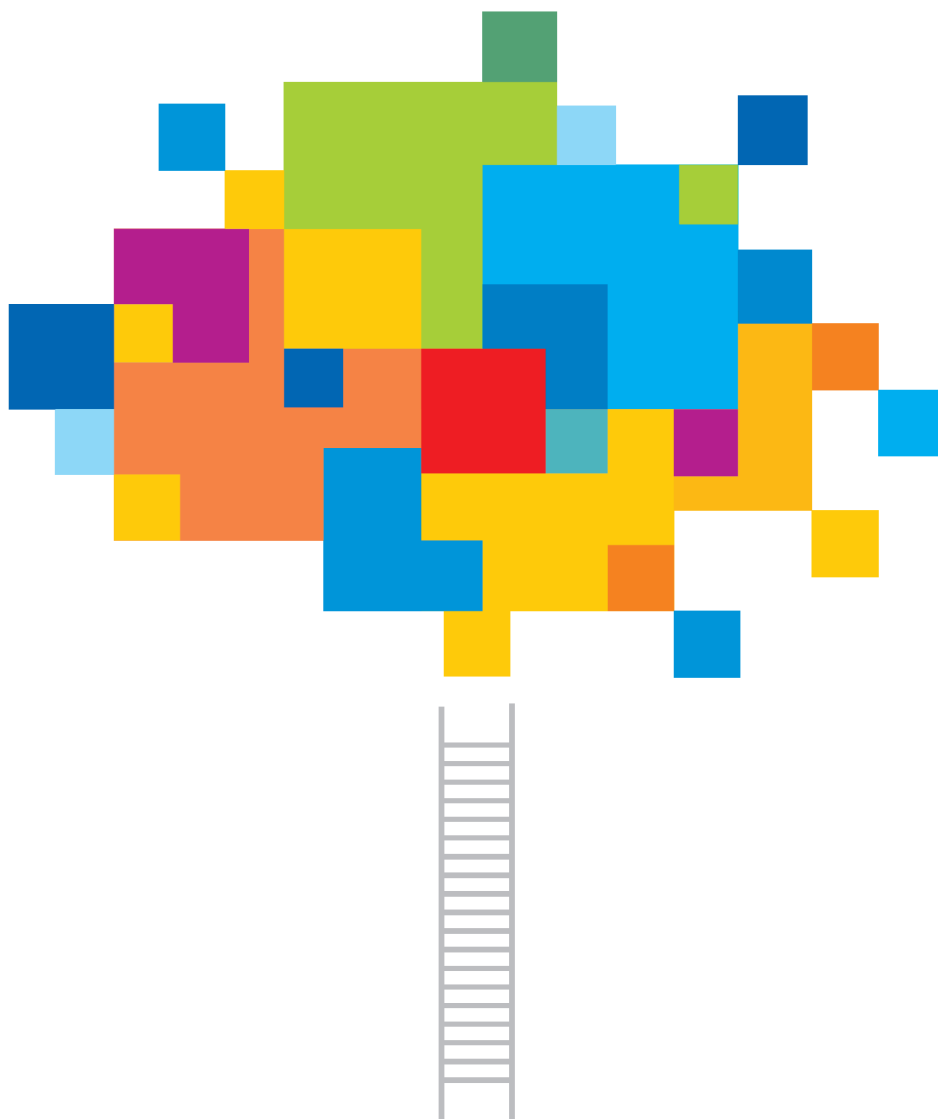


Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas

SIVE | Sistema de Información
sobre Vejez y Envejecimiento 2015



Las personas mayores en Uruguay: un desafío impostergable para la producción de conocimiento y las políticas públicas

SIVE

Sistema de Información
sobre Vejez y Envejecimiento

2015

INMAYORES-DINEM



**Las personas mayores en Uruguay:
un desafío impostergable para la producción de
conocimiento y las políticas públicas**

Ministerio de Desarrollo Social

Marina Arismendi - Ministra

Instituto Nacional del Adulto Mayor

Adriana Rovira - Directora

Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo

Juan Pablo Labat - Director

División de Fortalecimiento y Estudios

Valentina Perrotta - Directora

**Observatorio Social de
Programas e Indicadores****Elaboración del documento**

Instituto Nacional del Adulto Mayor

Andrea Palma
Valentina Perrotta
Adriana Rovira

Fabián Carracedo
Paola Castro
Alejandro Guedes
Julio Llanes
Gabriela Pedetti
Manuel Píriz
Fanny Rudnitzky
Susana Tomé
Gabriel Tudurí
Ximena Vargas
Lucía Villamil

Montevideo, octubre de 2015

Av. 18 de Julio 1453, Piso 8
C.P. 11200 Montevideo, Uruguay
Tel/Fax: (598) 2400 0302* int. 1454 - 1615

inmayores@mides.gub.uy inmayores.mides.gub.uy

Diseño: Roberto Cancro
Impresión: Tradinco

Índice

1.	Introducción	17
2.	Aspectos sociodemográficos	23
3.	Desarrollo social y Seguridad económica	39
4.	Salud y Bienestar	55
5.	Entornos favorables para el envejecimiento	71
6.	Personas mayores y Cuidados	87
7.	Consideraciones finales	107
8.	Bibliografía	113

Prólogo

Ministerio de Desarrollo Social

El envejecimiento y la vejez constituyen un asunto de relevancia en la agenda nacional, por lo cual es importante generar mecanismos para que las personas envejezcan en condiciones adecuadas y donde la edad no presente una limitación para el ejercicio pleno de derechos.

Uruguay ha venido avanzando en esta última década, en la construcción de un nuevo pacto social que amplíe los niveles de protección social a todos los sectores de población y, junto con ello, considerar la situación de las personas mayores dentro del marco general de los derechos humanos. El envejecimiento de la población va siendo un fenómeno cada vez más común en los países de la región, y Uruguay se ubica entre los países de envejecimiento avanzado, lo cual presenta desafíos que deben ser abordados por el aparato del Estado y la sociedad en su conjunto.

Las definiciones de política pública están directamente relacionadas a la forma de comprender el rol del Estado, y a cómo organizar los recursos y las prioridades políticas ante la desigualdad social y la desprotección de derechos. Para los próximos años, la agenda referida a las personas mayores enfrenta a Uruguay a dos desafíos, la puesta en funcionamiento del Sistema Nacional Integrado de Cuidados y una revisión de la matriz de protección social en relación a la vejez en situación de vulnerabilidad.

El Ministerio de Desarrollo Social tiene por objetivo generar mecanismos para la protección de derechos de toda la población, trabajando en la importancia que tienen todas las personas para el desarrollo económico, social y cultural de nuestra sociedad, donde las personas mayores son parte sustantiva en la búsqueda del bienestar social y el acceso a bienes y servicios. La consecución de la igualdad en todas las edades es un aspecto clave del quehacer de las instituciones, para que la protección de los derechos sea realmente efectiva y duradera.

El envejecimiento y la vejez como prioridad de la política pública, establece la importancia de distribuir recursos e implementar acciones aquí y ahora para las personas mayores, a la vez que incorporar una mirada a largo plazo e innovadora, que entienda el despliegue del curso vital, para democratizar las posibilidades de envejecer con dignidad, autonomía, libertad y con pleno ejercicio de ciudadanía.

Marina Arismendi

Ministra de Desarrollo Social

Fondo de Población de las Naciones Unidas

Es un gusto para el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) presentar este primer producto del Sistema de Información de Vejez y Envejecimiento (SIVE) del MIDES-Inmayores orientado al mejor conocimiento de la situación de las personas mayores en Uruguay.

En 2015, son 600 millones las personas mayores de 65 años que habitan en nuestro planeta. En 2050, serán 1.500 millones, es decir, más del 15% de la población mundial. Esto significa que es necesario prestar cada vez más atención a las necesidades y problemas que enfrenta este sector etario.

Dada la situación demográfica del Uruguay, el segundo país más envejecido de la región después de Cuba, la situación de las personas mayores ya es un tema de suma relevancia y representa importantes desafíos.

Por un lado, los cambios en la composición de la población generan modificaciones en los requerimientos de los servicios que el Estado debe asegurar a su población para garantizar el ejercicio de sus derechos.

Por otro, resulta clave para la sustentabilidad del desarrollo económico, analizar el impacto de la creciente proporción de personas en edad avanzada en el país, en términos de desafíos fiscales y de la relación entre población en edad de trabajar y población pasiva.

Uruguay ha cosechado logros importantes en favor de las personas mayores. Buenos ejemplos de estos son: la cobertura y el nivel de las jubilaciones y pensiones (siendo el país de la región con la menor incidencia de la pobreza en ese tramo etario), la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud, las soluciones habitacionales para adultos mayores, y otras políticas específicas de protección desde el sector público.

Las proyecciones de población indican que en Uruguay irá incrementando la proporción de personas mayores de 60 años. La prolongación de la esperanza de vida producirá un aumento de la población de 75 años y más dentro del conjunto de personas mayores, proceso conocido como “envejecimiento del envejecimiento”.

Estos procesos no sólo generan desafíos fiscales relacionados con la necesidad de expansión de coberturas en materia de salud y pensiones, sino que requieren un cambio en los perfiles de atención, y la consideración creciente de los temas relativos a los cuidados, abordando aspectos que hasta ahora quedaban en la órbita de lo privado.

Para el UNFPA, la generación de información que permita vincular las dinámicas demográficas al diseño de las políticas públicas forma parte de sus principales objetivos. Su Programa País tiene como uno de sus objetivos promover la generación de información sociodemográfica para fortalecer el Sistema Estadístico Nacional. De esta manera, se pretende obtener más datos y mejores análisis con el foco en la población adulta más vulnerable, e insumos para la ejecución y la evaluación de los programas y políticas públicas orientadas a asegurar los derechos de las personas.

Por último, quisiera señalar que, así como el UNFPA acompañó al MIDES-Inmayores en el importante camino que condujo en 2014 al primer Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez, en la actualidad apoya a la creación del SIVE y su afianzamiento como organismo de seguimiento de las condiciones de vida de las personas mayores. Se trata, sin duda, de una herramienta imprescindible para definir estrategias del Estado y así asegurar los derechos y promover el desafío de extender y estructurar la red de protección para la población uruguaya de mayor edad.

Denise Cook

Coordinadora Residente de las Naciones Unidas
y Representante de UNFPA en Uruguay

Presentación

El envejecimiento se ha transformado en un elemento clave de la dinámica social a nivel mundial, y la situación que rodea a las personas mayores ha sido objeto de debate a nivel internacional. La presencia del envejecimiento como fenómeno actual y relevante surge a partir del hito histórico que pautó en 1982 la Primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, donde se señalara la importancia de profundizar en la investigación y la construcción de información para la toma de decisiones y el impulso de nuevas políticas y programas dirigidos a las personas mayores.

A partir de ese punto de partida, la agenda internacional respecto a la vejez ha continuado nutriéndose, y Uruguay viene en la última década realizando fuertes transformaciones en la definición de políticas públicas que asuman el desafío que el envejecimiento presenta en la agenda de población. Si bien es de destacar que en nuestro país las personas mayores fueron históricamente objeto de la atención del Estado, en estos últimos años asistimos a un cambio de paradigma, el cual se traduce en ampliar la visión del envejecimiento y la vejez incorporando una perspectiva de derechos y la puesta en funcionamiento de una institución pública especializada en la temática de carácter rector con el cometido de asesorar, recomendar y diseñar políticas públicas dirigidas a las personas mayores.

La presente publicación busca contribuir con la construcción de información y análisis estadístico, así como a su difusión. El Estado requiere información útil para diseñar políticas apropiadas, así como de la evidencia que permita monitorear y evaluar permanentemente los efectos de tales políticas. Es necesario contribuir a la superación de limitaciones técnicas para una producción regular de información de corto plazo y la construcción de una base de indicadores para el seguimiento respecto de la situación de las personas mayores. Sin duda habrá que seguir avanzando en la consideración de la edad como una categoría transversal, de tal manera que se pueda obtener información relativa a las personas mayores, incorporándola como variable sustantiva en la producción de información a nivel nacional.

Para cumplir con estos objetivos es necesario que Uruguay avance en establecer e incluir en las operaciones estadísticas nuevos indicadores que posibiliten un mejor conocimiento de las diferencias en los valores, roles, situaciones, condiciones, aspiraciones y necesidades de las personas mayores. Esta publicación busca aportar en esa dirección, a partir de la difusión y el análisis de determinadas variables que se presentan en la situación de vida y protección de derechos de las personas mayores.

Es importante destacar que este producto ha sido posible a partir de la contribución financiera y el apoyo técnico del Fondo de Población de Naciones Unidas, en una alianza estratégica basada en el entendimiento de que se requiere un conocimiento riguroso de los escenarios donde se produce el proceso de envejecimiento para contribuir a la toma de decisiones de manera precisa y adecuada.

Adriana Rovira

Directora del Instituto Nacional del Adulto Mayor

1. Introducción

En la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de las Naciones Unidas realizada en 2002, los países miembros aprobaron el Plan Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, comprometiéndose a “promover una sociedad para todas las edades”¹, en el entendido de “garantizar que en todas partes la población pueda envejecer con seguridad y dignidad y que las personas de edad puedan continuar participando en sus respectivas sociedades como ciudadanos con plenos derechos”.²

Esta premisa implica un cambio respecto al paradigma que guía el abordaje sobre la vejez y el envejecimiento. Tradicionalmente, la concepción predominante ha sido la consideración de la vejez como un etapa de carencias de todo tipo: económicas, físicas y sociales (Huenchuan, 2011). Con el enfoque de derechos, en cambio, se pasa a concebir a las personas mayores como titulares de derechos y no como personas con necesidades. Este enfoque que se inicia con el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento en 2002, se afianza con la Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe en 2012. A ello se suma la visión no deficitaria y no normalizadora del envejecimiento, que considera a las personas mayores capaces de contribuir al desarrollo y de transitar por formas heterogéneas de envejecer (PNEV, 2012).

En base al mencionado Plan, se inicia en los últimos años un proceso de revisión y transformación que implica el surgimiento de un nuevo modelo de gestión en política pública hacia las personas mayores. Este instrumento, que concitó especial interés por parte de la comunidad internacional, ha implicado un cambio en el abordaje de los derechos de las personas mayores por parte de los Estados para la próxima década. Entendemos que son tres las áreas de impacto más destacables sobre las que interviene el Plan que adquieren distinto grado de avance según el contexto local e histórico:

1. Informe sobre la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España, 2002. Naciones Unidas: 1.
2. Plan de Acción de Madrid, artículo 10.

- En primer lugar, las personas mayores fueron reconocidas como sujetos políticos, donde su participación y visión se ubicó como una dimensión imprescindible en las acciones públicas.
- En segundo lugar, los problemas que planteaba el envejecimiento dejaron de ser pensados como aspectos de índole individual para ser comprendidos en una dimensión integral y colectiva, interpelando el lugar de toda la sociedad y el rol del Estado.
- Por último, pero no menos importante, se planteó una transformación en la forma de instrumentar las políticas públicas dirigidas a las personas mayores, impulsando la creación de políticas a nivel nacional que tuvieran como objetivo la coordinación y articulación como forma de impactar en abordajes históricos dispersos y fragmentados.

En junio del presente año, se aprobó en la Organización de Estados Americanos (OEA) la Convención Interamericana para la Promoción de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, la cual representa un nuevo marco de trabajo que tendrá sin duda impactos no sólo a nivel normativo, sino también como instrumento político que extenderá el proceso de ampliación institucional y definición de políticas públicas dirigidas a las personas mayores. Uruguay es uno de los cinco países firmantes junto con Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica, y se encamina hacia su ratificación.

Tanto en el Plan de Acción de Madrid, como en la Convención se destaca la importancia que reviste la generación de información sobre las personas mayores. En el primero, se señala que “es preciso promover y desarrollar una investigación integral, diversificada y especializada sobre el envejecimiento en todos los países, en particular en los países en desarrollo. La investigación, inclusive la reunión y el análisis de datos en que se tengan en cuenta la edad y el enfoque de género, ofrece un fundamento esencial para la adopción de políticas eficaces” (Artículo 129).

En el caso de la Convención, se obliga a los Estados a recopilar información adecuada, incluidos datos estadísticos y de investigación, que les permitan formular y aplicar políticas, a fin de dar efecto a los compromisos asumidos en el tratado. Particularmente agrega el compromiso de producir y divulgar información con el objetivo de generar diagnósticos de riesgo de posibles situaciones que conlleven una desprotección de derechos con el objetivo de desarrollar políticas de prevención.

Si bien en los últimos años, la producción de conocimiento acerca de la realidad de las personas mayores en el país se ha incrementado, tanto en la academia como en los organismos estatales competentes, la misma se encuentra dispersa y no resulta de fácil acceso para el público interesado y los tomadores de decisiones.

Asimismo, la información disponible presenta vacíos en dimensiones de gran relevancia respecto al bienestar y el ejercicio de los derechos de las personas mayores y por ende para las políticas públicas que buscan promoverlos. Estos vacíos indican que Uruguay tiene aún grandes dificultades en la producción de información relevante referida a las personas mayores, sin embargo otros países de la región como Argentina (Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Adultos Mayores, 2012) y Chile (Encuesta Nacional de Dependencia en Personas Mayores, 2009, Tercera Encuesta de Calidad de Vida en la Vejez, 2013) han hecho esfuerzos para la puesta en marcha de instrumentos más profundos de medición de ciertos indicadores en áreas relevantes para comprender la situación de las personas mayores. Los vacíos que presenta Uruguay, han sido señalados en forma reiterada por la academia y otros actores competentes, resultando necesarios su sistematización y monitoreo con el fin de promover su pronto abordaje por el sistema estadístico nacional.

El Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores), como organismo rector en la materia, tiene entre sus competencias la planificación, el diseño, la ejecución y la evaluación de las políticas nacionales relativas a la población adulta mayor, promoviendo su desarrollo pleno e integración social y económica. Por su parte, la Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo (DINEM) del Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) tiene como misión ejercer la rectoría en el monitoreo y evaluación de planes, programas, acciones, dispositivos y proyectos sociales en el territorio nacional, así como en la construcción y gestión de la información necesaria para mejorar la implementación y el diseño de los mismos.

