relativos a las referidas funciones.

Artículo 7º.- El Poder Ejecutivo reglamentará la presente ley en un plazo no mayor de noventa días corridos a partir de su promulgación.

Sala de Sesiones de la Cámara de Representantes, en Montevideo, a 12 de agosto de 2008.

Ley N° 18.395

Flexibilización de causales jubilatorias y cómputo ficto para las madres

Capítulo I. Flexibilización de las condiciones de acceso a la jubilación común

Artículo 1º.- (Acceso a la jubilación común).- Sustitúyese el artículo 18 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, por el siguiente:

"ARTÍCULO 18. (Jubilación común).- Para configurar causal de jubilación común, se exigirán los siguientes requisitos:

- 1) Al cumplir sesenta años de edad.
- 2) Un mínimo de treinta años de servicios, con cotización efectiva para los períodos cumplidos en carácter de trabajador no dependiente o con registración en la historia laboral para los períodos cumplidos en carácter de trabajador dependiente.

Esta causal se configurará aun cuando los mínimos de edad requeridos se alcancen con posterioridad a la fecha de cese en la actividad".

Artículo 2º. (Asignación de jubilación común).- Sustitúyese el literal A) del artículo 29 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, por el siguiente:

"A. Para la jubilación común, el resultado de aplicar sobre el sueldo básico jubilatorio respectivo, los porcentajes que se establecen a continuación:

- 1) El 45% (cuarenta y cinco por ciento) cuando se computen como mínimo treinta años de servicios reconocidos de acuerdo al artículo 77 de la presente ley.
- 2) Se adicionará:
 - A) Un 1% (uno por ciento) del sueldo básico jubilatorio por cada año de servicios que exceda de treinta hasta los treinta y cinco años de servicios.
 - B) Un 0,5% (medio por ciento) del referido sueldo básico, por cada año de servicios que exceda de treinta y cinco al momento de configurarse la causal, con un tope del 2,5% (dos y medio por ciento).

- C) A partir de los sesenta años de edad, por cada año de edad que se difiera el retiro después de haberse completado treinta y cinco años de servicios, un 3% (tres por ciento) del sueldo básico jubilatorio por año con un máximo de 30% (treinta por ciento); de no contarse a dicha edad con treinta y cinco años de servicios, se adicionará un 2% (dos por ciento) del sueldo básico jubilatorio por cada año de edad que supere los sesenta, hasta llegar a los setenta años de edad o hasta completar treinta y cinco años de servicios, si esto ocurriere antes.
- 3) Tratándose de actividades bonificadas, de acuerdo a lo previsto en el artículo 36 de la presente ley, los porcentajes previstos en el numeral 2) del literal A) del presente artículo, se aplicarán sobre la edad y el tiempo de servicios bonificados".

Artículo 3º. (Acceso a la jubilación común en el régimen de transición).- Sustitúyese el inciso primero del artículo 67 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, por el siguiente:

"ARTÍCULO 67. (Causal de jubilación común). Para configurar causal de jubilación común se requiere un mínimo de treinta años de servicios reconocidos en las condiciones establecidas en el artículo 77 de la presente ley y el cumplimiento de una edad mínima, de acuerdo al siguiente detalle:"

Capítulo II. De la jubilación por incapacidad total y el subsidio transitorio por incapacidad parcial

Artículo 4º. (Jubilación por incapacidad total).- Sustitúyese el artículo 19 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, por el siguiente:

"ARTÍCULO 19. (Jubilación por incapacidad total).- La causal de jubilación por incapacidad total

se configura por la ocurrencia de cualesquiera de los siguientes presupuestos:

A) La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida en actividad o en período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que la haya originado y siempre que se acredite no menos de dos años de servicios reconocidos de acuerdo al artículo 77 de la presente ley.

Para los trabajadores que tengan hasta veinticinco años de edad sólo se exigirá un período mínimo de servicios de seis meses.

B) La incapacidad absoluta y permanente para todo trabajo, a causa o en ocasión del trabajo, cualquiera sea el tiempo de servicios.

C) La incapacidad laboral absoluta y permanente para todo trabajo, sobrevenida después del cese en la actividad o del vencimiento del período de inactividad compensada, cualquiera sea la causa que hubiera originado la incapacidad, cuando se computen diez años de servicios reconocidos de acuerdo al artículo 77 de la presente ley, como mínimo, siempre que el afiliado haya mantenido residencia en el país desde la fecha de su cese y no fuera beneficiario de otra jubilación o retiro, salvo la prestación que provenga del régimen de jubilación por ahorro individual definido en la presente ley.

Quienes habiéndose incapacitado en forma absoluta y permanente para todo trabajo, no configuran la causal de jubilación por incapacidad total, por no reunir los requisitos antes establecidos, podrán acceder a la prestación asistencial no contributiva por invalidez, en las condiciones previstas por el artículo 43 de la presente ley".

Artículo 5º. (Subsidio transitorio por incapacidad parcial).- Sustitúyese el artículo 22 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, con la modificación parcial introducida por la Ley Nº 17.859, de 20 de diciembre de 2004, por el siguiente:

"ARTÍCULO 22. (Subsidio transitorio por incapacidad parcial).- El derecho a percibir el subsidio transitorio por incapacidad parcial, se configura en el caso de la incapacidad absoluta y permanente para el empleo o profesión habitual, sobrevenida en actividad o en períodos de inactividad compensada,

cualquiera sea la causa que la haya originado, siempre que se acredite:

A) No menos de dos años de servicios reconocidos de acuerdo al artículo 77 de la presente ley.