La producción de información específica sobre vejez y envejecimiento es una herramienta decisiva para la elaboración de políticas. Permite visualizar qué dimensiones son significativas para contribuir con la toma de decisiones y la planificación estratégica. Permite asimismo identificar obstáculos o alarmas y generar medidas para promover el ejercicio de derechos de esta población. En función de la importancia que reviste la información para la toma de decisiones, desde el Inmayores y el Observatorio Social de Programas e Indicadores de la DINEM, se trabaja desde hace varios años en la producción conjunta de información. En el sitio web del Observatorio se ha desarrollado un módulo sobre indicadores de vejez y se ha publicado un documento que los analiza³, representando un antecedente directo de la propuesta que aquí se presenta.

En este marco, se crea el Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento (SIVE) bajo la coordinación de Inmayores y de la DINEM.

3. Revisión de indicadores de vejez y envejecimiento. MIDES, 2014.

El SIVE se propone los siguientes objetivos:

- Producir información relativa a la vejez y el envejecimiento que visibilice las condiciones de vida de las personas mayores desde las perspectivas de ciclo de vida, género y derechos.
- Sistematizar y poner a disposición de la sociedad de forma continua la información disponible sobre las personas mayores en forma accesible y oportuna.
- Aportar información pertinente que contribuya al diseño y la implementación de políticas, planes, programas y normas que propicien el bienestar de las personas mayores.
- Contribuir al fortalecimiento institucional del Instituto Nacional del Adulto Mayor (Inmayores) como organismo rector en materia de vejez y envejecimiento.
- Contribuir al monitoreo del Segundo Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez (PNEV).

En el SIVE la información se estructura de acuerdo a los ejes de análisis tomados de las áreas prioritarias establecidas en la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento: Desarrollo social y económico, Salud y bienestar y Entornos favorables para el envejecimiento. A dichos ejes se le incorpora uno sobre Aspectos sociodemográficos y otro referido a Personas mayores y cuidados.

El SIVE contará con un portal web⁴ asociado al portal del Observatorio Social de Programas e Indicadores⁵ que pondrá a disposición los indicadores por ejes temáticos, así como documentos asociados e información sobre programas y proyectos sociales.

El presente informe analiza los indicadores disponibles en los ejes mencionados con el fin de visibilizar las distintas realidades de las personas mayores y orientar la toma de decisiones. Al mismo tiempo se señalan los vacíos de información existentes con el objetivo de promover la generación de nuevo conocimiento que permita monitorear el avance en el ejercicio de derechos de este grupo poblacional.

4. SIVE.mides.gub.uy

5. Observatoriosocial.mides.gub.uy

2. Aspectos sociodemográficos

Se puede hablar del envejecimiento como un proceso que se desarrolla gradualmente tanto a nivel de los individuos, como para un colectivo demográfico. Las personas envejecen a medida que en su tránsito van ganando en años y prolongando su vida; una población envejece cuando las cohortes de edades superiores tienen un creciente peso en el total de la población, al mismo tiempo que disminuye la proporción de niños y adolescentes (menores de 15 años) (Villa y Rivadeneira, 2000).

Envejecer desde un plano biológico supone una transformación física irreversible del organismo. Desde una perspectiva sociológica y cultural, envejecer supone situarse en una etapa concreta asociada al desempeño de una serie de funciones y roles dentro de la dinámica social, determinados en su mayoría por las costumbres y creencias de la sociedad. La vejez es una categoría social construida en base al contexto en el que se desarrollan y habitan las distintas generaciones. Las personas mayores no envejecen por igual, el proceso de envejecimiento es individual, existiendo diferentes formas de vivirlo y de afrontarlo en función del contexto social en el que se habite, así como de la situación personal y subjetiva.

Existen determinantes culturales, que a modo de ritual establecen en muchos casos pautas que definen el pasaje a la etapa de vejez, como la jubilación o la abuelidad, que tienen un peso social muy fuerte. No obstante, el criterio operativo comúnmente utilizado para definir el ingreso de una persona a la vejez es a través de la edad cronológica. Aunque es una definición arbitraria (suele ser a partir de 60 ó 65 años)⁶, su uso es amplio pues permite reducir la complejidad de considerar el umbral de la vejez desde una perspectiva biológica, subjetiva o social (Del Pópulo, 2001). A su vez, dada la heterogeneidad de características al interior del grupo, éste suele considerarse en segmentos etarios para dar cuenta de la diversidad de realidades en la vejez.

6. En el caso de Uruguay por consenso el umbral de vejez se estableció a los 65 años según la Ley 18.617 de 2009.

Cambios en las variables demográficas (mortalidad, natalidad y migración) generan cambios en la composición etaria de la población. Se denomina transición demográfica al proceso de extensa duración que parte de una situación de bajo crecimiento demográfico marcado por altas tasas de mortalidad y natalidad llegando a otra situación de bajo crecimiento pero como resultado de bajas tasas de mortalidad y natalidad. En la medida en que avanza la transición demográfica y se producen descensos de la mortalidad y de la fecundidad, se asiste a un proceso paulatino de envejecimiento de la población.

En los países desarrollados, el proceso de envejecimiento ha sido gradual, mientras que en América Latina se ha dado a un ritmo acelerado. La reestructuración etaria de la población es el aspecto más importante de los cambios demográficos observados y proyectados para la región (Huenchuan, 2013).

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), de la División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), elaboró una tipología para clasificar a los países de la región de acuerdo a sus trayectorias en el proceso de transición demográfica en los años 90. A partir de ellas, establece cuatro agrupaciones: transición incipiente, transición moderada, plena transición y transición avanzada.

Cuadro 1. Transición demográfica: tipología CELADE

Grupo 1: Países de transición incipiente	Alta natalidad y mortalidad	Bolivia y Haití
Grupo 2: Países de transición moderada	Natalidad alta y mortalidad moderada	El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay
Grupo 3: Países en plena transición	Natalidad moderada y mortalidad moderada y baja	Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela
Grupo 4: Países de transición avanzada	Baja natalidad y baja o moderada mortalidad	Argentina, Chile, Cuba, Uruguay, Bahamas, Barbados, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico

Fuente: Alberto Viveros Madariaga

Como se desprende de la clasificación, la intensidad del proceso de envejecimiento ha sido heterogénea en la región pero se viene profundizando y generalizando. Hay rasgos comunes que se visualizan o comienzan a visualizarse en todos los países.

En primer lugar, se procesa un envejecimiento interno de la población de personas mayores, denominado sobre-envejecimiento. Es decir, se da un incremento de la proporción de las personas de más edad. Las consecuencias de estos cambios tienen repercusiones directas aumentando las demandas de servicios de salud y cuidados.

A ello se le suma el mayor peso femenino entre la población adulta mayor. La feminización de la vejez se acentúa a medida que avanza la edad. Esta característica tiene implicancias para las mujeres debido a que, dadas su mayor longevidad y su menor propensión a volverse a unir, las mujeres mayores tienen más probabilidades que los varones de vivir solas. En estas condiciones, las mujeres mayores corren mayor riesgo de sufrir aislamiento social y privaciones económicas (Huenchuan, 2013).

Las desigualdades de género observadas a lo largo del ciclo vital, que se manifiestan en el menor acceso de las mujeres al espacio público y la toma de decisiones, en la menor participación en el mercado laboral, y en la sobrecarga de trabajo doméstico y de cuidados, repercuten en la vejez, generando distintas realidades respecto a recursos, vínculos, y reconocimientos que tienen mujeres y varones. Sumado a la necesidad de contemplar las distintas realidades respecto al ejercicio de sus derechos en la vejez, la perspectiva de género también implica considerar los diferentes modos en que el envejecimiento se expresa en las experiencias subjetivas de varones y mujeres. Los roles de género tradicionales, que ubican a los varones en el ámbito productivo con un rol de proveedores económicos y a las mujeres asignadas socialmente al espacio privado y como encargadas principales de las tareas reproductivas y de cuidado, llevan a que se experimente de distinta forma los cambios en los roles sociales por los que se transita en la vejez. Es importante destacar que los rituales culturales que marcan socialmente el inicio de la vejez tienen impactos sociales y económicos muy distintos para varones y mujeres. Estas son algunas de las razones por las cuales el enfoque de género resulta crucial para la generación de información y la toma de decisiones.

La dimensión de género implica desafíos sustantivos para las políticas públicas. Su no inclusión en el diseño e implementación invisibiliza las diferentes realidades de las mujeres mayores vinculadas a su relación con el mercado de trabajo, su participación en la vida social y su rol en la familia. Dicha invisibilización repercute en el establecimiento de escenarios de desprotección de derechos.

Es importante destacar que la tarea de incorporar el enfoque de género referido a la vejez se vuelve difícil, ya que, por un lado, no ha estado presente de forma significativa como componente analizador en las acciones públicas; y por otro lado, los temas de envejecimiento también han estado ausentes de las reivindicaciones feministas.

Son pocas las acciones positivas de intervención dirigidas hacia las mujeres en todo el ciclo vital, y específicamente en la vejez, que contemplen las situaciones y eventos que se configuran desde distintos ámbitos y con diferentes posibilidades para varones y mujeres. El diferencial por género en la vejez es un aspecto sustantivo y fundamental a tener en cuenta.

Las siguientes son algunas dimensiones a tener en cuenta al abordar la vejez con enfoque de género:

.....

- Percepción subjetiva de la vejez.
- Significado de la familia y relaciones familiares.
- Significado del trabajo y relación con el mercado laboral.
- Relación entre generaciones y transferencias intergeneracionales.
- Sexualidad.
- Derechos sexuales y reproductivos.

Estas dimensiones, en la medida que se articulan, generan situaciones muy diferentes para varones y mujeres, y muchos de los temas que se presentan en la vejez están más asociados a la dimensión de género que a cuestiones propiamente demográficas del envejecimiento. Es necesario profundizar en el estudio de estas temáticas, en base a enfoques complejos que hagan interactuar los datos y diagnósticos sociodemográficos con otros componentes que forman parte de la vida de las personas mayores y del lugar que las mismas ocupan en la cultura y el desarrollo económico.

En este marco, se presentan al menos tres desafíos: el desarrollo de medidas que integren la transversalidad de género en el diseño e implementación de las políticas públicas en materia de envejecimiento; la incorporación de mecanismos institucionales para la igualdad y no discriminación de las mujeres mayores; y la incorporación del tema del envejecimiento como un eje de comprensión y visibilidad en las acciones que realiza el Estado hacia la población en general incorporando la visión de ciclo de vida.

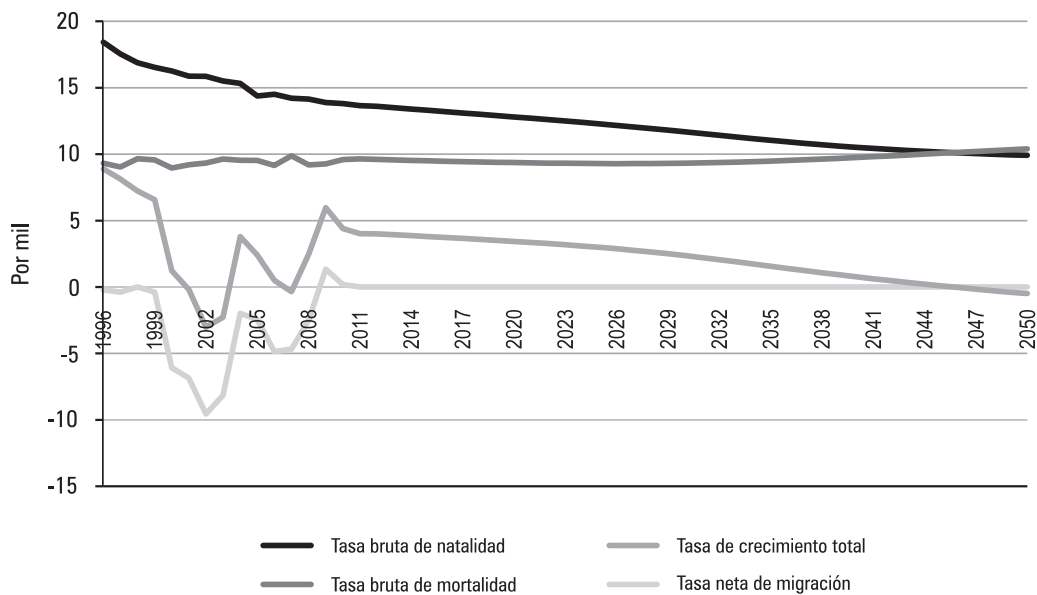
2.1 Tendencias actuales del envejecimiento en Uruguay: envejecimiento, sobre-envejecimiento y feminización en la vejez

Uruguay presenta un ritmo sostenido de envejecimiento, expresado en una tendencia a la disminución del peso relativo de la población más joven, producto del decrecimiento en la fecundidad y el consiguiente descenso en la tasa de natalidad, y un aumento de la proporción de la población mayor resultado del descenso en la tasa de mortalidad y el aumento de la esperanza de vida al nacer. Si bien la tendencia es medida en el largo plazo, es sugerente observar cómo desde el año 1996 este indicador se ha elevado en 3.7 años para los varones y 2.4 para las mujeres. No obstante, se mantiene una diferencia cercana a 7 años entre la esperanza de vida al nacer de las mujeres respecto a la de los varones siendo de 80.46 años frente 73.62 años⁷. Específicamente para las personas de 65 años y más, la esperanza de vida también es superior para las mujeres con 19.1 años frente a 14.7 para los varones.

A su vez el país ha experimentado un largo y profundo proceso de emigración internacional desde la década de 1960, que solo parece haberse detenido a partir de las crisis en sus principales países de destino (España y EEUU) y que recientemente se ha acompañado de procesos de inmigración regional y migración de retorno. Esta dinámica poblacional asociada a edades más jóvenes ha contribuido a acentuar el envejecimiento de la estructura de edades. Las proyecciones de población elaboradas en 2013 se han basado en un escenario de saldo migratorio nulo, supuesto que puede ser revisado ante cualquier cambio de las tendencias.

7. Datos correspondientes al año 2015, Estimaciones y Proyecciones de Uruguay, INE Revisión 2013.

Gráfico 1. Tasas estimadas y proyectadas de natalidad, mortalidad, migración y crecimiento. Total país, 1996-2050.



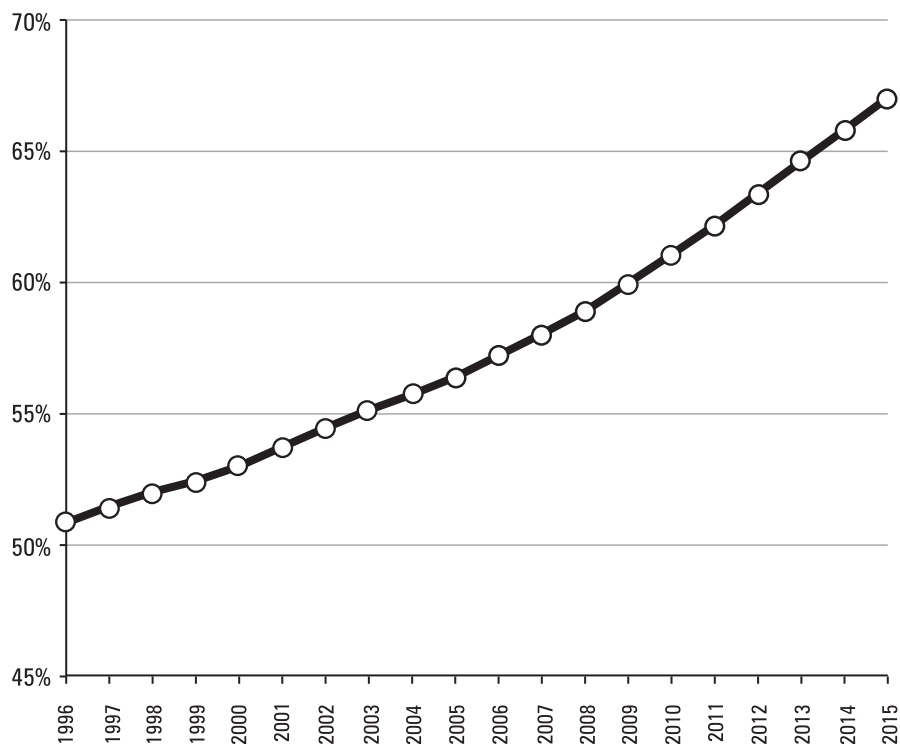
Fuente INE, Estimaciones y proyecciones de población de Uruguay, revisión 2013.

Tal como lo indica el cuadro de tipologías del CELADE, Uruguay se encuentra en la etapa avanzada de la transición demográfica presentando una baja tasa de natalidad de 13.3 nacimientos por mil habitantes y una baja tasa bruta de mortalidad de 9.5 defunciones por mil para el año 2015.⁸

De acuerdo a las nuevas estimaciones y proyecciones de población elaboradas a partir del Censo 2011, en Uruguay viven en el año 2015, 484.407 personas mayores de 64 años lo que representa el 14% de la población total. El índice de envejecimiento ha mostrado una tendencia de crecimiento sostenida pasando de 51 en 1996 a 67 en 2015. Es decir que en los últimos diecinueve años hay 16 personas mayores más por cada 100 menores de 15 años.