Para los trabajadores que tengan hasta veinticinco años de edad sólo se exigirá un período mínimo de servicios de seis meses.

B) Que se trate de la actividad principal, entendiéndose por tal la que proporciona el ingreso necesario para el sustento.

C) Que se haya verificado el cese del cobro de las retribuciones de actividad en la que se produjo la causal del subsidio transitorio y durante el período de percepción del mismo.

Si la incapacidad se hubiese originado a causa o en ocasión del trabajo, no regirá el período mínimo de servicios referido.

Esta prestación se servirá, de acuerdo al grado de capacidad remanente y a la edad del afiliado, por un plazo máximo de tres años contados desde la fecha de la incapacidad o desde el vencimiento de la cobertura de las prestaciones por enfermedad y estará gravada de igual forma que los demás períodos de inactividad compensada. Si dentro del plazo antes indicado la incapacidad deviene absoluta y permanente para todo trabajo, se configurará jubilación por incapacidad total.

Los beneficiarios de este subsidio quedan comprendidos en lo dispuesto por el literal A) del artículo 327 de la Ley Nº 16.320, de 1º de noviembre de 1992".

Capítulo III. Flexibilización de las condiciones de acceso a la jubilación por edad avanzada

Artículo 6º. (Acceso a la jubilación por edad avanzada).- Sustitúyese el artículo 20 de la Ley Nº 16.713, de 3 de setiembre de 1995, por el siguiente:

"ARTÍCULO 20. (Jubilación por edad avanzada).- La causal de jubilación por edad avanzada se configura al reunir los siguientes requisitos mínimos de edad y de servicios reconocidos conforme al artículo 77 de la presente ley, se esté o no en actividad a la fecha de configuración de tal causal:

A) Setenta años de edad y quince años de servicios, o

B) sesenta y nueve años de edad y diecisiete años de servicios, o

- C) sesenta y ocho años de edad y diecinueve años de servicios, o
- D) sesenta y siete años de edad y veintiún años de servicios, o
- E) sesenta y seis años de edad y veintitrés años de servicios, o
- F) sesenta y cinco años de edad y veinticinco años de servicios.

Las modalidades de configuración de la causal previstas en los precedentes literales D), E) y F) entrarán en vigencia a partir del 1° de enero de 2010.

La jubilación por edad avanzada es incompatible con cualquier otra jubilación, retiro o subsidio transitorio por incapacidad parcial, salvo la prestación que provenga del régimen de jubilación por ahorro individual obligatorio".

Artículo 7º. (Asignación de jubilación por edad avanzada).- Sustitúyese el literal C) del artículo 29 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, por el siguiente:

"C) Para la jubilación por edad avanzada, el 50% (cincuenta por ciento) del sueldo básico jubilatorio al configurarse la causal, más el 1% (uno por ciento) del mismo por cada año que exceda de los respectivos mínimos de servicios que exige el artículo 20 de la presente ley, con un máximo del 14% (catorce por ciento).

Artículo 8º. (Acceso a la jubilación por edad avanzada en el régimen de transición).- Las modificaciones introducidas por el artículo 6º de la presente ley en cuanto a la configuración de la causal por edad avanzada, serán también de aplicación a las situaciones previstas por el artículo 64 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, sin perjuicio de los derechos de quienes hubieren configurado dicha causal al amparo de lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995.

Cuando en los casos referidos en el inciso anterior se accediere a la jubilación por edad avanzada en las modalidades previstas en los literales B) a F) del inciso primero del artículo 20 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, en la redacción dada por el artículo 6º de la presente ley, será de aplicación lo dispuesto por el inciso final de dicho artículo.

Capítulo IV. Del subsidio especial de inactividad compensada

Artículo 9º. (De la prestación).- Institúyese un subsidio denominado "subsidio especial de inactividad compensada", de carácter mensual y en dinero, a otorgarse y servirse por el Banco de Previsión Social, en beneficio de quienes reúnan los requisitos que se establecen en el artículo siguiente.

Esta prestación se servirá por un período máximo de dos años o hasta que el beneficiario configure cualquier causal de jubilación o retiro, si esto ocurriere antes.

Los haberes del subsidio especial de inactividad compensada se devengarán a partir de la fecha de la solicitud por parte del interesado.

Artículo 10. (Condiciones de acceso).- Tendrán derecho a este subsidio quienes cumplan, en forma conjunta, las siguientes condiciones:

- A) Contar, al momento de solicitar el subsidio, con cincuenta y ocho o más años de edad y con veintiocho o más años de servicios, reconocidos conforme al artículo 77 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, o la normativa que corresponda según el ámbito de inclusión de los mismos.
- B) Haber permanecido en situación de desocupación en el país por un período no inferior a un año, inmediatamente anterior a la fecha de solicitud del beneficio.
- C) Que la referida situación de desempleo sea forzosa y no imputable a la voluntad del trabajador, y provenga del cese por despido que no obedezca a razones disciplinarias, en actividades comprendidas en el régimen del Decreto-Ley N° 15.180, de 20 de agosto de 1981, concordantes y modificativas, háyase o no tenido derecho a subsidio por desempleo.

La reglamentación de la presente ley establecerá los mecanismos de totalización del período mínimo de servicios exigido, en caso de que éste se conforme con actividades de diferentes inclusiones.