8. Estimaciones y Proyecciones de Uruguay, INE Revisión 2013.

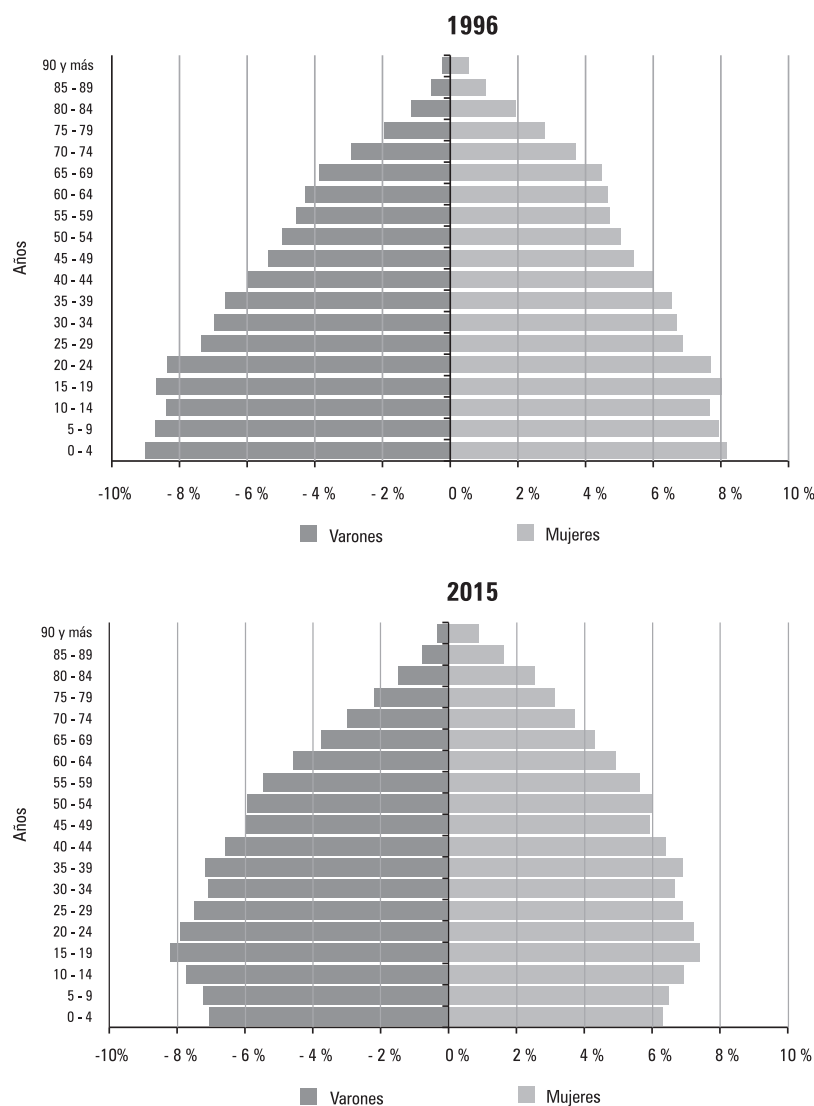
Gráfico 2. Índice de envejecimiento. Total país, 1996-2015.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a Estimaciones y proyecciones de población de Uruguay, revisión 2013, INE.

Esta reestructuración etaria que ha experimentado Uruguay implica un angostamiento de la base y un ensanchamiento en las cohortes más altas de la pirámide poblacional. La comparación de las pirámides poblacionales de los años 1996 y 2015 permite visualizar dichos cambios.

Gráfico 3. Pirámides poblacionales: Total país, 1996 y 2015.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a Estimaciones y proyecciones de población de Uruguay, revisión 2013, INE.

Al analizar la situación a nivel departamental se observa que los departamentos de Lavalleja y Colonia presentan la mayor proporción de personas mayores con 16.7% y 15.8% respectivamente. Por otro lado, los departamentos menos envejecidos son Maldonado y Artigas con un peso de 11.4% y 11.5% respectivamente. Como ya se ha señalado, el envejecimiento demográfico se produce por la conjunción de distintos eventos demográficos, donde sumado a la disminución de la tasa de natalidad y del aumento de la esperanza de vida, también interviene la migración. Las variaciones observadas a nivel departamental están determinadas además por las pautas de movimientos migratorios internos del país, asociadas a las oportunidades laborales y de crecimiento económico disímiles de los distintos departamentos.

Al analizar la distribución de la población por sexo, según las proyecciones de población del INE, en 2015 seis de cada diez personas mayores son mujeres. Esto revela un predominio femenino en la población adulta mayor, siendo el índice de feminidad de 151. En otras palabras, hay 1.5 mujeres adultas mayores por cada varón adulto mayor. Definitivamente, esta composición es un dato central para el diseño y la implementación de políticas públicas orientado a las diferentes realidades y necesidades de varones y mujeres en la vejez.

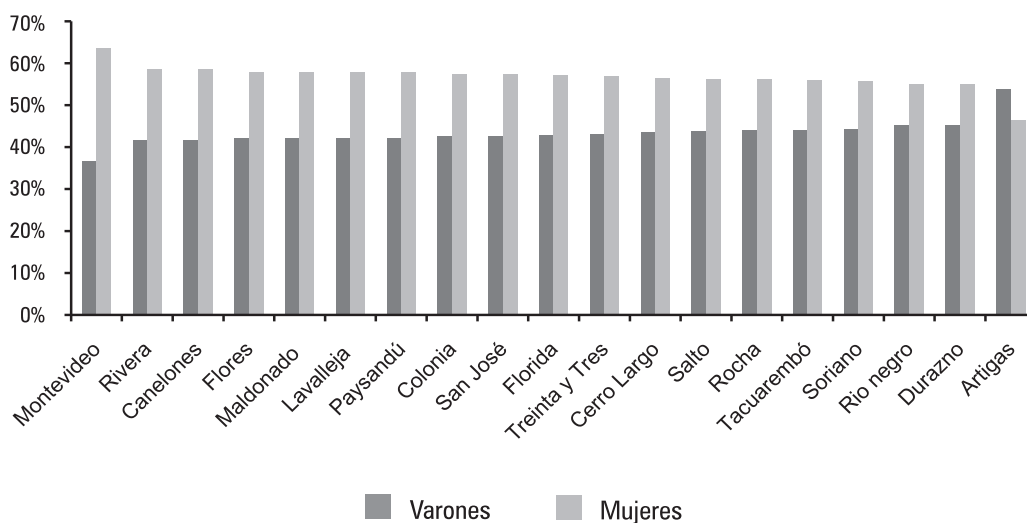
Cuadro 2. Cantidad y porcentaje de personas mayores según sexo. Total país, 2015.

Personas mayores		
Sexo	Número	Porcentaje
Mujeres	290.421	59,9
Varones	193.986	40,1
Total	484.407	100
Porcentaje en el total de la población		14

Fuente: INE/Estimaciones y proyecciones de población de Uruguay, revisión 2013.

En todos los departamentos la presencia femenina en la población adulta mayor es superior a la masculina con la excepción de Artigas. En Montevideo se presenta la mayor brecha entre varones y mujeres adultos/as mayores.

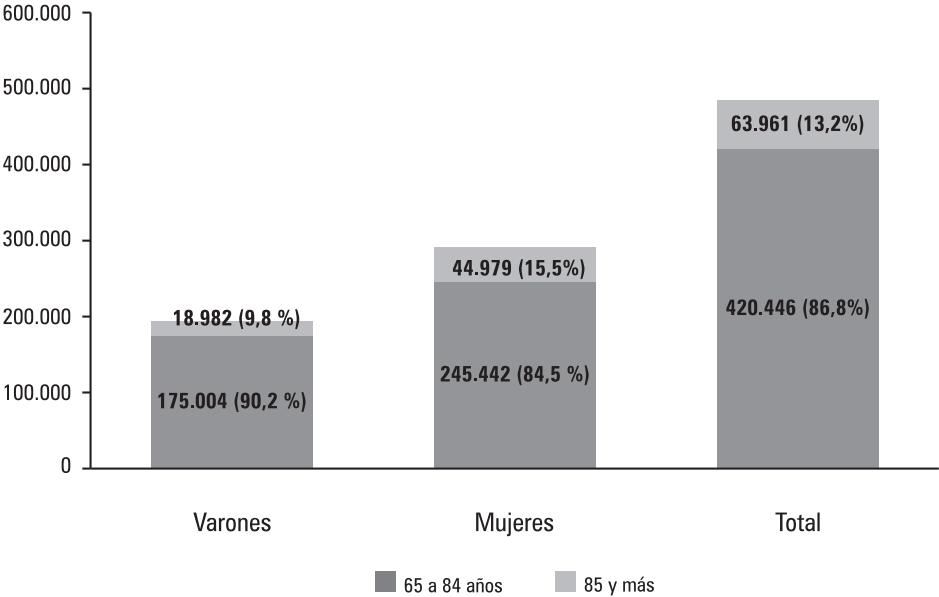
Gráfico 4. Distribución porcentual de personas mayores según sexo por departamento. Total país, 2015.



Fuente: INE, "Estimaciones y proyecciones de población, revisión 2013.

Resulta necesario además distinguir los diferentes tramos etarios dentro de la población de personas mayores, debido a que el aumento de la edad cronológica está usualmente asociado a la modificación de varias dimensiones del bienestar. En 2015 las personas de 65 a 84 años representan el 86,8% (420.446 personas) de las personas mayores y las de 85 y más años el 13,2% (63.961 personas) restante. El peso de las personas de 85 y más años dentro del universo de personas mayores ha experimentado un incremento. En ese sentido, el índice de sobre-envejecimiento⁹, que refiere al peso relativo de la población de 85 y más años entre la población de 65 y más, ha aumentado de 9.6% en 1996 a 13.2 % en 2015.

Gráfico 5. Cantidad de personas mayores según sexo por tramos de edad asociados a la vejez. Total país, 2015.



Fuente: INE/Estimaciones y proyecciones de población de Uruguay, revisión 2013.

Dentro del grupo de personas con edades comprendidas entre los 65 y los 84 años, los varones representan el 41.6% y las mujeres el 58.4%. Al analizar qué ocurre con las personas de más de 85 años, se obtiene que la proporción femenina aumenta y alcanza un 70.3% frente a un 29.7% de la masculina. Esto implica que siete de cada diez personas mayores de 85 años en Uruguay son mujeres.

9. Índice de sobre-envejecimiento= (% de personas de 85 y más años/ % de personas de 65 y más años)*100

A nivel territorial, los departamentos que presentan un mayor índice de sobrevejecimiento son Montevideo, Lavalleja y Flores. Lavalleja, además de ser uno de los departamentos más envejecidos, es a su vez el que tiene mayor proporción de personas de más de 85 años en el total de la población.

Cuadro 3. Índice de sobrevejecimiento según departamento. Total país, 2015.

Departamento	Índice
Montevideo	15,0 %
Lavalleja	14,0 %
Flores	13,8 %
Colonia	13,7 %
Florida	13,6 %
Soriano	12,9 %
Rocha	12,4 %
Paysandú	12,1 %
Canelones	12,0 %
Durazno	11,9 %
Treinta y Tres	11,7 %
San José	11,4 %
Rivera	11,2 %
Río Negro	11,2 %
Tacuarembó	11,0 %
Artigas	10,9 %
Cerro Largo	10,8 %
Salto	10,7 %
Maldonado	10,6 %

Fuente: INE/Estimaciones y proyecciones de población de Uruguay, revisión 2013.

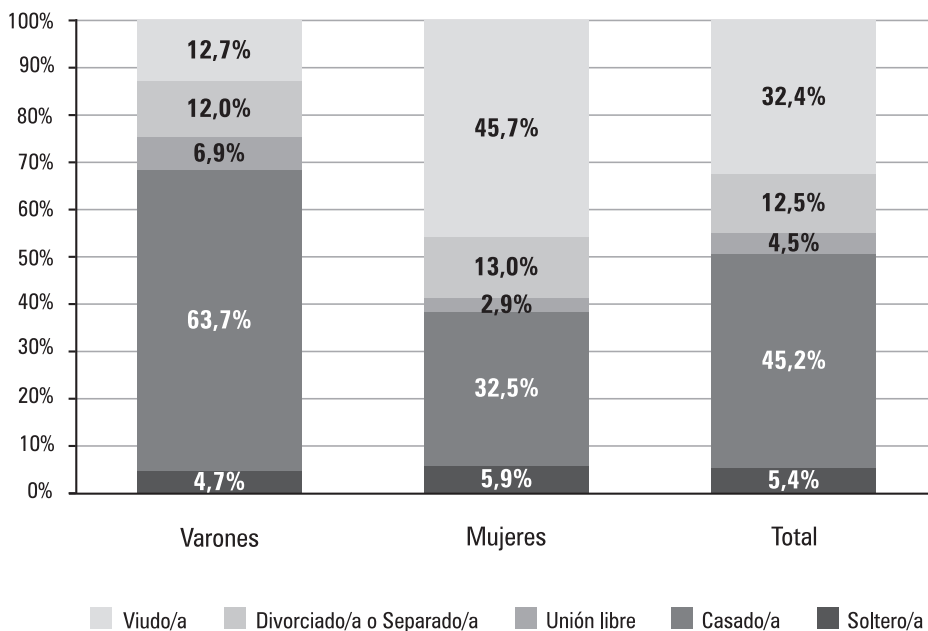
El crecimiento sostenido del grupo de personas de más edad dentro del grupo de personas mayores establece un cambio en el perfil de las necesidades a cubrir en las políticas dirigidas hacia las personas mayores, y la aparición de nuevas prioridades como por ejemplo el cuidado y la promoción de autonomía.

2.2 Situación conyugal, ascendencia étnica y nivel educativo

La situación conyugal más frecuente entre las personas mayores es la de estar casada/o. Casi la mitad se encuentra en esta condición (45.2% para el año 2014 según la ECH). Por otro lado, un tercio de la población es viuda (32% para 2014) y el 23% restante se reparte entre personas solteras, divorciadas y en unión libre.

Si analizamos estos datos según sexo, observamos que la viudez es significativamente más frecuente en las mujeres mayores que en los varones mayores. Un 45.7% de los mujeres son viudas frente a un 12.7% de los varones. En cambio, los varones están mayoritariamente casados (63.7%). Seis de cada diez varones está casado mientras que tres de cada diez mujeres se encuentran en esa situación. Con relación al resto de las categorías, las personas mayores solteras, separadas o divorciadas y en unión libre tienen un peso muy similar entre varones y mujeres del orden del 23.6% y 21.8% respectivamente.

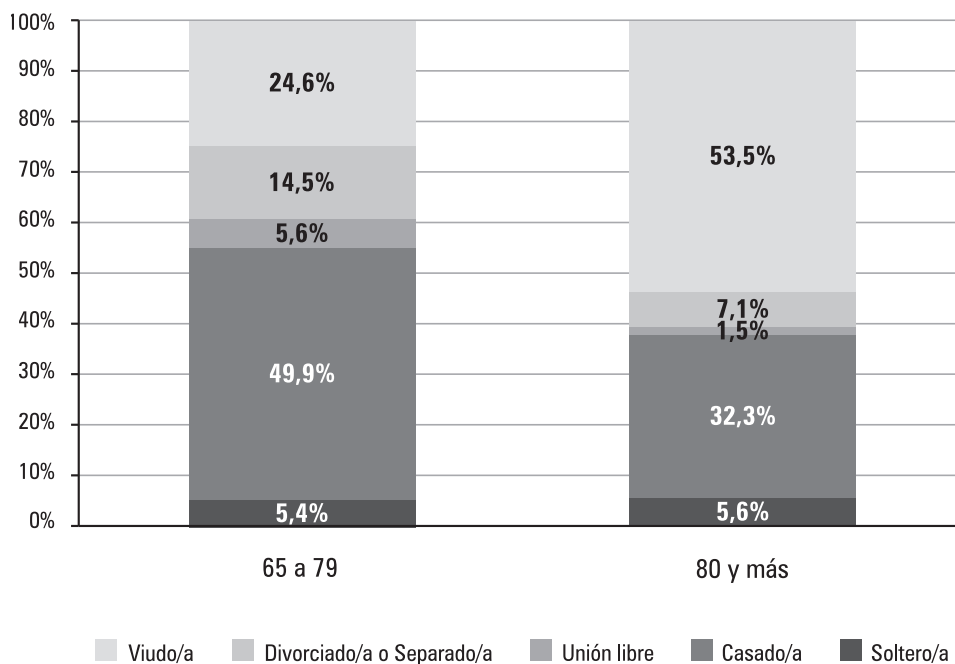
Gráfico 6. Distribución porcentual de las personas mayores según situación conyugal por sexo. Total país, 2014.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

Al realizar un corte por edad también se visualizan diferencias. La mitad de las personas de 65 a 79 años están casadas (49.9%) pero esta cifra desciende al 32.3% para las personas de 80 y más años. Al avanzar en años, la viudez pasa a ser la situación predominante (53.5%) alcanzando a cinco de cada diez personas de más de 80 años, siendo éstas mayoritariamente mujeres.

Gráfico 7. Distribución porcentual de las personas mayores según situación conyugal por tramos de edad asociados a la vejez. Total país, 2014.

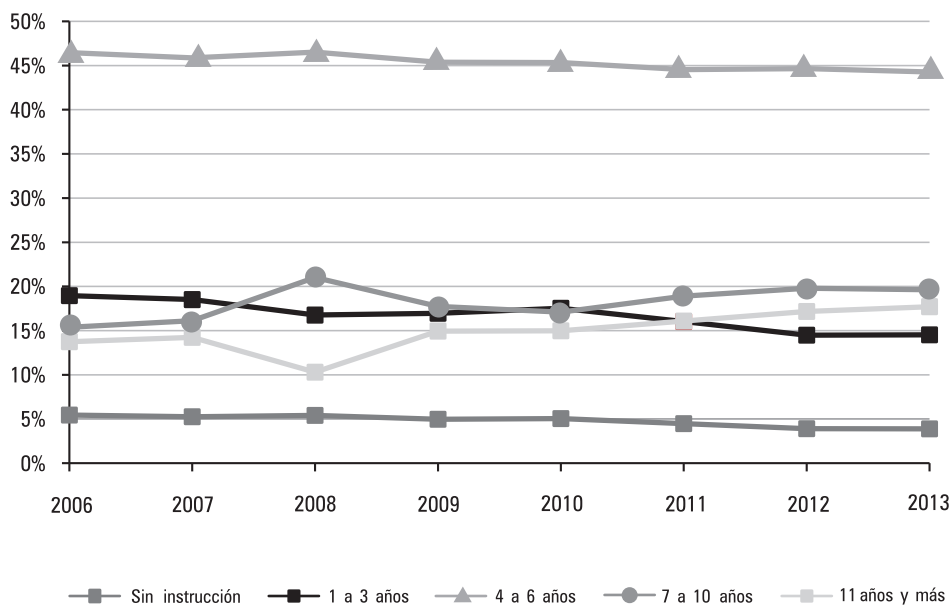


Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

Al estudiar la ascendencia étnico racial, se observa que el porcentaje de personas mayores afrodescendientes a nivel nacional es de 4.7%. Esta cifra es inferior a la registrada para la población total (8.1%). Al considerar la dimensión territorial se constata que los departamentos de Artigas y Rivera cuentan con un 13.8% y 11.7% respectivamente de personas afro al interior de su población adulta mayor, lo cual coincide con la mayor proporción de personas afro que presentan estos departamentos a nivel general.