A los efectos del cálculo de los mínimos requeridos en el literal A) del presente artículo, se tendrán en cuenta las bonificaciones de servicios que en cada caso correspondieren.

Artículo 11. (Monto de la prestación).- El monto del subsidio especial por inactividad compensada será

el equivalente al 40% (cuarenta por ciento) del promedio mensual de las remuneraciones nominales computables percibidas en los seis meses de trabajo efectivo inmediatamente previos al cese referido en el literal C) del artículo 10 de la presente ley, actualizadas hasta el mes inmediato anterior al inicio del servicio de la prestación, de acuerdo a la variación operada en el Índice Medio de Salarios elaborado conforme al artículo 39 de la Ley N° 13.728, de 17 de diciembre de 1968.

No obstante, el monto del subsidio no podrá ser inferior a 1 BPC (una Base de Prestaciones y Contribuciones) ni superior a 8 BPC (ocho Bases de Prestaciones y Contribuciones), al valor que esta unidad tuviere a la fecha de inicio del servicio de la prestación.

El subsidio será ajustado de conformidad con la variación del Índice de Precios al Consumo, en las mismas oportunidades en que se ajusten las remuneraciones de los funcionarios públicos de la Administración Central.

Artículo 12. (Efectos del subsidio).- El subsidio especial por inactividad compensada constituye asignación computable y materia gravada a los efectos de las contribuciones especiales de seguridad social para con el Banco de Previsión Social, y los períodos por los que se sirva serán computables a los efectos jubilatorios en dicho instituto.

Inclúyese este subsidio entre las partidas exceptuadas del pago del Impuesto a la Renta de las Personas Físicas, a que refiere el inciso segundo del literal C) del artículo 2° del Título 7 del Texto Ordenado 1996, en la redacción dada por el artículo 8° de la Ley N° 18.083, de 27 de diciembre de 2006.

Artículo 13. (Incompatibilidades).- El subsidio instituido por la presente ley es incompatible con la percepción de ingresos provenientes de actividades

remuneradas de cualquier naturaleza, así como con el cobro de todo tipo de jubilación, pensión, retiro o subsidio, salvo que se tratase de pensiones de sobrevivencia, en cuyo caso se abonará la cantidad en que el subsidio especial de inactividad compensada las superare.

Capítulo V. Del cómputo ficto de servicios a la mujer por cargas de familia

Artículo 14. (Cómputo ficto).- A los efectos del cómputo de años de servicio a que refiere la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995, las mujeres tendrán derecho a computar un año adicional de servicios por cada hijo nacido vivo o por cada hijo que hayan adoptado siendo éste menor o discapacitado, con un máximo total de cinco años.

En todos los casos, los servicios computados fictamente conforme a lo previsto por el presente artículo, serán considerados ordinarios (artículo 36 de la Ley N° 16.713, de 3 de setiembre de 1995) y no podrán utilizarse para reformar cédula jubilatoria alguna.

Capítulo VI. Disposiciones generales

Artículo 15. (Financiación).- Las erogaciones derivadas de la aplicación de la presente ley serán atendidas por Rentas Generales, si fuera necesario.

Artículo 16. (Reglamentación).- El Poder Ejecutivo reglamentará esta ley dentro del término de treinta días siguientes al de su promulgación.

Artículo 17. (Vigencia).- La presente ley entrará en vigencia el primer día del cuarto mes siguiente al de su promulgación, salvo las disposiciones contenidas en el Capítulo I que regirán, como máximo, a partir del 1° de julio de 2009.

Decreto N° 254/005

Aumento adicional jubilados de bajos ingresos

Pub. D.O. 19/08/2005

Artículo 1º.- Dispónese un aumento adicional, al ajuste determinado por el Índice Medio de Salarios Nominal de Julio del año 2005, del 6% (seis por ciento) para jubilados que cumplan con las condiciones de derecho que se regulan en el presente Decreto.

El aumento adicional se efectivizará en dos partes:

- A) La primera, correspondiente a un 3% (tres por ciento), se otorgará con el presupuesto del mes de Octubre del año en curso.-
- B) La segunda, correspondiente al restante 3% (tres por ciento), se otorgará con el presupuesto del mes de Abril del año 2006.

Artículo 2º.- El aumento adicional dispuesto en el artículo primero se concederá a los jubilados cuyo haber jubilatorio sea menor o igual a 3 (tres) Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC) al valor correspondiente hasta el día 30 de setiembre del 2005, y que además integren hogares cuyo ingreso por todo concepto sea igual o inferior a 3 (tres) Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC) por cada integrante del mismo. Se entiende que los integrantes perciben un ingreso de 3 (tres) Bases de Prestaciones y Contribuciones realizando un cálculo de prorrato ante la acumulación de todos ingresos de los integrantes pertenecientes al hogar del beneficiario del adicional previsto en el artículo 1º de este Decreto.

Artículo 3º.- El haber jubilatorio que se tendrá en cuenta a los efectos del presente Decreto, incluirá la prima por edad.- Asimismo, cuando el pasivo perciba más de una jubilación proveniente del Banco de Previsión Social, las mismas se acumularán; no se acumularán en cambio, las pensiones de sobrevivencia.