Respecto al nivel educativo de las personas mayores, se constata que: cuatro de cada diez poseen entre 4 y 6 años de instrucción formal. Si a esto le sumamos que un 5% no tiene instrucción y que un 15% tiene de uno a tres años de instrucción, el resultado es que seis de cada diez personas mayores no supera los seis años de instrucción. Esta realidad representa un desafío para una promoción efectiva de la inclusión de las personas mayores y de su derecho a la educación. No obstante, es esperable que en un futuro los niveles educativos de las personas mayores sean superiores, dado que éstos vienen creciendo de forma sostenida generación tras generación.

Gráfico 8. Distribución porcentual de las personas mayores según años de educación. Total país, 2006-2013.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

Las personas de 65 a 79 años cuentan en promedio con más años de estudio que las personas de más de 80 años. A modo de ejemplo, para el año 2013, la proporción de personas sin instrucción del primer grupo etario es de 2.7% frente al 7.1% del segundo grupo etario. Y en el otro extremo la proporción de personas con 11 y más años de instrucción es de 19.7% frente a un 12.5% de las personas de más de 80 años.

En relación con este bajo nivel de instrucción, Rodríguez y Rossel (2010) plantean que los años educativos acumulados por las personas mayores tienen un rendimiento mayor en términos de retorno de ingreso respecto a lo que las generaciones siguientes podrían esperar. A su vez, establecen como hipótesis que la existencia de un sistema educativo de cobertura estatal universalizado, ha matizado los efectos diferenciales que puede tener la acumulación de capital educativo en el acceso a una fuente de ingresos mínimos.

En relación a los aspectos sociodemográficos el SIVE:

- Señala que el acelerado proceso de envejecimiento que experimenta Uruguay se manifiesta en mayor medida sobre las mujeres (feminización del envejecimiento) y sobre las cohortes más altas de la pirámide poblacional (sobreenvejecimiento).
- Advierte que el proceso de envejecimiento adquiere distintas características de acuerdo al lugar en el territorio que se trate.
- Destaca que la viudez es significativamente más frecuente en las mujeres que en los varones, lo cual repercute en los cuidados recibidos y en los vínculos en la vejez.
- Subraya que seis de cada diez personas mayores no supera los seis años de instrucción.
- Remarca la necesidad de desarrollar medidas que integren la transversalidad de género en el diseño e implementación de las políticas públicas en materia de envejecimiento; de incorporar mecanismos institucionales para la igualdad y no discriminación de las mujeres mayores; y de incluir el tema del envejecimiento como un eje de comprensión y visibilidad en las acciones que realiza el Estado hacia la población en general incorporando la visión de ciclo de vida.

3. Desarrollo social y Seguridad económica

Las personas mayores deben ser participantes plenas en el proceso de desarrollo y compartir también los beneficios que el mismo reporte. El desarrollo puede beneficiar a todos los sectores de la sociedad, pero para que la legitimidad del proceso pueda sostenerse se requiere la introducción y mantenimiento de políticas que garanticen la distribución equitativa de los beneficios del crecimiento económico.¹⁰

La seguridad económica se define como la capacidad de disponer y usar, de forma independiente, una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida (Guzmán, 2002). Permite a las personas mayores ejercer su derecho a envejecer con dignidad y contribuye a mejorar su calidad de vida, siendo de este modo la contracara de la pobreza.

3.1 Las personas mayores y el mercado laboral

La generación de seguridad económica para las personas es una manifestación particular del sistema constituido por el Estado, el mercado y las familias. Las fuentes de provisión de seguridad económica en la vejez parten del trabajo (mercado laboral), de los ahorros, del sistema de seguridad social (gestionado por el Estado y/o el mercado) y de las redes de apoyo, principalmente las familiares. El peso de cada uno de estos componentes variará de un país a otro según el grado de desarrollo económico e institucional, las características del mercado laboral y la etapa de la transición demográfica (Huenchuan, Guzmán, 2006).

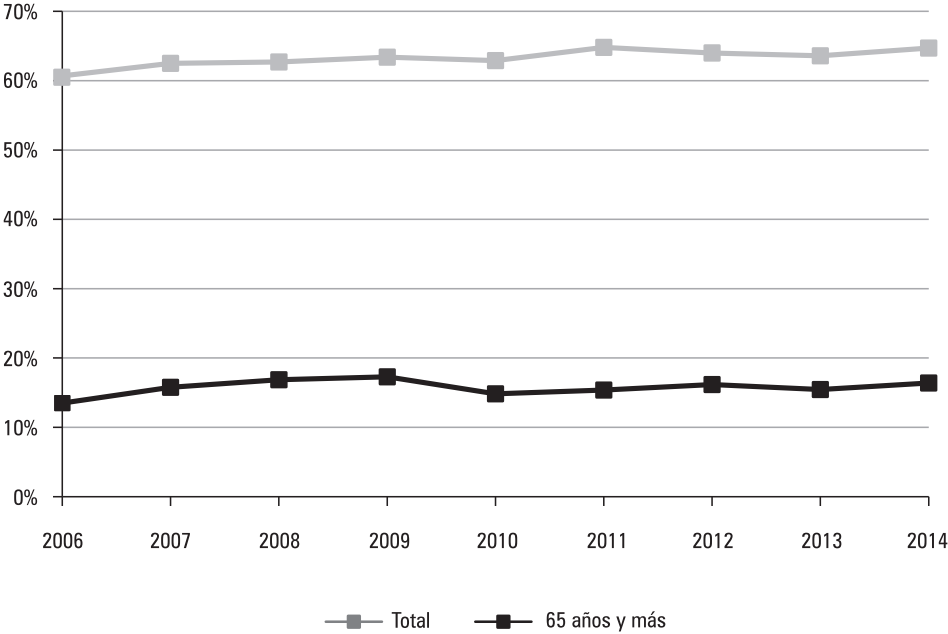
La decisión de continuar participando del mercado laboral al alcanzar la vejez puede deberse a varios motivos. Por un lado, se puede vincular con el deseo voluntario de trabajar como forma de realización personal y como parte del envejecimiento activo producto del aumento en la expectativa de vida y los avances de la ciencia. Pero por otro lado, se la puede asociar con una necesidad económica que escapa a la voluntad de las personas, es decir que las personas mayores deben participar del mercado laboral para no caer en la pobreza. Son los países con menor cobertura de seguridad social aquellos que registran las tasas

10. Informe sobre la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, España 2002. Naciones Unidas: 19.

más elevadas de actividad en la edad avanzada. La proporción de personas mayores que participan de forma activa en el mercado de trabajo es mayor en América Latina que en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) (CEPAL, 2009).

En el caso de Uruguay, tal como indica el siguiente gráfico, elaborado en base a las Encuestas Continuas de Hogares del INE, la tasa de actividad de las personas de 65 años y más se ubica muy por debajo del promedio nacional, oscilando entre un 13% y un 17% en el período comprendido entre los años 2006 y 2014. Para el año 2014, la tasa de actividad global es de 64.7%, y de 16.4% para las personas mayores.

Gráfico 9. Tasa de actividad total y para las personas mayores. Total país, 2006-2014.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

Por otra parte, la posibilidad de gozar de seguridad económica en la vejez no es la misma para varones y mujeres. Las desigualdades de género que se observan en el mercado laboral y en la desigual distribución del trabajo remunerado y no remunerado (doméstico y de cuidados) a lo largo del ciclo vital, derivadas éstas de la división sexual del trabajo, impactan fuertemente en la percepción de ingresos en la vejez. En este sentido, las mujeres presentan trayectorias laborales más inestables, interrumpidas, con menores ingresos y por tanto generan menores aportes que los varones. Todos estos elementos responden a diversos factores:

En primer lugar, las mujeres acceden en menor medida al mercado laboral que los varones. En el caso de Uruguay, si bien la tasa de actividad de las mujeres aumenta considerablemente en los últimos cuarenta años, alcanzando así su máximo histórico, aún mantiene una distancia considerable con la tasa de actividad de los varones en términos del total de la población activa (55.9% vs. 74.3% para 2014). En la población adulta mayor esta tendencia se mantiene, siendo del 11% para las mujeres de 65 años y más frente a un 24.3% de los varones.

En segundo lugar, aquellas mujeres que sí ingresan al mercado laboral, enfrentan importantes desigualdades de género a raíz de su inserción en empleos de menor valoración social y económica.

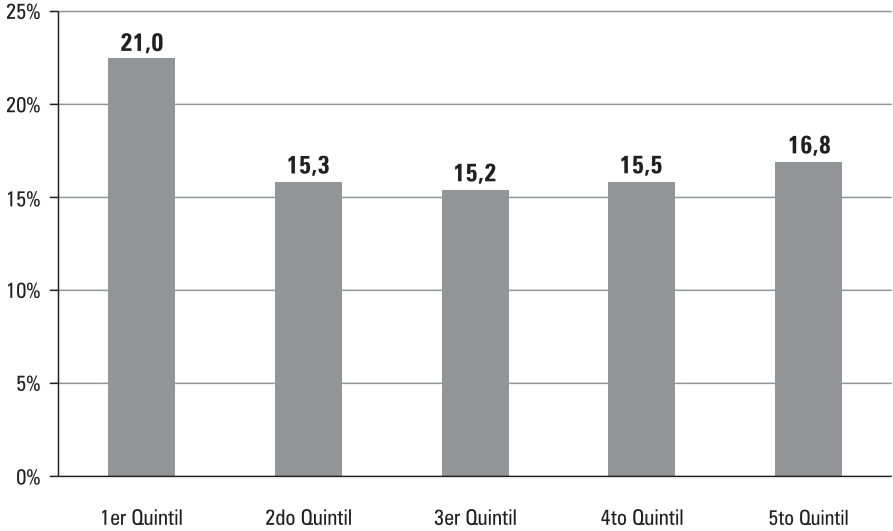
En tercer lugar, las mujeres enfrentan mayores dificultades que los varones para articular las responsabilidades familiares con la actividad laboral, lo cual está fuertemente vinculado a la sobrecarga de trabajo no remunerado y de cuidados. Esto se suma a la escasez histórica de políticas de cuidado y de articulación de la vida familiar y laboral. Numerosas investigaciones muestran que las mujeres abandonan parcial o totalmente su actividad laboral remunerada frente a la crianza de los hijos/as, mientras que no sucede lo mismo con los varones (Sistema de Información de Género, 2012, 2013). En la misma dirección, investigaciones sobre las representaciones sociales del cuidado evidencian el impacto diferencial del cuidado en las trayectorias laborales de varones y mujeres. Las mujeres están más dispuestas a abandonar el empleo para hacerse cargo del cuidado y aseguran, en mayor medida que los varones, poder flexibilizar sus empleos (Batthyány et al., 2012). Todos estos factores influyen en un menor acceso a las jubilaciones y en un menor monto percibido por las mismas, aspecto que será abordado más adelante.

La tasa de desempleo ha experimentado un descenso sostenido desde el año 2006. En el caso de las personas mayores, este indicador se ubica por debajo del valor nacional en todo el período. El porcentaje de personas mayores desempleadas en 2014 es de 2.1% cuando el nivel de desempleo para todo el país para dicho año era de 6.6%. Al analizar este indicador según sexo, siguiendo la tendencia nacional, la tasa de desempleo femenina es superior a la masculina siendo de 2.6% y 1.8% respectivamente, dando cuenta de las mayores dificultades de las mujeres para conseguir empleos también en estas edades.

Si bien la mayor parte de las personas mayores no continúan trabajando al alcanzar determinado umbral de edad, esta situación varía según los ingresos del hogar. Aquellas que pertenecen al primer quintil de ingresos, es decir las que perciben menores ingresos, son las que en mayor proporción continúan trabajando. Tal como lo indica el gráfico siguiente, el 21% de las personas mayores pertenecientes al primer quintil están ocupadas. Las personas mayores del quintil más alto son las que le siguen en términos de participación en el mercado de trabajo con un 16.8%. Es probable que los motivos por los que unos y otros se encuentran ocupados sean diferentes. Al primer quintil se le puede asociar el apremio económico como principal motor de participación económica mientras que en el quinto

quintil los motivos pueden estar en mayor medida relacionados con la necesidad de realización personal y proyección subjetiva a partir del empleo. Estas hipótesis deberán ser indagadas con mayor profundidad. Algunos estudios revelan que, en realidad, la permanencia en el mercado de trabajo parece estar estrechamente vinculada con la obtención de ingresos, prácticamente ocho de cada diez personas mayores que trabajan lo hacen para cubrir o reforzar el presupuesto del hogar (Damonte, 2000, en Rodríguez y Rossel, 2010).

Gráfico 10. Tasa de empleo de las personas mayores según quintiles de ingreso per cápita del hogar. Total país, 2014.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

Otra característica que presentan las personas mayores ocupadas es que tienen un alto nivel de no registro en la seguridad social. En 2014, mientras que el porcentaje de personas ocupadas no registradas en la seguridad social era de 25%, entre las personas mayores la proporción era significativamente mayor, alcanzando un 61.7%. Dicho de otro modo, seis de cada diez personas de 65 años y más que trabajan lo hacen en la informalidad. Esta relación no ha sufrido casi variaciones en los últimos años, mientras que el nivel de informalidad general ha experimentado una caída sostenida desde el año 2005. La situación de no registro a la seguridad social es más pronunciada en las mujeres mayores que en los varones mayores. El 66% de las mujeres que trabajan se encuentra en esta situación, en relación al 58.8% de los varones.

El no registro probablemente esté asociado a que más de la mitad de estas personas están actualmente jubiladas y por tanto imposibilitadas de trabajar formalmente debido a la prohibición de trabajar legalmente en el mismo rubro que trabajaba, lo cual sin duda incrementa la inserción informal. Este fenómeno también puede estar asociado al desarrollo de estrategias y arreglos laborales en la vejez asociados a iniciativas de pequeñas y medianas empresas y a un incremento con la edad de las personas bajo la modalidad del cuentapropismo (Rodríguez y Rossel, 2010).

3.2 Seguridad social en la vejez

Para garantizar la seguridad económica de las personas mayores es necesario alcanzar el más amplio nivel de cobertura de la seguridad social. Los sistemas de seguridad social en el caso de la vejez tienen por objetivo garantizar el acceso al ingreso a través de jubilaciones y pensiones y de otras transferencias no contributivas en el caso de ausencia de ingresos.

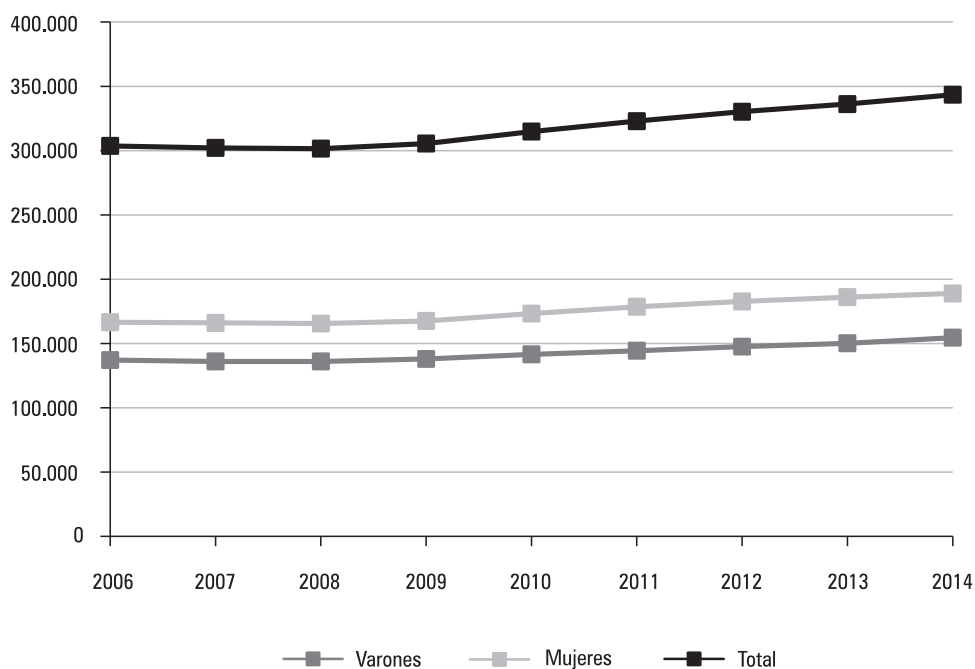
El sistema de seguridad social uruguayo en la etapa de retiro evidencia muy altos niveles de cobertura; en el año 2014 el porcentaje de personas de 65 años y más que cobra jubilaciones y/o pensiones era de 87.4% (MIDES, DINEM en base a ECH).

El número de jubilaciones otorgadas ha exhibido un aumento significativo desde el 2009. La flexibilización de las condiciones de acceso a las mismas contribuye significativamente a la explicación de este proceso. Para obtener la jubilación común a los 60 años, se bajó la exigencia de 35 a 30 años de trabajo y se realizó una reforma que permite obtener una jubilación por edad avanzada. Sumado a ello, a las mujeres se les pasó a computar un año de trabajo ficto por hijo hasta un máximo de cinco a partir de la Ley 18.395. Esta política requiere ser destacada, en la medida que representa un importante reconocimiento al trabajo de cuidados realizado por las mujeres durante su etapa reproductiva, que permite de algún modo recompensar los años que debieron ausentarse del mercado laboral para dedicarse a una actividad fundamental para el bienestar y el desarrollo de la sociedad.