Artículo 4º.- Quedan comprendidos dentro del ámbito subjetivo de los factibles beneficiarios de este Decreto, las personas con vocación pensionaria

(pensiones por sobrevivencia) con relación al jubilado que fallezca entre el primero de octubre del 2005 y treinta de Abril del 2006, en tanto haya cumplido con los requisitos de derecho exigidos en la presente norma. Para efectuar el cálculo del haber pensionario se tomará como incorporado al haber jubilatorio el total del porcentaje de aumento adicional previsto en el artículo 1º de esta norma. En el caso de los haberes sucesorios se estará al porcentaje que se hubiese incorporado en vida del titular.

Artículo 5º.- Con el objeto de determinar los ingresos de los integrantes del hogar del beneficiario de este aumento adicional, aquel deberá presentar una declaración jurada en donde se detalle pormenorizadamente todos los ingresos que por cualquier naturaleza u origen perciban los integrantes del mencionado hogar (sueldos, pasividades, rentas, alquileres, honorarios, intereses bancarios, utilidades de sociedades, etc.). A los efectos de confeccionar esta declaración jurada y su posterior prorrato entre los integrantes del hogar no serán considerados los ingresos por percepción del Ingreso Ciudadano, las Asignaciones Familiares y el Seguro por Desempleo cuando la causal que genera el mismo sea el despido del trabajador.

Artículo 6º.- El aumento adicional integrará a todos los efectos el haber jubilatorio; no obstante, se distinguirá en renglón separado. El Poder Ejecutivo con informe preceptivo favorable del Banco de Previsión Social podrá dejar sin efecto esta disposición.

Artículo 7º.- Las condiciones de derecho exigidas por esta disposición se apreciarán al 30 de setiembre de 2005. Quedan fuera de los alcances del mismo quienes no cumplan las condiciones requeridas o las configuren con posterioridad.

Artículo 8º.- El Banco de Previsión Social controlará por todos los medios a su alcance la veracidad de las declaraciones juradas que se presenten, previamente ser advertidos los interesados de los alcances del artículo 239 del Código Penal y de sus consecuencias para los infractores. Si se verificara que la declaración jurada no se ajusta a la verdad material de los hechos, de forma tal que implique el no cumplimiento por parte del suscriptor de la misma de los extremos requeridos por este Decreto, se procederá a la baja inmediata del aumento adicional y se determinará el cobro indebido correspondiente, así como la forma de reintegro del mismo, sin perjuicio de las acciones penales que eventualmente se incoarán contra quienes incurrieron en la violación de falsificación ideológica del citado documento.

Artículo 9º.- El aumento adicional se prorratará de acuerdo a la fecha de la configuración de la causal

o del cese que dieron lugar al alta de la pasividad de jubilación del peticionante, de la misma manera que en los ajustes regulares y en las dos veces de igual porcentaje conforme lo consagrado en el artículo 1º de este Decreto.

Artículo 10º.- Incorporase el aumento adicional dispuesto en el artículo 1º del presente Decreto, a los efectos de la determinación del tope previsto en el art. 186 de la Ley No. 16.713 de 3 de setiembre de 1995 para el otorgamiento del derecho a la cuota mutua para los afiliados pasivos jubilados.

Artículo 11º.- El Banco de Previsión Social reglamentará los aspectos necesarios para la implementación de este Decreto.

Artículo 12º.- Comuníquese, publíquese, etc.

Decreto N^o 80/006

Subsidio alquiler de vivienda

Pub.D.O. 17/03/006

Artículo 1º.- Créase un régimen especial para la contratación de arrendamientos de inmuebles por parte del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, al amparo de lo dispuesto en el artículo 34 del Texto Ordenado de Contabilidad y Administración Financiera (T.O.C.A.F.), para entregarlos en comodato a jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social beneficiarios del Programa de Soluciones Habitacional, de conformidad con lo previsto en la normativa vigente.

Artículo 2º.- Artículo 2º.- Asígnase a los jubilados y pensionistas con derecho a constituirse en beneficiarios del Programa de Soluciones Habitacionales, de conformidad con lo previsto en el artículo 7 de la Ley No. 15.900, de 26 de octubre de 1987, y artículos 1º y 2º de la Ley No. 17.217, de 24 de setiembre de 1999, un subsidio para el pago de alquileres de viviendas, el cual se otorgará en las condiciones y de acuerdo con los criterios que se establecen en los artículos siguientes.

Artículo 3º.- Tendrán derecho a constituirse en beneficiarios de un subsidio para el pago del arrendamiento o alquiler de una vivienda, los jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social inscritos en el Programa de Soluciones Habitacionales, que habiten en ciudades que no sean capitales de Departamento o localidades donde no exista otra alternativa de solución habitacional y/o las dimensiones de la demanda no justifique la inversión en otra modalidad de solución habitacional, como también aquellos que habiten en cualquier localidad del territorio nacional, y tengan iniciado en su contra juicio de desalojo, o decretado el lanzamiento. El Banco de Previsión Social comunicará al Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente la demanda existente en las diferentes localidades del país, las ciudades o localidades donde resulta conveniente ofrecer a los postulantes como

solución alternativa a su problemática habitacional un subsidio para el alquiler de una vivienda y confeccionará el orden de prioridad, de acuerdo a lo establecido en el artículo 45 de Ley No. 17.292, de 25 de enero de 2001. El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente evaluará dicha propuesta y en su caso la aprobará, realizando las adjudicaciones que correspondan.