En el año 2014 la cantidad de jubilaciones pagadas por el BPS fue de 428.555. Según la información que publica el BPS, el 83.4% corresponden a jubilaciones de personas de 65 y más años¹¹. La distribución por sexo de las mismas indica que el 55% corresponden a mujeres y el 45% restante a varones.

11. Los datos publicados sobre distribuciones porcentuales según sexo y edad se presentan para un total de 413.835 casos.
<http://www.bps.gub.uy/9097/2015-enero.html#>

Gráfico 11. Cantidad de jubilaciones pagadas a personas mayores según sexo. Total país, 2006-2014.

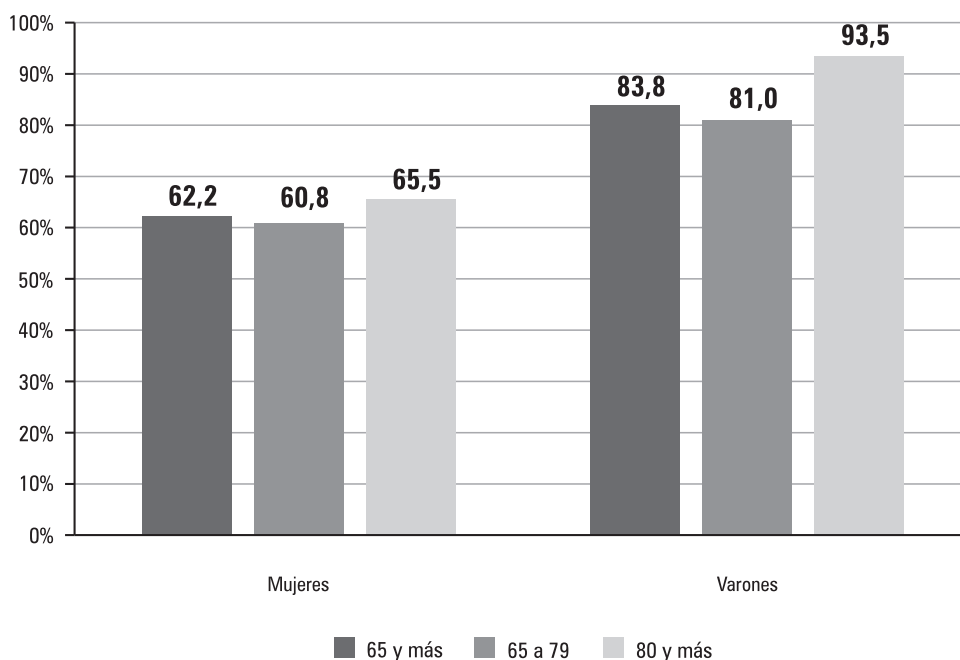


Fuente: Indicadores de la Seguridad Social, BPS, 2015.

Para el año 2014, el 83.8% de los varones adultos mayores y el 62.2% de las mujeres cobraba una jubilación. Esta proporción es aún superior en el tramo etario de 80 y más años en ambos casos. Como ya hemos señalado, el menor acceso de las mujeres a las jubilaciones en términos relativos¹² responde a sus menores y más discontinuas trayectorias en el mercado laboral derivadas de la división sexual del trabajo.

12. Las mujeres acceden en menor medida a jubilaciones que los varones en términos relativos. Pero en términos absolutos, son más las mujeres que cobran jubilación que los varones. Esto se explica, fundamentalmente, por dos factores: la mayor cantidad de mujeres adultas mayores (a partir de su mayor esperanza de vida) y la menor edad media de retiro de las mujeres (se retiran más jóvenes).

Gráfico 12. Porcentaje de personas mayores que cobra jubilación según sexo por tramos de edad asociados a la vejez. Total país, 2014.



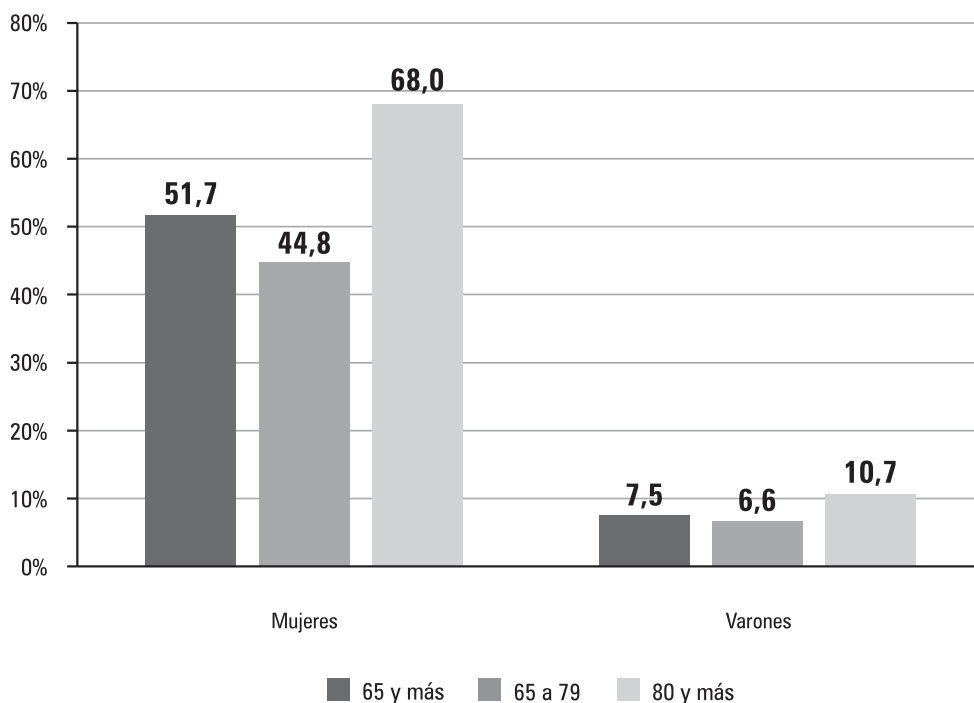
Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

En relación a las pensiones, la proporción de mujeres que cobran esta prestación es muy superior a la de los varones. Menos del 8% de los varones adultos mayores cobran pensión, mientras que más de la mitad de las mujeres lo hacen. Este aspecto es relevante y negativo hacia las mujeres, ya que la mayor presencia de pensiones implica menores ingresos y menores derechos asociados que los percibidos por concepto jubilatorio. El monto promedio percibido por concepto de pensiones representa la mitad aproximadamente del percibido por concepto de jubilaciones. Para el año 2014, el primero alcanza los 7.486 pesos corrientes y el segundo los 14.609 (BPS, 2015).

Si bien esta situación es desfavorable hacia las mujeres, dado que son ellas las que cobran en mayor medida pensiones y los varones jubilaciones, ambas prestaciones han tenido en los últimos años aumentos graduales y constantes. En promedio, el monto real de la pasividad mínima se ha triplicado desde 2005, alcanzando para julio de 2014 las 2.5 Bases de Prestaciones y Contribuciones (BPC)¹³. Asimismo, se implementó la prima de edad avanzada para jubilados de más de 70 años con ingresos menores a 3 BPC, lo que constituye una mejora de su nivel de ingresos.

13. El valor de la BPC correspondiente a 2014 es 2819 pesos uruguayos.

Grafico 13. Porcentaje de personas mayores que cobra pensión según sexo por tramos de edad asociados a la vejez. Total país, 2014.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

En el año 2014, el 44.8% de las mujeres entre 65 y 79 años percibían una pensión. Dicha cifra alcanza el 68% para el caso de las mujeres de 80 años y más. En el caso de los varones este registro pasa de una cobertura del 6.6% al 10.7% respectivamente.

Este elevado número de mujeres que cobran pensiones puede relacionarse con el hecho de que, entre las causales para su obtención, la viudez o el divorcio con dependencia económica son condiciones que principalmente se dan entre las mujeres. Son ellas las más longevas y las que tienen ingresos más bajos o inexistentes al perder a su pareja o separarse. Esta realidad que se expresa en la vejez es fruto de las mayores dificultades que tienen las mujeres en sus trayectorias vitales para alcanzar la autonomía económica producto de su asignación prioritaria a las tareas de trabajo doméstico y de cuidados no remunerados.

Las brechas de género en la recepción de transferencias por jubilaciones o pensiones no son una exclusividad del Uruguay. Según los datos del Sistema Regional de Indicadores sobre Envejecimiento- SISE (CELADE, 2010) se observa que a nivel regional, en la población económicamente inactiva, pensionada o jubilada, la calidad de los ingresos por estos conceptos es siempre menor para las mujeres que para los varones.

Con relación a la implementación de transferencias no contributivas existen distintas posiciones. Algunos expertos consideran que éstas deben estar focalizadas en los sectores más vulnerables, mientras que otros defienden la existencia de una renta universal. Más allá de estas diferencias, varios estudios sobre el impacto que estos instrumentos tienen en la población han corroborado que las transferencias no contributivas son una poderosa herramienta para disminuir la pobreza y lograr la reinserción social (CEPAL, 2006 citado en Huenchuan y Guzmán, 2006).

Entre las transferencias no contributivas que corresponden a las personas mayores en Uruguay existe el Programa de Asistencia a la vejez (BPS-MIDES) y las Pensiones por Vejez (BPS). Si las personas mayores integran hogares en situación de vulnerabilidad socioeconómica les corresponderá también la Tarjeta Uruguay Social (MIDES) y, si tienen menores de edad a cargo, las Asignaciones Familiares-Plan de Equidad (BPS-MIDES).

La asistencia a la vejez se otorga a personas entre 65 y 69 años que integran hogares con carencias críticas¹⁴. El número de personas beneficiarias de la asistencia a la vejez ha venido disminuyendo sistemáticamente, alcanzando para el año 2014 las 2.735 personas. Incide en este descenso el hecho de que a partir de 2009 existe causal de jubilación por edad avanzada a partir de los 65 años.¹⁵

A partir de los 70 años, si las personas mayores no cuentan con recursos para la subsistencia, les corresponde la Pensión a la Vejez (BPS). A diciembre de 2014 se pagaron 21.201 pensiones por este concepto (BPS, 2015).

Tanto para la Asistencia a la Vejez como para la Pensión a la Vejez, el monto pagado es de 7.692 pesos a enero de 2015.

14. La vulnerabilidad se mide a través de un Índice de Carencias Críticas, que aproxima al nivel de ingresos del hogar a partir de un conjunto de características del mismo. Por más información acerca de estos programas, se puede consultar, entre otras fuentes, el informe MIDES de seguimiento y evaluación de actividades y programas 2011-2012. http://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2013/noticias/NO_L723/Informe%20MIDES%202011-2012.pdf

15. La Ley 18.395 implementó una paramétrica que reúne años de edad con años de servicio.

3.3 Personas mayores viviendo en hogares pobres

Actualmente se reconoce que la pobreza es un fenómeno que involucra varias dimensiones, que obedece a diversas causas y se manifiesta de diferentes maneras, es decir, un fenómeno multidimensional y heterogéneo, que comprende carencias materiales, no materiales, subjetivas y culturales. En tal sentido, la pobreza puede definirse como el resultado de un proceso social y económico, con componentes culturales y políticos, en el cual las personas y los hogares se encuentran privados de activos y oportunidades esenciales por diferentes causas y procesos, tanto de carácter individual como colectivo. Si bien la pobreza puede ser una situación que se mantenga en el tiempo, en muchos casos es variable, puede modificarse en el corto plazo, especialmente en función del empleo y el desempleo, por lo que es necesario entenderla como un proceso y no como un estado (CEPAL, 2004).

Para definir si una persona es pobre, se utilizan distintos enfoques, entre los que destacan los enfoques “directos” y los “indirectos”. En los primeros, una persona se considera pobre si no satisface una o varias necesidades básicas. Los enfoques “indirectos”, en cambio, identifican como pobres a aquellas personas que no cuentan con los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas. Podría decirse entonces que, mientras que en el primer caso se relaciona el bienestar con el consumo efectivamente realizado, los métodos “indirectos” evalúan el bienestar a través de la capacidad, medida a través de ingresos, para realizar consumo.

Un método “indirecto” muy habitual lo constituyen las “líneas de pobreza”, las cuales establecen el ingreso mínimo que permite mantener un nivel de vida adecuado, según ciertos estándares elegidos. Es decir, se considera que son pobres a aquellas personas con un ingreso menor a la línea de pobreza.

La medición de la pobreza a partir de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) constituye un método “directo” de medición basado primordialmente en una concepción de la pobreza como “necesidad”. En este enfoque no importa si los individuos poseen el ingreso para satisfacer estas necesidades básicas, sino que efectivamente éstas hayan sido cubiertas (CEPAL, 2001).

Las fuentes de ingreso de las personas y los hogares están directamente vinculadas con el ciclo económico de estos últimos (Guzmán y Huenchuan, 2006). En la etapa avanzada del ciclo, el peso de las remuneraciones decrece y el de las transferencias aumenta significativamente. El apoyo familiar por lo tanto es relevante, sobre todo en los grupos de bajos ingresos y que no cuentan con apoyo institucional (Guzmán y Huenchuan, 2006).

Asimismo debe tenerse en cuenta que, en muchas ocasiones, las personas mayores acaban siendo los proveedores de protección económica en aquellos hogares más vulnerables en que conviven varias generaciones, dado que cuentan en promedio con mayores ingresos

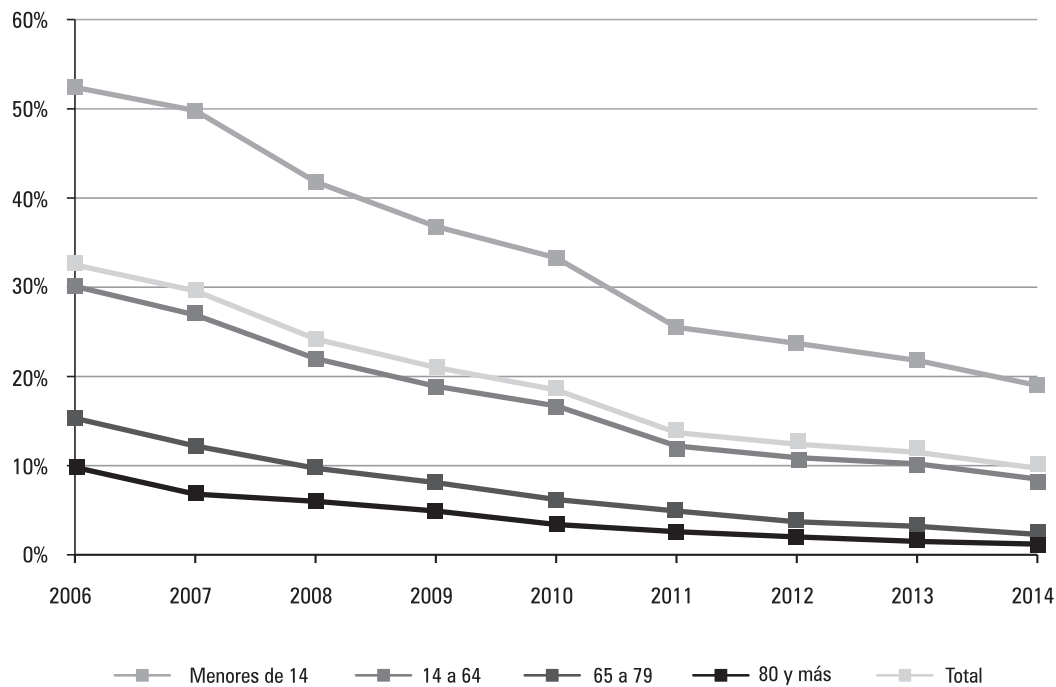
que la población joven. La convivencia de varias generaciones constituye un factor de protección económica para los niños, y también puede ser vista como estrategia de sobrevivencia familiar ante situaciones económicas desfavorables (Guidotti, 2010). Guzmán y Huenchuan (2006) señalan que en investigaciones del Banco Mundial se ha demostrado que cuando las personas mayores ejercen control sobre sus ingresos aumenta la probabilidad de que los gastos se destinen a cubrir las necesidades del hogar, como la escolaridad y la salud de los nietos. No obstante, debe señalarse que los motivos detrás de estas configuraciones familiares van más allá de la maximización de los ingresos del hogar, interviniendo otros factores en estas decisiones, los cuales deberán ser indagados con mayor profundidad.

El proyecto mundial de cuentas nacionales de transferencias, National Transfer Accounts (Miller y Saad, 2010), mide la actividad económica nacional por edad y documenta los flujos de recursos transferidos a través del gobierno, el mercado, y la familia. Según los resultados de este proyecto, en América Latina, los gobiernos cumplen un rol limitado en el financiamiento del consumo de niños y jóvenes. Las fuentes de financiamiento del consumo de estos grupos se sostienen en un 21% por el Estado, mientras que las familias sostienen un 73%. Las transferencias entre generaciones han demostrado ser un factor muy importante para el sostenimiento generacional de los niños y jóvenes, muchas veces a cargo de las personas mayores. La existencia de modelos de sustento basados en transferencias intergeneracionales generan ciclos de perpetuación de la desigualdad a lo largo del ciclo de vida. Es esencial, por tanto, lograr un modelo integrado que incluya a la familia, el Estado y el mercado, y que encuentre los equilibrios necesarios para evitar dicha perpetuación y contribuir a la reducción de estas desigualdades.

En este apartado, se analizará la incidencia de pobreza según ingresos a partir de la metodología del INE 2006 y según una medición de pobreza multidimensional, NBI, para las personas mayores.

En términos comparativos, las personas mayores ocupan una mejor posición económica en relación al resto de los grupos etarios. Existe una baja proporción de personas mayores pobres, ubicándose por debajo del valor nacional. En Uruguay el porcentaje de personas bajo la línea de pobreza ha tenido un descenso sostenido desde el año 2005, siendo en 2014 de 9.7% para el total país. Para el caso de las personas mayores, la cifra es del 2%. Este hecho está básicamente asociado al alto nivel de cobertura en materia de protección social con que cuentan las personas mayores.