Artículo 4º.- El subsidio para alquiler de vivienda será aplicable para la finca que el postulante esté arrendando al momento de otorgarse el mismo o para otra que proponga al Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, en la misma ciudad o localidad donde resida. La vivienda presentada por el beneficiario del subsidio deberá ser aprobada por dicha Secretaría de Estado, para lo cual se tomará en consideración si cumple con todos los requisitos predeterminados por ambos organismos, a fin de mantener la equidad con las soluciones habitacionales otorgadas a los demás beneficiarios del Programa de Soluciones Habitacionales a través de otras modalidades vigentes.

Será de aplicación en estos casos todas las obligaciones que correspondan a los beneficiarios de viviendas del Programa de Soluciones Habitacionales, de conformidad a la normativa vigente.

Artículo 5º.- El subsidio para alquiler incluye: a) el pago al propietario del alquiler y los gastos comunes si correspondiera, siendo de cargo exclusivo del beneficiario el pago de todos los consumos de servicios públicos que accedan a la vivienda; b) los gastos de acondicionamiento de la misma al momento de su restitución, de acuerdo al inventario que se realizará al momento de otorgarse el contrato de arrendamiento respectivo, sin perjuicio del derecho de repetición que tendrá el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente contra los causantes de los daños; y c) las acciones le-

gales que sean necesarias para la restitución de la vivienda al Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente, así como aquellas que se inicien por el referido Ministerio contra los causantes de los deterioros provocados en la vivienda, tendiente a reembolsarse lo que hubiere abonado por dicho concepto al arrendador de la finca.

Artículo 6º.- El valor mensual inicial del arrendamiento y los gastos comunes, en caso de que correspondiere, será de hasta U.R. 12 (Unidades Reajustables doce). En todo caso y previo a autorizar la celebración del contrato de arrendamiento, el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente corroborará que el valor mensual del arriendo guarda una adecuada relación con las características edilicias de la vivienda y con su ubicación geográfica, así como que la finca cumple con todos los requisitos exigidos por la normativa vigente.

Artículo 7º.- El contrato de arrendamiento urbano será otorgado entre el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente y el propietario de la finca o quien este designe, rigiéndose por el sistema de libre contratación, de conformidad con lo previsto en el literal g) del artículo 28 del Decreto Ley No. 14.219, de 4 de julio de 1974. El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio

Ambiente hará efectivo en forma mensual el pago del arrendamiento de acuerdo a los procedimientos que se establezcan. El Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente concederá el uso de la vivienda que arriende a un beneficiario del Programa de Soluciones Habitacionales, suscribiéndose a tales efectos un contrato de comodato entre ambas partes, instancia en la cual se efectivizará el subsidio habitacional oportunamente otorgado.

Artículo 8º.- En caso de que se disponga el cese del beneficio por razones de incumplimiento de la normativa vigente exigida para los beneficiarios del Programa de Soluciones Habitacionales, automáticamente se rescindirá el contrato de comodato y el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente en su calidad de arrendatario y administrador del Programa de Soluciones Habi-

cionales para Jubilados y Pensionistas, realizará las acciones legales que correspondan para la recuperación del inmueble y su posterior restitución al arrendador o en su caso la entrega en comodato a otro beneficiario del referido Programa.

Artículo 9º.- El Banco de Previsión Social y el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente acordarán la instrumentación de los procedimientos para ejecutar esta modalidad incluyendo un mecanismo de visitas periódicas donde se evaluará la situación del beneficiario del subsidio en lo personal, social, familiar y habitacional, así como el uso y estado de la vivienda.

Artículo 10.- La Comisión Consultiva Interinstitucional creada por el artículo 12 del Decreto No. 425/002 del Poder Ejecutivo, de 1º de noviembre de 2002, evaluará la cobertura y gestión del subsidio a efectos de ajustar su operativa.

Artículo 11º.- La erogación resultante, cuyo monto total no podrá superar la suma de \$U 23:000.000 (pesos uruguayos veintitrés millones) se atenderá con cargo al Fondo Nacional de Vivienda y Urbanización - Pasivos (artículo 7º de la Ley No. 15.900, de 21 de octubre de 1987), estimándose un desembolso para el 2006 de \$U 10:500.000 (pesos diez millones quinientos mil), y \$12:500.000 (pesos doce millones quinientos mil) para el 2007, según constancia de disponibilidad de crédito No. 2005/112 expedida por la División Financiero Contable del Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente.

Artículo 12º.- Publíquese, insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos y cúmplase.

Decreto N° 159/006

Carné del Adulto Mayor. Implementación

Promulgación: 2 de junio de 2006

publicación: 7 de junio de 2006

Ministerio del Interior
 Ministerio de Relaciones Exteriores
 Ministerio de Economía y Finanzas
 Ministerio de Defensa Nacional
 Ministerio de Educación y Cultura
 Ministerio de Transporte y Obras Públicas
 Ministerio de Industria, Energía y Minería
 Ministerio de Trabajo y Seguridad Social
 Ministerio de Salud Pública
 Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca
 Ministerio de Turismo y Deporte
 Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente
 Ministerio de Desarrollo Social

Montevideo, 2 de junio de 2006

VISTO: la Ley N° 17.066 de 24 de diciembre de 1998;

RESULTANDO: I) que el Artículo 1° de la Ley mencionada dispone que el Poder Ejecutivo determinará la política general en materia de ancianidad, estableciendo que el Ministerio de Salud Pública, en el ejercicio de sus competencias, ejecutará las políticas específicas correspondientes y coordinará su aplicación con otras instituciones públicas; II) que la Dirección General de la Salud, el Departamento de Programas y el Programa Nacional del Adulto Mayor de la citada Secretaría de Estado propone la implementación del uso del Carné del Adulto Mayor e instructivo de uso;

CONSIDERANDO: I) que el referido Carné es un instrumento portátil de carácter nacional cuyo objetivo es resumir la situación global de salud y las condiciones más relevantes para la atención de las personas Adultas Mayores usuarias del Sistema de Salud,

a efectos de facilitar información en el contacto con los equipos de atención en todos los niveles y en especial para el seguimiento en la comunidad; II) que el Carné del Adulto Mayor no sustituye a la historia clínica ni a cartillas específicas para el control de enfermedades crónicas; III) que la presente normativa tiende a lograr una mejora real en la calidad de vida de los Adultos Mayores; IV) que se estima necesario aprobar la reglamentación propuesta.