Gráfico 14. Porcentaje de personas en situación de pobreza según tramos de edad. Total país, 2006-2014.



Fuente: DINEM/MIDES en base a INE, ECH.

Con referencia al sexo, no se visualizan grandes diferencias entre las personas mayores pobres. El porcentaje de varones pobres es apenas superior al de las mujeres. Cabe señalar al respecto, que este indicador da cuenta de las personas mayores que viven en hogares pobres, identificados en base a los ingresos per cápita. Estas medidas que tienen como base de cálculo al hogar parten del supuesto que los ingresos se distribuyen de forma homogénea entre sus integrantes. Desde el enfoque de género, se viene cuestionando este indicador, debido a que no da cuenta de la realidad de cada miembro del hogar, ya que la desigual distribución intrafamiliar de los ingresos suele perjudicar a las mujeres (Kabeer, 1998).

Asimismo, este dato esconde la realidad de las personas sin ingresos propios, que tienen menor poder de decisión sobre los ingresos del hogar, situación presente en mayor medida en las mujeres. En el caso de las personas mayores, sería interesante indagar si corresponde un cuestionamiento similar, pues si bien el porcentaje de personas mayores viviendo en hogares pobres es relativamente bajo, puede suceder que muchos adultos/as mayores vivan en hogares no pobres pero en los que no puedan tomar decisiones ni hacer uso de los ingresos del hogar, aun cuando sean los titulares de los mismos.

Como ya fue mencionado al inicio del apartado, la metodología de medición de la pobreza por NBI considera la satisfacción o no de cada una de las siguientes seis necesidades básicas: vivienda decorosa, abastecimiento de agua potable, servicio sanitario, energía eléctrica, artefactos básicos de confort y educación. Se considera que una persona tiene una NBI si presenta una carencia en por lo menos una de dichas dimensiones (DINEM-INMAYORES, 2014).

Según el Censo 2011, las personas mayores con al menos una NBI representan el 23.2% de las personas mayores. Por tanto, si bien se mantiene una ventaja respecto a los otros grupos de edad, la misma se reduce respecto a la estimada por el método de ingresos. Se debe tener en cuenta que las situaciones de pobreza y privación adquieren particular relevancia entre las y los viejos, en la medida que pueden intersectarse con otros problemas como las limitaciones físicas e intelectuales.

Cuadro 4. Porcentaje de personas que integran hogares con al menos una NBI según tramos de edad. Total país, 2011.

Tramo etario	0-14	15-34	35-64	65 y más	Total
%	44,3	38,0	27,9	23,2	33,8

Fuente: INE, “ Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay: NBI a partir de los Censos de 2011”

Respecto a la seguridad económica el SIVE:

- Congratula el alto nivel de cobertura de la seguridad social en la etapa de retiro.
- Saluda las reformas implementadas en materia de flexibilización de las condiciones de acceso a las jubilaciones y el consiguiente incremento en el número de jubilaciones otorgadas. Especialmente valora la aprobación de una acción positiva que reconoce el cómputo de un año ficto de trabajo por hijo a las mujeres trabajadoras, lo que ha implicado un aumento de las jubilaciones femeninas.
- Destaca el incremento real y progresivo que han experimentado los montos de jubilaciones y pensiones.
- Advierte sobre el alto porcentaje de personas mayores trabajando en condiciones de informalidad. Seis de cada diez personas mayores en actividad laboral no están registradas en la seguridad social.
- Señala que si bien la pobreza de las personas mayores medida por el método del ingreso es relativamente baja en comparación con los otros grupos de edad; cuando se mide a través de un método directo como las NBI, esta ventaja se reduce. En el caso de las personas mayores, la pobreza y privación adquieren particular relevancia en la medida que pueden intersectarse con otros problemas como las limitaciones físicas e intelectuales.
- Indica la necesidad de:
 1. Contar con información que cuantifique el aporte familiar como fuente de seguridad económica de las personas mayores y también el aporte de éstas como proveedoras de ayuda al interior de los hogares.
 2. Investigar sobre los procesos de toma de decisiones en relación a los ingresos en los hogares donde viven personas mayores.

4. Salud y Bienestar

La Organización Mundial de la Salud define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente como la ausencia de enfermedades o padecimientos. Llegar a la vejez gozando de buena salud y bienestar requiere un esfuerzo personal durante toda la vida y un entorno en el que ese esfuerzo pueda tener éxito.¹⁶

4.1 Mortalidad y sus causas

Los avances en materia sanitaria han contribuido al incremento de la esperanza de vida. Pero dicho incremento no se da de manera uniforme a nivel mundial. En los países menos desarrollados obedece a una menor exposición a enfermedades infecciosas, a los mejores tratamientos, y a las recuperaciones más rápidas, más que a los avances en materia de nivel de vida (Palloni, De Vos y Peláez, 2002). En los países desarrollados, en cambio, responde en mayor medida a un aumento de la esperanza de vida sana (Naciones Unidas, 2007). Este indicador mide los años que se esperan vivir con buena salud y permite definir y monitorear la brecha respecto al indicador de esperanza de vida habitual, lo cual facilita una estimación del tiempo de vida en mal estado de salud.

Como fue mencionado en el capítulo de Aspectos Sociodemográficos, la esperanza de vida al nacer en Uruguay es de 80.46 años para las mujeres y de 73.62 años para los varones para el año 2015. Si bien la esperanza de vida sana al nacer es mayor para las mujeres, la brecha respecto a la esperanza de vida habitual es mayor, lo que implica más años de vida carente de buena salud para ellas. En este sentido, estudios realizados en la región indican que las mujeres suelen pasar más años de vida con ciertas limitaciones funcionales que los varones debido a las inequidades sufridas en el transcurso de su vida (Huenchuan, 2013).

16. Plan de Acción de Madrid, artículo 59

La tasa bruta de mortalidad (expresada en número de defunciones cada 1000 habitantes) en Uruguay no ha exhibido cambios significativos a lo largo de los últimos años, ubicándose desde el año 1996 en el entorno de los 9.5 por mil habitantes. Específicamente para el año 2010, la tasa de mortalidad para el total del país es de 9.9 por mil. No obstante, existen disparidades a nivel departamental. Artigas y Maldonado son los departamentos con tasas más bajas de mortalidad, en el orden del 7.5 y 8 por mil, mientras que Rocha y Lavalleja presentan las tasas más altas con 12 y 12.1 por mil respectivamente. Las variaciones en las tasas de mortalidad se basan principalmente en la estructura por edades de la población. De allí que encontremos una gran asociación entre los departamentos con estructuras más envejecidas y con tasas más altas de mortalidad. Es esperable que las tasas de mortalidad continúen aumentando a medida que aumenta la cantidad de personas más viejas. La última revisión de las proyecciones de indicadores demográficos realizada por el INE sugiere que al 2050 el valor de la tasa para el país será de 10.4 por mil.

Uruguay es un país que ha atravesado la transición epidemiológica, lo que implica que la presencia de las enfermedades infecciosas se ha visto reducida sustancialmente, mientras que, las enfermedades crónicas no transmisibles se han posicionado como la mayor causa de muerte en el país¹⁷. Las enfermedades crónicas no transmisibles han cobrado un peso significativo dentro de las causas de defunción a raíz del desplazamiento de la mortalidad hacia las edades avanzadas. Estas enfermedades, tienen como característica un curso prolongado, no se resuelven espontáneamente y raramente se curan en forma completa. De acuerdo a los datos sobre mortalidad de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para América Latina, las enfermedades isquémicas del corazón constituyen las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor, secundadas por las enfermedades cerebrovasculares, las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, la diabetes mellitus y las neoplasias malignas de tráquea, bronquio y pulmón. En los países que se encuentran en etapas avanzadas de la transición demográfica, la proporción de decesos por causas crónico degenerativas supera ampliamente a la de aquellos países que se encuentran en las etapas iniciales de la transición demográfica.

En Uruguay, las enfermedades del aparato circulatorio se ubican como la primera causa de muerte, seguida por las neoplasias (tumores) y en tercer lugar por las enfermedades del aparato respiratorio. El peso de dichas causas no ha sufrido variaciones significativas en los últimos diez años. De acuerdo a la información de Estadísticas Vitales del Ministerio de Salud Pública (MSP), en el año 2010, de las 33.156 defunciones registradas, el 65% de las mismas se explican por las causas mencionadas anteriormente. Al desagregar dicha información resulta que el 30% corresponde a enfermedades del aparato circulatorio, el 24% a neoplasias y el 11% a enfermedades del aparato respiratorio.

¹⁷ En las primeras décadas del siglo las enfermedades infecciosas y parasitarias eran responsables de un cuarto de las defunciones. Por otra parte, como efecto de la transición epidemiológica, entre 1900 y el 2000 los tumores y las enfermedades cardiovasculares pasan de ser responsables del 14% al 58% de las muertes, es decir que se incrementan en un 103% (Pellegrino, et al, 2008).

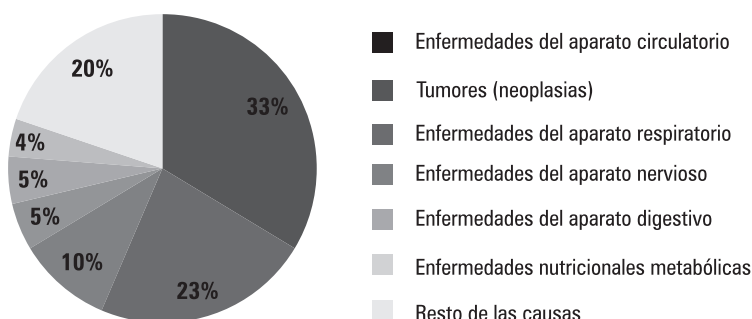
Cuadro 5. Cantidad y porcentaje de defunciones registradas en personas mayores y total de población. Total país, 2010.

Causa	Total de defunciones		Defunciones en personas mayores	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Enfermedades del aparato circulatorio	9.985	30%	8.444	33%
Tumores (neoplasias)	7.907	24%	5.712	23%
Enfermedades del aparato respiratorio	3.526	11%	2.517	10%
Enfermedades del aparato nervioso	1.577	5%	1.200	5%
Enfermedades del aparato digestivo	1.349	4%	1.169	5%
Enfermedades nutricionales, metabólicas	1.064	3%	950	4%
Resto de las causas ¹⁸	7.748	23%	5.100	20%
Total	33.156	100%	25.092	100%

Fuente: Elaboración INMAYORES en base a MSP, Estadísticas Vitales.

El 75% de las defunciones corresponden a personas de 65 años y más, siendo 25.092 de las 33.156. El 84% de las defunciones por enfermedades del aparato circulatorio se da en personas mayores. En el caso de las neoplasias, si bien la proporción de personas mayores fallecidas es menor, igualmente explica el 72% de las muertes por dicha causa y en el caso de las enfermedades del aparato respiratorio el 71%.

Gráfico 15: Distribución porcentual de las principales causales de muerte en personas mayores. Total país, 2010.



Fuente: Elaboración INMAYORES en base a MSP, Estadísticas Vitales.

18. "Resto de las causas" incluye: Enfermedades de la piel y del tejido subcutáneo, del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo, del sistema genitourinario, por embarazo, parto y puerperio, afecciones originadas en el período perinatal, Malformaciones congénitas, deformaciones y anomalías cromosómicas, Síntomas, signos y hallazgos, no clasificados en otra parte, causas externas de morbilidad y de mortalidad de enfermedades infecciosas y parasitarias.

De acuerdo a datos de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, dentro de las enfermedades del aparato circulatorio, las principales causas de muerte se deben a enfermedades cerebrovasculares, secundadas por las enfermedades isquémicas del corazón. Específicamente para el año 2012, las primeras reportaron 2.542 defunciones y las segundas 2.430 defunciones. Si bien las enfermedades cerebrovasculares constituyen la primera causa de muerte, en los últimos años la mortalidad por dicha causa ha descendido. En cambio, las defunciones por hipertensión arterial han presentado un significativo crecimiento.

Esta misma Comisión también realizó un análisis respecto a la mortalidad de carácter prematuro (años de vida potencialmente perdidos)¹⁹ por enfermedades cardiovasculares. Del estudio resultó que, en el año 2012, las enfermedades del aparato circulatorio provocaron un deceso prematuro de 17.8 años para las mujeres y de 17.3 años para los varones. Es necesario tomar conciencia de estos perfiles de morbi-mortalidad y avanzar en las medidas de prevención como medio para disminuir el impacto que las enfermedades cardiovasculares tienen en Uruguay.

Las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias tienen una muy baja incidencia en las personas mayores, siendo el 2% del total. Particularmente para el caso del HIV/SIDA, las personas de 65 y más años que han fallecido por dicha causa se ha elevado levemente en los últimos años, aunque su incidencia continúa siendo muy baja. A modo de ejemplo, en el año 2000 la proporción de personas mayores dentro del grupo de personas que murieron por SIDA era del orden del 4%, en el 2005 del 5% y en el 2010 del 13%. Este aumento puede deberse a una reducción en el subregistro de los casos de fallecimiento por SIDA, producto de la elaboración de nuevos formularios de notificación de adultos y niños y de la implementación de un sistema de notificación en línea.²⁰ Sumado a ello, el mayor acceso a medicamentos antirretrovirales y la mejor adherencia a los tratamientos ha permitido que se retrase cada vez más el deceso de las personas portadoras del virus y por ende es esperable que sea mayor la proporción de personas mayores que fallezcan por dicho motivo.

El conjunto de las enfermedades infecciosas y parasitarias explican un 2% de las defunciones, mientras que una enfermedad crónica no transmisible como la diabetes explica por sí sola el 3% de las defunciones, es decir un punto porcentual más. El total de personas fallecidas por diabetes mellitus es de 739 casos para el año 2010 y de ellas, el 90% (665 casos) ocurrieron en personas mayores.

19. Promedio de años perdidos prematuramente en cada edad o grupo etario por muerte causadas por enfermedades del aparato circulatorio.

20. Realizado por DEvisa en conjunto con el Programa Nacional ITS-SIDA (ambos bajo la órbita del MSP).

4.2 Estados de salud en la vejez

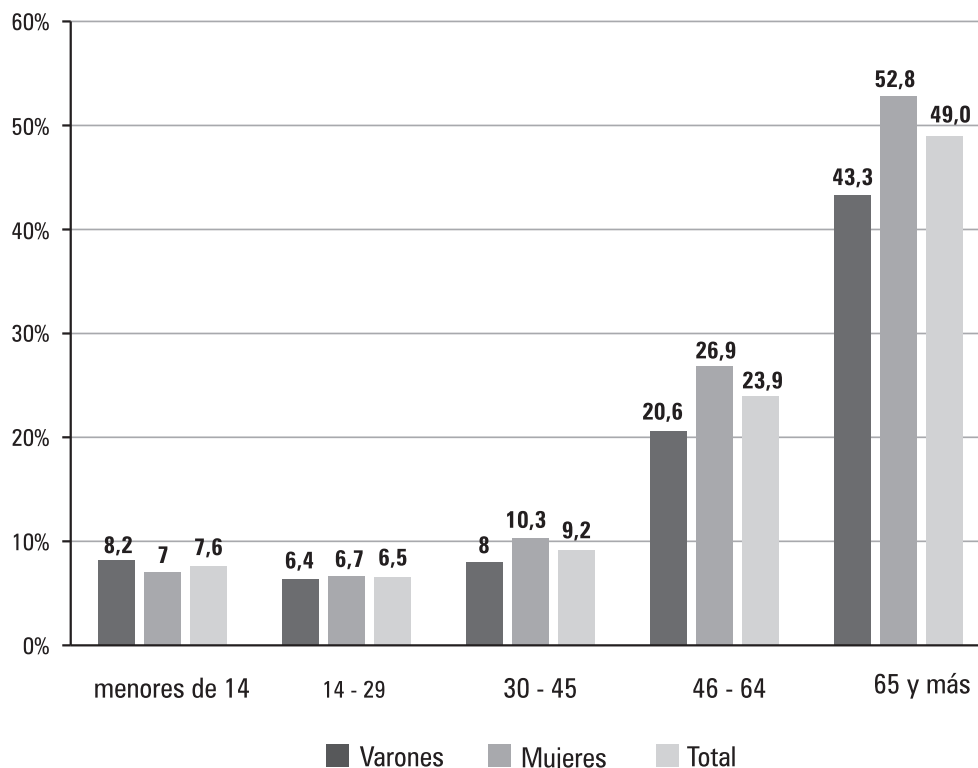
Las enfermedades, además de representar un riesgo de muerte en ciertos casos, también menoscaban el estado de salud de la personas, generando limitaciones a nivel cognitivo y funcional. Las principales causas de mortalidad constituyen también las principales causas de discapacidad y pérdida de autonomía y por ende afectan significativamente la calidad de vida de las personas.

Las enfermedades crónicas incrementan la probabilidad de sufrir limitaciones de la capacidad funcional conforme aumenta la edad. De este modo, ellas suelen convertirse en un obstáculo para el desarrollo de una vida autónoma en la vejez y contribuyen a la incidencia de la dependencia a medida que aumenta el número de enfermedades (Puga, 2001).

En Uruguay, se buscó identificar el perfil de las personas con limitaciones y el grado de severidad de las mismas. Del análisis realizado por Núñez en base al Censo 2011, resultó que la prevalencia de limitaciones²¹ se incrementa con la edad, alcanzando a casi la mitad de las personas mayores. Las mujeres adultas mayores presentan una mayor prevalencia de limitaciones que los varones, siendo la brecha de casi 10 puntos porcentuales. En el caso de las limitaciones severas, las mismas afectan al 3.2% de las mujeres adultas mayores frente a un 2.3 % de los varones (Núñez, 2013).

21. Prevalencia de limitaciones hace referencia a la presencia de alguna limitación sin especificar el grado de severidad.

Gráfico 16. Porcentaje de personas con al menos una limitación según sexo por tramo de edad. Total país, 2011.



Fuente: Elaboración INMAYORES en base a Núñez, 2013.