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto;

El Presidente de la República actuando en Consejo de Ministros decreta:

ART. 1°.-

Autorízase la implementación e instructivo de uso del Carné del Adulto Mayor que se ajustará al modelo adjunto y se considera parte integrante del presente Decreto.

ART. 2°.-

El Carné del Adulto Mayor no sustituye a la historia clínica ni a cartillas específicas para el control de enfermedades crónicas. Es un instrumento portátil de carácter nacional cuyo objetivo es resumir la situación global de salud y las condiciones más relevantes para la atención de las personas adultas mayores usuarias del Sistema de Salud, a efectos de facilitar información en el contacto con los equipos de atención en todos los niveles y en especial para el seguimiento de la comunidad.

ART. 3°.-

El Carné del Adulto Mayor debe completarse para toda persona adulta mayor de 65 (sesenta y cinco) años de edad, cuando entra en contacto con un efector de salud.

ART. 4º.-

La información que contiene debe actualizarse una vez al año, en forma trimestral y cada vez que exista un cambio importante de información. Si en el transcurso de 1 (un) año no se registraron cambios, igualmente deberá actualizarse y confeccionarse un nuevo Carné.

ART. 5º.-

El Carné del Adulto Mayor será completado por cualquier miembro del equipo básico de salud (médico, enfermera, trabajador social) que conozca las condiciones e información que se solicita en el mismo.

ART. 6º.-

En el caso de que el usuario no sea capaz de informar, se reconocerá como informante calificado al cuidador/familiar principal, entendiendo por tal, aquella persona responsable de la mayoría de los cuidados de todos los días o la mayor parte del año.

ART. 7º.-

El Ministerio de Salud Pública fijará la fecha de comienzo de la exigencia del Carné del Adulto Mayor.

ART. 8º.-

Comuníquese. Pubíquese. VAZQUEZ - JOSE DIAZ - REINALDO GARGANO - DANILO ASTORI - AZUCENA BERRUTTI - JORGE BROVETTO - VICTOR ROSSI - JORGE LEPPA - EDUARDO BONOMI - MARIA JULIA MUÑOZ - ERNESTO AGAZZI - HECTOR LESCANO - MARIANO ARANA - MARINA ARISMENDI.

Programa Nacional del Adulto Mayor. Carné del Adulto Mayor

Instructivo de uso

El Carné tiene una carátula o tapa y siete secciones claramente definidas: 1.: Datos Personales, 2.: Situación funcional (dependencia o necesidad de ayuda en actividades de la vida diaria), 3.: Situación Mental, 4.: Situación Social, 5.: Situación Física, 6.: Problemas de Salud y 7.: Medicación. Complete la información en letra imprenta clara, legible y marque los datos como se solicitan en los encabezados

de cada sección. NO OMITA NI DEJE EN BLANCO NINGUNA INFORMACION.

Carátula o Tapa: En la misma aparece el N° de Decreto del Poder Ejecutivo. El mismo lo hace de uso obligatorio en todo el territorio nacional.

1.: Datos Personales: Se deberá completar la información solicitada del usuario. En caso de carecer de estos datos registre: No tiene.

- Nombres: complete los nombres del Adulto Mayor a quien pertenece el Carné.
- Apellidos: complete los apellidos del Adulto Mayor a quien pertenece el Carné.
- C.I.: complete el número de Cédula de Identidad del Adulto Mayor.
- Fecha de Nacimiento: Registre el día, mes y año.
- Teléfono: Registre un teléfono de contacto, que puede ser de un vecino, o de alguna persona de su entorno (en caso de carecer el usuario).
- Domicilio: Registre, nombre de la calle y número de puerta.
- Institución: Registre el Centro de Salud o Servicio de Salud Municipal o Institución de Asistencia Médica que corresponda.
- Centro de Atención: Especifique en la que realiza el control habitual.

Zona: Complete la zona a la que pertenece (En Montevideo Este, Oeste, Centro; en el Interior: Localidad) .

- Médico Referente: Registre el nombre completo del Médico, entendiendo por tal el médico de cabecera o quien realiza el seguimiento con mayor frecuencia. En caso de carecer de él, se registrará. No tiene.
- Departamento: registre el Departamento de residencia del Adulto Mayor.
- En Familiar o Cuidador Principal: Registre el nombre completo, entendiéndose por tal a quien cuida al Adulto Mayor la mayor parte del tiempo durante todo el año.
Si no dispone de cuidador principal o familiar escriba: No tiene.

– Grado de Parentesco: Identifique el grado de parentesco de la persona, (hijo/a, esposa/o, etc.). Si no existe ningún tipo de parentesco escriba: Ninguno.

– Teléfono: Registre un teléfono de contacto, que puede ser de un vecino, o de alguna persona de su entorno.

– Domicilio: Registre nombre de la calle y número de puerta.

Fecha de entrega: Registre la fecha en que se completa o confecciona el carné (día, mes y año). En caso de extravío "...", escriba la dirección a donde retornar el carné.

2.: Situación Funcional: Registre con SI o NO, frente a la actividad que corresponda. Escriba la fecha identificando mes y año.

Tiene dificultad para las siguientes actividades:

- Actividad Básica: Registrar frente al casillero que corresponda de la manera anteriormente explicada, cualquier tipo de dificultad en la que requiera ayuda, aún cuando sea parcial. En las actividades, en el caso de "usa silla de ruedas independiente "...: significa que se evalúa si el Adulto Mayor es independiente en el uso de la silla de ruedas o sea si es capaz de desplazarse solo sin que nadie lo conduzca.

Necesita ayuda para las siguientes actividades:

- Actividades instrumentales: significa si requiere cualquier tipo de ayuda parcial (no importa el grado) o total para las que se mencionan. Se registra de igual manera.

3.: Situación Mental: Escriba primero el mes y el año de la evaluación.

Registre SI o NO, si el usuario presenta los problemas de Salud Mental que se enumeran.

- Otra: Si se trata de un problema que no figura en el listado impreso, regístrelo en forma legible. En todos los casos sólo se deben consignar los diagnósticos positivos definitivos.
- Observaciones: Puede añadir planteos presuntivos en el área de Salud Mental.

4.: Situación Social: Indique primero el mes y año de la evaluación. Registre con SI o NO según corresponda en cada aspecto que se solicita.

- En situación de la vivienda: Si la situación no está en el listado, especificar en el apartado "Otros" ...
- Educación: Registre el último año cursado. No se considerará completas sin no se completó todo el ciclo o años de curso.

- En soporte social: Consignar SI o NO.

Familia. Convivencia: Si dispone efectivamente de una familia con la que convive. Las redes de apoyos: Refieren a existencia objetiva de vínculos estables y frecuentes (visitas, contactos telefónicos, participación en clubes, etc.), todas las semanas, la mayor parte del año.

- Participación en actividades y grupos: Se describirá la actividad y la participación social del usuario en grupos.

5.: Situación Física: Escriba primero la fecha de la evaluación (mes y año). A continuación escriba SI o NO lo que corresponda a la situación en los diferentes apartados:

- Presencia de Déficits Sensoriales: (que interfieran con la vida social o la vida cotidiana de la persona), dificultad para oír, ver, gusto y olfato.
- Salud Bucal: se deberán completar con SI o NO las diferentes opciones.
- Estado Nutricional: Según impresión subjetiva o clínica (normal, adelgazado/desnutrido, sobrepeso/obeso). Escriba SI o NO según corresponda si la persona tiene o no tiene los problemas geriátricos que se listan en el apartado "Síndromes Geriátricos".
- Síndrome Geriátricos: Se deberán completar las diferentes opciones.
- Inmunizaciones: Se preguntarán las diversas opciones completando con SI o NO, (la vacuna antigripal se debe realizar todos los años, la vacuna antineumocócica al menos una vez). (Las vacunas no tienen carácter obligatorio).

6.: Problemas de Salud:

- Antecedentes Quirúrgicos: Escriba en letra imprenta clara legible los tres más recientes e importantes. Especifique el mes y año en cada caso.
- En Enfermedades Crónicas: Escriba en letra imprenta clara legible las más importantes y/o que determinan discapacidad o disminución en la habilidad para valerse por sí mismo.
- En Ingresos Hospitalarios: Escriba los tres más recientes. Establezca el hospital, la causa (ejemplo: neumopatía aguda), la fecha aproximada de ingreso y de egreso (día, mes y año).

7.: Medicación Actual: Primero escriba el mes y año de la evaluación y relevamiento de la medicación que el Adulto Mayor ingiere regularmente.

- **Medicamento:** Interrogue acerca de toda la medicación (la indicada por médico y la autoprescripta). No olvide preguntar por colirios (gotas oftálmicas), psicofármacos, anti-inflamatorios de venta libre, medicación digestiva de venta libre, medicación compartida con familiares. Especifique en cada caso la dosis diaria.

CONSIDERACIONES: Luego de llenar el Carné usted podrá realizar un listado de prioridades a corregir, surgirán situaciones que merecerán corrección de

hábitos de vida inadecuados, actividades de educación y promoción de salud, problemas de salud cuyo estudio merece mayor profundidad, oportunidades para derivar para mejor evaluación, consejos a suministrar al propio Adulto Mayor o su familiar o cuidador principal, oportunidad para revisar medicación (pertinencia de su continuidad e indicación). Programe y coordine una nueva evaluación en tres meses si se trata de una persona mayor frágil o vulnerable.

Decreto N° 415/008

Monto mínimo jubilaciones y pensiones

Pub. D.O. 04/09/2008

Artículo 1º.- Establécese, a partir del 1º de julio de 2008, el monto mínimo de las jubilaciones servidas por el Banco de Previsión Social, otorgadas al amparo del régimen general de pasividades vigente a la fecha de sanción de la Ley No. 16.713 de 3 de setiembre de 1995 y normas modificativas, en la suma equivalente a 1,25 veces la Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC).