Al realizar la desagregación de las limitaciones según tipo se obtiene que las limitaciones para ver y caminar se presentan con mayor frecuencia, mientras que las limitaciones para oír y entender inciden en menor proporción. Las mujeres adultas mayores son quienes presentan limitaciones en mayor proporción, principalmente para ver y caminar.

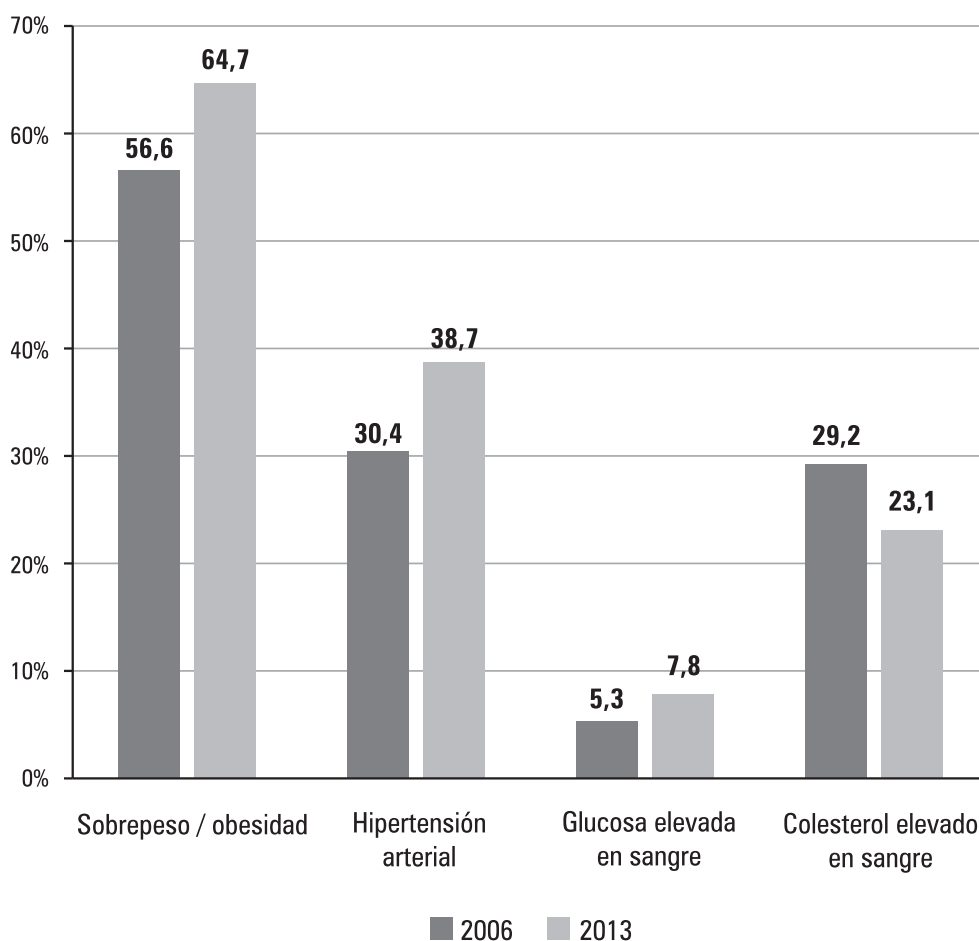
Cuadro 6. Porcentaje de personas mayores con limitaciones según sexo por tipo de limitación. Total país, 2011.

Sexo	Limitación			
	Ver	Oír	Caminar	Entender
Mujeres	30,7 %	16,3 %	33,4 %	6,3 %
Varones	23,5 %	17,2 %	21,3 %	4,6 %
Total	27,9 %	16,7 %	28,6 %	5,6 %

Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a Censos 2011/INE.

Las enfermedades crónicas no transmisibles son el origen de la mayor parte de las discapacidades que presentan los individuos y que incrementan sus necesidades asistenciales. En Uruguay se han llevado a cabo dos Encuestas Nacionales sobre Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles, una en el año 2006 y otra en 2013, con la finalidad de realizar la vigilancia epidemiológica de las mismas. La muestra, si bien comprendió a personas de 18 a 64 años, igualmente sirve como forma de aproximarnos al estado de salud que tendrán dichas personas al alcanzar la vejez.

Gráfico 17. Porcentaje de personas entre 18 y 64 años que presentan factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles por tipo de riesgo. Total país, 2006 y 2013.



Fuente: MSP, Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de ECNT 2006 y 2013.

El sobrepeso y la obesidad constituyen uno de los factores de riesgo con mayor peso dentro de los adultos. Esta situación se ha agudizado entre el 2006 y el 2013, pasando del 56.6% al 64.7% lo que implica un incremento de 8.1 puntos porcentuales. Dicho de otro modo, de cada 10 adultos, 6 padecen sobrepeso u obesidad. Respecto a la presencia de hipertensión arterial, este factor de riesgo es el que ha sufrido el mayor incremento en el período, del orden de 8.3 puntos porcentuales, alcanzando al 38.7% de los adultos encuestados en el año 2013. La proporción de glucosa elevada en sangre también ha tenido un incremento de 2.5 puntos porcentuales, afectando al 7.8% de los encuestados. El único de los factores de riesgo que ha experimentado un retroceso ha sido la presencia de colesterol elevado en sangre que, mientras en el año 2006 afectaba al 29.2%, en 2013 se redujo al 23.1%.

Respecto a las enfermedades transmisibles, si bien tienen baja incidencia son igualmente causa de mortalidad y discapacidad. Como ya se ha mencionado, una de las principales enfermedades es el VIH/SIDA. Desde 1983 a la fecha se han notificado 12.422 casos de VIH y se estima que anualmente se infectan 1.000 personas. La enfermedad se da con mayor frecuencia en los varones.

El 35% de las personas con VIH tiene entre 25 y 34 años, siendo la distribución de casos entre varones y mujeres muy similar. Las personas de más de 55 años representan el 7% de los infectados, con un mayor peso de los casos masculinos (10%) frente a los femeninos (4%).

Al analizar la edad promedio en que se contrae la enfermedad se observa que la misma cada vez se da a mayores edades. En el caso de las mujeres la edad promedio ha pasado de 33 años en 2011 a 34.6 en el 2013. En el caso de los varones es aún superior con una edad promedio de 39 años para el año 2013.

Si se analizan los casos de SIDA por edad, se visualiza que la distribución se traslada hacia edades superiores respecto de la de VIH. Los casos de SIDA ocurren con mayor frecuencia entre los 25 y los 44 años con un peso del 34%, pero la proporción de personas de la siguiente cohorte etaria (44 a 54 años) representa el 31% de los casos. Y para las personas de más de 55 años explica el 11% de los casos.

Si bien se trata de una enfermedad que se concentra en los adultos jóvenes, con las mejoras en el acceso a tratamientos antirretrovirales el pasaje al estadio SIDA es cada vez más lejano y los casos, como ya se ha mencionado, tienden a desplazarse hacia las edades más avanzadas.

Uno de los principales determinantes de la calidad de vida de las personas mayores es la función neurocognitiva, puesto que su deterioro afecta la capacidad de vivir en forma independiente y productiva (CELADE, 2006). La prevalencia e incidencia de enfermedades mentales aumenta con la edad y en ello confluyen aquellas personas con patología mental previa que envejecen y quienes inician enfermedades mentales en esta etapa de la vida.

Se incluyen en estos problemas: los trastornos afectivos, las demencias, las psicosis, el abuso de sustancias (alcoholismo y fármacos) y problemas multifactoriales con impacto sobre la salud mental como el abuso, el maltrato y/o la negligencia en los cuidados.

Una de las formas más serias de deterioro cognitivo es la demencia. Las cifras de esta enfermedad se incrementan con la edad. La prevalencia se dobla cada cinco años después de los 65 años llegando a cifras superiores al 35% a los 95 años. A pesar de ello, estudios han demostrado que los medicamentos sumados a la existencia de redes de apoyo reducen la velocidad de deterioro de la función neurocognitiva.

La depresión es otro trastorno que aparece en la vejez, aunque con características diferenciales respecto a otras etapas del ciclo de vida. Durante la vejez, la depresión normalmente se asocia a múltiples pérdidas orgánicas y cognitivas (Latorre, Montañés 1997). Como resultado de ello, es difícil establecer un diagnóstico claro por la interacción entre las variables cognitivas y las afectivas.

Con respecto al deterioro cognitivo en Uruguay, una primera dificultad que surge es la falta de datos confiables que permitan cuantificar claramente el fenómeno. Los datos disponibles actualmente no permiten realizar una estimación clara de la cantidad de personas con deterioro cognitivo ni con un síndrome demencial en Uruguay pues las cifras no son consistentes (Berriel, Pérez, Rodríguez, 2010). A pesar de la inexistencia de registros nacionales, se estima que más de 10% de los mayores de 65 años padece alguna forma de demencia, lo que supone más de 40.000 personas aproximadamente. Sumado a ello, el 10% de los adultos mayores en la comunidad tienen trastornos depresivos, situación que se incrementa en la población institucionalizada (15% a 35%) o internada en hospitales (10% a 20%) (MSP, Programa Nacional del Adulto Mayor).

Por último, es importante hacer referencia a la valoración que las personas mayores hacen de su propia salud como una forma de monitorear su estado de salud. La autopercepción de la salud (APS), de fácil y simple captación en las encuestas de salud, es un indicador de la calidad de vida y de la morbilidad, y un importante predictor de la consecuente mortalidad. La APS depende no sólo del estado físico del individuo, sino también de factores como la edad y el género, e incorpora una variedad de componentes sociales, económicos, físicos, culturales y emocionales (CELADE, 2006).

Estudios científicos (Pérez y Berriel, 2002) han revelado que las personas mayores que se sienten satisfechas y apoyadas por sus redes sociales tienen una mejor autopercepción de salud que quienes se encuentran insatisfechas y sin apoyo social. A su vez, las mujeres tienen una peor autopercepción de su salud que los varones.

Con respecto al desempeño de este indicador en la población uruguaya, los antecedentes datan del año 2001, a partir de la Encuesta SABE (OPS, 2001) donde se realizó un estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. En el caso de Montevideo, la autopercepción de la salud fue muy positiva, ubicándose solo por debajo de los resultados arrojados para Buenos Aires. Al realizar un corte por sexo se divisó también que los varones se autoperciben con mejor salud que las mujeres dado que el 69% de los varones declararon tener buena salud frente el 57% de las mujeres (Berriel, Pérez, Rodríguez, 2010).

Por otra parte, la Encuesta Nacional sobre Detección de la Población Adulta Mayor Dependiente realizada en 2012 (MIDES-NIEVE)²² incorpora la pregunta sobre autopercepción del estado de salud. Los resultados se asemejan a los obtenidos en el año 2001 dado que el 74,4% de los encuestados declara tener una salud entre muy buena y buena. Sumado a ello, los varones son quienes brindan respuestas más positivas. A modo de ejemplo, el 30,8% de los varones percibe que su estado de salud es muy bueno mientras que en las mujeres la cifra desciende al 19,1%.

Cuadro 7. Distribución porcentual de las personas mayores según su autopercepción del estado de salud por sexo. Total país, 2012.

	Varones	Mujeres	Total
Muy bueno	30,8%	19,1%	23,8%
Bueno	46,9%	53,1%	50,6%
Regular	17,1%	23,9%	21,1%
Malo	2,8%	2,1%	2,4%
NS/NC	2,5%	1,9%	2,1%
Total	100%	100%	100%

Fuente: MIDES, NIEVE, Encuesta Nacional de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente

22. Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento, UDELAR.

4.3 Estilos de vida

La adopción de estilos de vida saludables a lo largo de la vida, como la actividad física adecuada, la alimentación sana, no fumar, y el consumo moderado de alcohol y medicamentos puede prolongar los años de vida y mejorar la calidad de vida en la vejez.

Los estilos de vida no saludables que se destacan entre las personas mayores refieren al sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad aunque también tienen un papel importante las prácticas sexuales de riesgo, el consumo de tabaco y el uso nocivo del alcohol. Estos factores son responsables del aumento de las enfermedades no transmisibles y del incremento ulterior de la dependencia.

El ejercicio físico, en el marco de la prevención y el desarrollo de un estilo de vida protector puede utilizarse tanto de forma preventiva como para la rehabilitación.

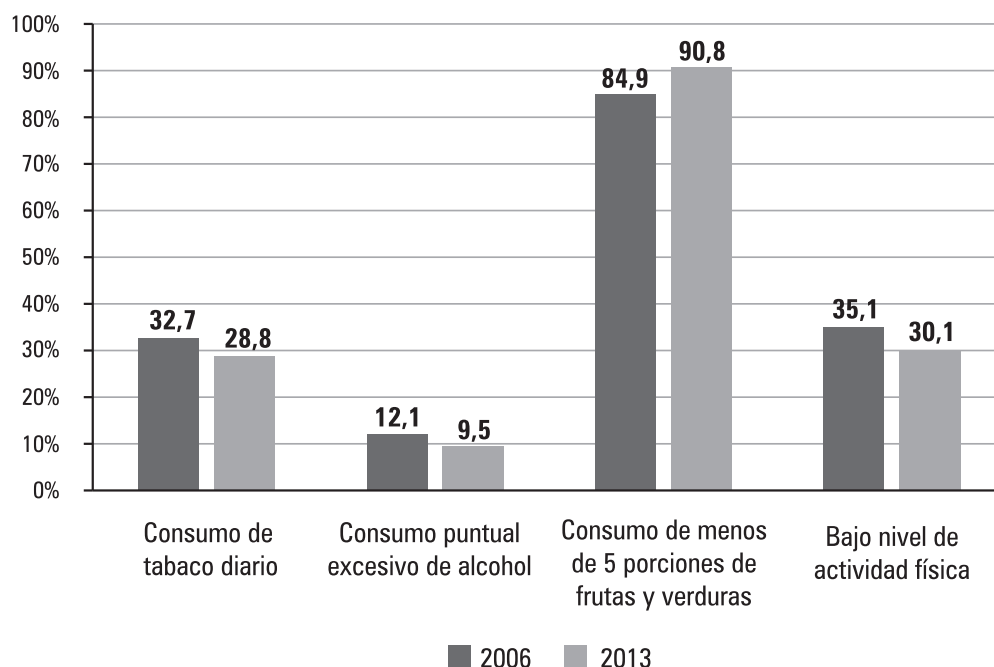
La calidad de la alimentación juega un papel fundamental en la prevención y en el retraso de la aparición de enfermedades crónicas. Conforme avanza la edad, el riesgo de desarrollar deficiencias por esta razón se incrementa. Tanto la obesidad como la malnutrición por déficit pueden conducir a una dependencia funcional, incrementos en la morbilidad, mortalidad y mayor uso de los servicios de salud (Bowman et al., 1998).

Las personas mayores poseen necesidades específicas de nutrientes que difieren de las del resto de los adultos y que pueden generar un mayor riesgo de desnutrición.

Como ya fue mencionado, las conductas de las personas pueden afectar de forma positiva o constituirse en factores de riesgo para la salud. Las encuestas sobre factores de riesgo de ECNT realizadas en 2006 y 2013 en nuestro país también relevan cómo ha sido la evolución en lo que refiere al consumo de tabaco, de alcohol en exceso, el sedentarismo y la existencia de una dieta no saludable. Si bien, el universo encuestado no contempla a los adultos mayores, sí brinda un panorama acerca de la forma en que los adultos se encaminan hacia su vejez.

De los factores de riesgo exhibidos en el siguiente gráfico, el bajo consumo de frutas y verduras presenta un valor alarmante que a su vez sufrió un incremento del 5.9 puntos porcentuales en los últimos 7 años. Esta información evidencia la necesidad de promover acciones tendientes a cambiar los hábitos alimenticios de toda la población. Tanto el consumo de alcohol como el de tabaco han experimentado una caída que se relaciona con las campañas promovidas desde del Estado para combatir su consumo.

Gráfico 18. Porcentaje de personas entre 18 y 64 años que presentan factores de riesgo conductuales de enfermedades crónicas no transmisibles por tipo de riesgo. Total país, 2006 y 2013.



Fuente: MSP, Encuestas Nacionales de Factores de Riesgo de ECNT 2006 y 2013.

Para conocer el nivel de actividad física entre los uruguayos, en 2005 se realizó una Encuesta Nacional sobre Hábitos Deportivos y Actividad Física (MTD, MSP, INE). En la misma pudo constatar que el 60.3% de los uruguayos son sedentarios, es decir que no practican un deporte ni realizan ningún tipo de actividad física de forma habitual. Al avanzar en años la proporción de personas sedentarias se profundiza, siendo para los varones de 50 y más años del orden del 73% y para las mujeres del 75%. Las principales razones que se alegan para la escasa actividad son: la falta de tiempo, la edad y las enfermedades como factor inhabilitador.

4.4 Atención de la salud

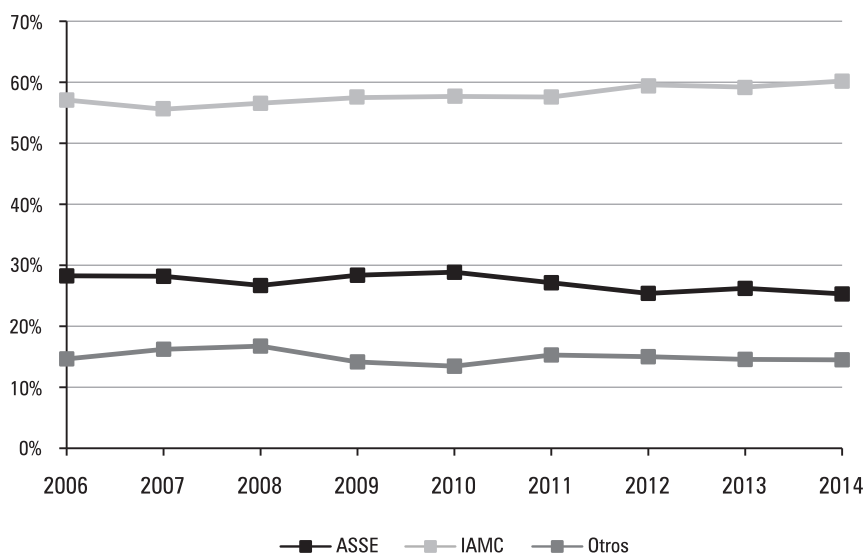
A medida que avanza el envejecimiento de una población aumentan las demandas sobre el sistema de salud ya que aumenta el contingente de personas en edades avanzadas para quienes gran parte del bienestar está asociado a la disponibilidad y acceso a una atención adecuada y especializada de salud.