Artículo 2º.- Dispónese, a partir del 1º de julio de 2008, para los jubilados al amparo de la Ley No. 16.713 de 3 de setiembre de 1995 y normas modificativas, un adelanto a cuenta consistente en la diferencia que exista entre la suma equivalente a 1,25 veces la Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC) y el monto nominal de la jubilación vigente.

Artículo 3º.- Quedan excluidos de la aplicación de los artículos 1º y 2º del presente decreto:

- a) Los jubilados no residentes en el país.
- b) Los jubilados amparados a convenios internacionales cuyo cómputo jubilatorio se integre con menos del 50% (cincuenta por ciento) de servicios de afiliación al Banco de Previsión Social.
- c) Los jubilados amparados a la acumulación de servicios dispuesta por la Ley No. 17.819 cuyo cómputo jubilatorio se integre con menos del 50% (cincuenta por ciento) de servicios de afiliación al Banco de Previsión Social.

Artículo 4º.- El beneficio de prima por edad no se tomará en cuenta para la aplicación del mínimo establecido por el artículo 1º, ni para el cálculo del monto del adelanto a cuenta previsto en el artículo 2º.

Artículo 5º.- A partir del 1º de julio de 2008 el monto mínimo de la asignación de pensión de sobrevivencia servida por el Banco de Previsión Social, será equivalente a 1,25 veces la Base de Prestaciones y Contribuciones (BPC).

Artículo 6º.- Quedan excluidos de la aplicación del mínimo anterior:

- a) Los pensionistas que integren hogares cuyo ingreso promedio por integrante, por todo concepto, supere las 3 (tres) Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC) por mes, al valor vigente al 1º de enero de 2008.
- b) Los pensionistas menores de sesenta y cinco años de edad.

A los efectos de determinar los niveles de ingreso previsto en el literal a) del presente artículo, no se considerarán las asignaciones familiares, el subsidio a la vejez (Ley No. 18.241 de 27 de diciembre de 2007), ni el subsidio por desempleo cuando la causal que lo genere sea el despido del trabajador.

Artículo 7º.- Los pensionistas que aspiren a percibir el monto mínimo previsto en el artículo 5º deberán suscribir una declaración jurada, salvo que ya la hayan efectuado con anterioridad, donde detallen pormenorizadamente todos sus ingresos y los de todos los integrantes del hogar, cualquiera sea su naturaleza u origen (salarios, pasividades, alquileres, honorarios, intereses bancarios, utilidades de sociedades, etc.), con excepción de los indicados en el último inciso del artículo anterior.

Artículo 8º.- Las condiciones previstas en el artículo 6º se apreciarán al 30 de junio de 2008. Quedan fuera de los alcances del mismo quienes no las cumplan o las configuren con posterioridad a la fecha indicada.

Artículo 9º.- El Banco de Previsión Social reglamentará los aspectos necesarios para la implementación de este decreto.

Artículo 10º.- Comuníquese, publíquese, etc.

Ordenanza M.S.P. N° 385

Ministerio de Salud Pública.
Montevideo, 1 de julio de 2008.

VISTO: Ordenanza Ministerial N° 5 de 07 de enero de 2008;

RESULTANDO: Que por la misma se estableció el sistema para categorizar los establecimientos habilitados según la ley N° 17066 de 24 de diciembre de 2008, que alojan Adultos Mayores, según los detalles que indican las categorías A, B, C y D:

CONSIDERANDO:

- I) que, según lo manifestado por la Asesoría Letrada de la Dirección General de la Salud, se produjo una contradicción entre lo dispuesto por los numerales 1.4 y 1.8 referente a la Planta Física de los Hogares Categoría A;
- II) que, asimismo se estima pertinente rectificar el texto de los ítems 1.8 referente a la Planta Física de los Hogares Categoría A, así como el 1.7 referente a la Planta Física de los Hogares Categoría D;
- III) que, según lo expresado por el Sector Ancianidad se estima pertinente ajustar el texto de dicha Ordenanza;
- IV) que, la Dirección General de la Salud no formula objeciones a lo solicitado;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en el Artículo 7° literal i) del Derecho N° 320/999 de 1° de octubre de 1999, reglamentario de la Ley N° 17.066 de 24 de diciembre de 1998;

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA
RESUELVE:

- 1º) Suprímase el numeral 1.4 de la Ordenanza Ministerial N° 5 de 7 de enero de 2008, referente a la Planta Física de los Hogares Categoría A.
- 2º) Sustitúyese el ítem 1.8 de la referida Ordenanza, referente a la Planta Física de los Hogares Categoría A el que quedará redactado de la siguiente manera:

“1.8: No podrá existir más de dos camas por dormitorio respetando los cinco metros cuadrados por residente, excluidos armarios, según requisito de la reglamentación vigente.”

- 3º) Sustitúyese, el ítem 1.7 de la Categoría D de la mencionada Ordenanza, referente a la Planta Física de los Hgares Categoría D, el que quedará redactado de la siguiente manera:

“1.7: No podrán existir más de cuatro camas por dormitorio. Se tolerará que en algunos dormitorios no se respete los cinco metros cuadrados por residente, excluidos armarios, según requisito de la reglamentación vigente, si de ello no resultan condiciones de hacinamiento y/o dificultad para la libre ambulación en el mismo”.

- 4º) Publíquese en la página web. Tome nota la Dirección General de la Salud. Pase a sus efectos a la División Servicios de la Salud. Cumplido, archívese.

Ord. N° 385
Ref. N° 001-2455/2006
MF

MARÍA JULIA MUÑOZ
Ministra de Salud Pública