Como se señaló anteriormente, la incidencia de enfermedades crónicas aumenta con la edad, y también se incrementa el número de medicamentos consumidos por los pacientes mayores, lo que implica una presión creciente sobre los sistemas de salud.

En este escenario, la vigilancia de la salud durante todo el ciclo de vida resulta de extrema importancia para mejorar la eficiencia del sistema de salud, prevenir enfermedades e impedir complicaciones que, sin control, pueden causar discapacidades que menoscaban la calidad de vida en la vejez.

En Uruguay, en los últimos siete años la proporción de personas mayores según institución médica prestadora de salud no ha sufrido variaciones. Seis de cada diez personas mayores aproximadamente son usuarias de alguna Institución de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), mientras que 25% son usuarios de ASSE.

Gráfico 19. Distribución porcentual de las personas mayores según institución prestadora de salud. Total país, 2006 -2014.²³



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

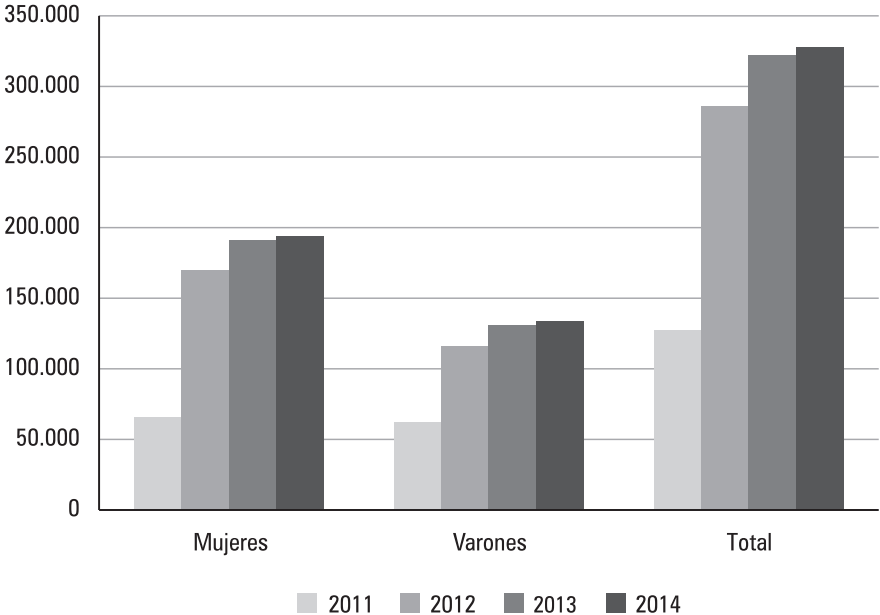
23. Otros incluye: Seguro Privado, Hospital Militar, Hospital Policial, Policlínicas municipales, Policlínicas BPS, derechos en más de un prestador, sin derechos vigentes.

Lo que sí ha experimentado un incremento significativo ha sido el número de personas mayores cubiertas por FONASA. A partir de la Reforma del Sistema de Salud implementada en 2007, la meta ha sido la universalización de la cobertura del Seguro Nacional de Salud (SNS). Se ha llevado adelante un proceso paulatino de incorporación de colectivos al SNIS a través del FONASA. El 1° de julio de 2012 se incorporaron jubilados y pensionistas mayores de 74 años, con ingresos que no superaban la suma de 3 BPC mensuales. En julio de 2013, ingresaron jubilados y pensionistas mayores de 70 años cuyo ingreso total estaba por debajo de las 4 BPC y en julio de 2014, lo hicieron los mayores de 65 años, con ingresos menores a 5 BPC.

El número de personas mayores cubiertas por FONASA se ha incrementado sensiblemente desde el 2011 al 2014, aumentando un 156%. Para el año 2014, eran 327.388 las personas con derecho a la asistencia médica a través de FONASA. El salto más grande se dio entre el año 2011 y 2012 cuando se incorporaron al SNIS los pasivos mayores de 74 años con ingresos menores a 3 BPC. La proporción de personas mayores de más de 80 años con cobertura FONASA ha pasado de representar en el año 2011 el 15% al 31% para el año 2014.

El incremento en la cobertura de FONASA fue mayor en el caso de las mujeres adultas mayores. El número de mujeres adultas mayores con cobertura FONASA se triplicó respecto a su valor en 2011 mientras que el número de varones adultos mayores se duplicó.

Gráfico 20. Cantidad de personas mayores cubiertas por FONASA según sexo. Total país, 2011-2014.



Fuente: BPS

Respecto a la salud y bienestar de las personas mayores el SIVE:

- Remarca que seis de cada diez uruguayos no practican un deporte ni realizan ningún tipo de actividad física de forma habitual, siendo para las personas de 50 y más años siete de cada diez.
- Congratula la realización de las Encuestas sobre Factores de Riesgo de ECNT como forma de realizar una vigilancia epidemiológica a estas enfermedades que constituyen las principales causales de muerte y de limitaciones en Uruguay.
- Alerta que seis de cada diez personas de 18 a 64 años padecen sobrepeso u obesidad siendo un factor de riesgo preponderante en esta población, sumada a la hipertensión arterial que afecta a cuatro de cada diez. En ambos casos se observa un aumento de estos factores de riesgo en los últimos años.
- Reconoce los esfuerzos que se vienen promoviendo desde el Estado para modificar factores conductuales de riesgo como lo son el consumo de tabaco y de alcohol en exceso. Y sugiere realizar mayor énfasis en la promoción de hábitos alimenticios saludables.
- Señala la necesidad imperiosa de contar con datos estadísticos para cuantificar el deterioro cognitivo en nuestro país y específicamente la demencia.
- Considera importante la inclusión de encuestas periódicas sobre autopercepción de la salud de forma de tener un indicador con capacidad predictiva que brinde información sobre el estado de salud de las personas mayores y sobre los múltiples factores que se asocian a ella.
- Saluda el cambio que ha implicado la progresiva incorporación de pasivos al SNIS a través del FONASA contribuyendo al logro de una calidad de atención más integral y equitativa.

5. Entornos favorables para el envejecimiento

Si bien el concepto de entornos favorables no está plenamente estandarizado, es posible acordar que el término alude a las condiciones socioculturales y ambientales que permiten un envejecimiento digno y seguro. Incluye los entornos físicos, en los que se encuentran los asuntos vinculados a la vivienda y al uso del espacio urbano. Por otro lado, incluye también los entornos sociales, ubicándose aquí las cuestiones relativas a los arreglos residenciales, las redes de apoyo, la violencia y el maltrato contra las personas mayores, la participación y la imagen social de la vejez (CELADE, 2006).

La posibilidad de dar cuenta de los entornos físicos y sociales favorables para el envejecimiento se ve afectada por la falta de información periódica relativa a varias de las dimensiones incluidas en estos conceptos en el país. Esta dificultad ya ha sido señalada en anteriores estudios (Berriel et al., 2011, INMAYORES-DINEM, 2014) que buscaron aproximarse con la información disponible a esta dimensión. Para aproximarnos a la realidad de las personas mayores en relación a los entornos físicos, en el siguiente apartado se presentan indicadores relativos a la situación estructural y coyuntural de las viviendas donde residen personas mayores.

5.1 Entornos físicos

El Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002) señala que para las personas mayores, la vivienda y el entorno son particularmente importantes debido a factores como la accesibilidad y la seguridad, la carga financiera que supone mantener un hogar y la seguridad emocional y psicológica que brinda el mismo.

Un primer indicador que da cuenta de las características de estabilidad de las viviendas de las personas mayores es el régimen de propiedad. En Uruguay, según datos del Censo 2011, siete de cada diez adultos mayores son propietarios de la vivienda en la que residen. Si bien esto refleja una buena situación de una importante proporción de personas mayores, hay que recordar que hay otros factores que pueden lesionar el derecho a la vivienda en la vejez como la calidad de los materiales, el hacinamiento, el acceso a servicios básicos, la satisfacción con las actividades que permite la vivienda, entre otros.

Es un hecho reconocido que una vivienda satisfactoria puede ser beneficiosa para la salud y el bienestar. Las características de las viviendas donde residen las personas mayores son de gran relevancia para su bienestar, sobre todo considerando las posibles limitaciones

de movilidad de este grupo poblacional. Con el fin de mantener la capacidad funcional máxima durante toda la vida, es deseable que las viviendas sean construidas de forma tal de minimizar los obstáculos y maximizar los estímulos a la autonomía. En este sentido, las condiciones de la vivienda pueden considerarse factores de riesgo o, por el contrario, agentes positivos para la salud y bienestar de sus residentes.

La vivienda es el espacio edificado en el que vivimos la mayor parte de nuestro tiempo, aquél del que tenemos más dependencia, pues nos proporciona abrigo, privacidad y, en general, bienestar. Pero, la vivienda sin un grado mínimo de accesibilidad también puede ser sinónimo de aislamiento, inseguridad o malestar, sobre todo para aquellas personas cuyos requerimientos son mayores. Para las personas con limitaciones temporales o permanentes de movilidad, la distribución interior y la comunicación de la vivienda con la calle constituyen frecuentemente un cúmulo de barreras. Por tanto, sin accesibilidad en, desde y hasta la vivienda es muy difícil realizar actividades fuera de ella (Alonso, 1999).

Un estudio realizado en España (IMSERSO, 2010) señala que las caídas representan el 70.6% de los accidentes más frecuentes en las personas mayores de 65 años y que seis de cada diez accidentes se producen en el interior del hogar. Por otra parte, un estudio del Observatorio de la accesibilidad de la vivienda en España de 2013, a partir de una muestra de 1.211 viviendas de primera residencia de toda España, señala que solamente un 2% de las viviendas disponen de un acceso desde la calle con características adecuadas de accesibilidad universal.

En Uruguay no hay estudios sobre el estado de las viviendas en que residen las personas mayores según su accesibilidad y su grado de satisfacción. Es posible realizar una aproximación indirecta observando el estado de su infraestructura y conservación. Respecto a la situación estructural de la vivienda, se presenta un indicador resumido que considera información sobre los materiales de paredes, techos y pisos y que permite distinguir entre viviendas con situación estructural precaria, modesta, mediana o buena (Casacuberta, 2006). Como muestra el siguiente cuadro, nueve de cada diez personas mayores residen en viviendas con una buena situación estructural.

Cuadro 8. Distribución porcentual de las personas mayores según situación estructural de la vivienda. Total país, 2014.

Situación estructural de la vivienda	Porcentaje
Precaria	0,1
Modesta	4,5
Mediana	4,8
Buena	90,3
Total	100

Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE

Sin embargo, es importante conocer también cuál es el estado de conservación de las viviendas en que habitan las personas mayores debido a que independientemente de la calidad de los materiales, éstos se deterioran con el tiempo y requieren de recursos para su mantenimiento. De esta forma, se construyó un indicador resumido que considera aspectos como la humedad, grietas en paredes, techos y piso, problemas de ventilación, problemas de goteras, etc. que permite distinguir entre situación coyuntural mala, regular o buena (Casacuberta, 2006).

Como puede observarse en el siguiente cuadro, seis de cada diez personas mayores viven en una vivienda con un estado de conservación bueno, aunque la lectura preocupante es que prácticamente cuatro de cada diez viva en una vivienda con una situación de conservación malo o muy malo. Este indicador llama la atención respecto a que un grupo significativo de personas mayores no ha podido mantener o reparar sus viviendas, lo cual puede poner en riesgo su salud y bienestar.

Cuadro 9. Distribución porcentual de las personas mayores según situación coyuntural de la vivienda. Total país, 2014.

Situación coyuntural de la vivienda	Porcentaje
Muy mala	9,7
Mala	27,4
Media	3,1
Buena	59,8
Total	100

Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE

En relación a los servicios básicos, cabe señalar que la situación predominante es buena, aunque se identifica un 5.5% de personas mayores que vive en un hogar con alguna Necesidad Básica Insatisfecha referida a la vivienda.²⁴

El uso del espacio urbano por parte de las personas mayores también es otra dimensión relevante que da cuenta de su calidad de vida. La encuesta SABE realizada en el año 2001 indicaba que el 10.8% de las personas mayores en Montevideo había dejado de salir de su

24. Un hogar particular tendrá una necesidad básica insatisfecha en vivienda si presenta una carencia crítica en al menos uno de los siguientes indicadores: materialidad, espacio habitable o espacio apropiado para cocinar. La carencia en materialidad se considera si el hogar habita una vivienda con techos o paredes construidas predominantemente con materiales de desecho o piso de tierra sin piso ni contrapiso. En el caso del espacio habitable se considera cuando hay más de dos miembros del hogar por habitación en la vivienda (excluyendo baño y cocina). Por último, se considera que no existe un espacio apropiado para cocinar cuando el hogar habita una vivienda que no cuenta con espacio para cocinar con canilla y pileta.

casa por temor a caerse. Se desconoce la evolución de este indicador, y no se cuenta con otros más actualizados que aproximen al uso de las personas mayores del espacio público.

El 94.6% de la población adulta mayor en Uruguay vive en zonas urbanas, por lo que el espacio público en las ciudades es un entorno central en la vida de estas personas. Conocer su grado de accesibilidad y seguridad así como los factores que favorecen u obstaculizan la apropiación del espacio público por parte de las personas mayores resulta de gran importancia para el diseño de políticas públicas que promuevan el ejercicio del derecho a la ciudad de este grupo poblacional. La CEPAL (2006) recomienda además de conocer la distribución de las personas mayores en zonas urbanas o rurales, indagar acerca de su satisfacción con las condiciones de accesibilidad que presenta su vecindario así como la proporción de personas mayores que reportan dificultades para moverse en su espacio exterior. Esta información requiere de encuestas específicas, las cuales no se producen en Uruguay. Sólo se cuenta con información relevada en el Censo de Entornos Urbanísticos en el marco de los censos de 2011. Este Censo indagó acerca de las condiciones de infraestructura urbana de las zonas urbanas del país incluyendo el estado de las veredas, la presencia de rampas en las mismas, entre otros aspectos, que requieren ser explotados con mayor profundidad.

En relación a los entornos físicos favorables para el envejecimiento el SIVE:

- Llama la atención sobre la necesidad de contar con información específica acerca de las características de accesibilidad de las viviendas donde residen personas mayores así como del uso y satisfacción con el espacio urbano.
- Alerta sobre la proporción de personas mayores (37.1%) que viven en viviendas cuyo estado de conservación es malo o muy malo lo cual puede poner en riesgo su salud y bienestar.

5.2 Entornos sociales

Es sabido que la composición de los hogares integrados por personas mayores es una dimensión clave de considerar a la hora de aproximarse al acceso a su bienestar, debido a que el hogar es uno de los ámbitos más importantes para las transferencias de apoyo en las que participan las personas mayores, ya sea como receptores o proveedores de ayuda (CELADE, 2006). La estructura que adoptan estos hogares da cuenta de las redes de apoyo tanto económicas como de cuidado y otros servicios de promoción del bienestar entre sus miembros. Asimismo, considerando que las personas mayores pueden requerir cuidados asociados a su dependencia, esta información también es importante para las políticas de cuidado, dado que brinda una aproximación a las posibles estrategias de cuidado actual de las personas mayores dependientes.

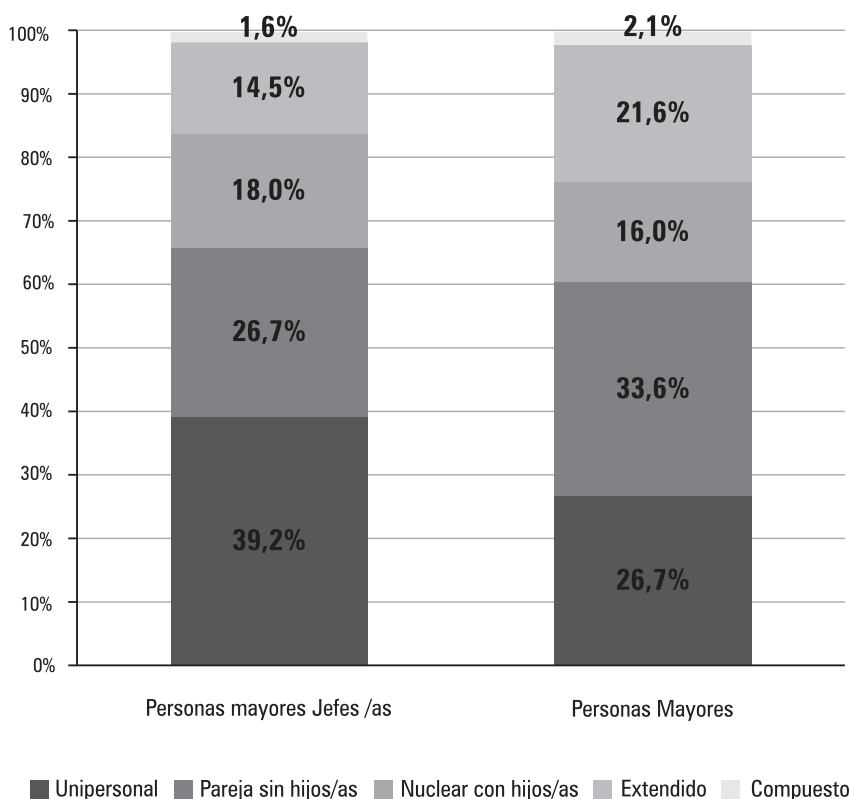
Aproximadamente en uno de cada tres hogares uruguayos vive una persona de 65 años y más, y en uno de cada diez vive una persona de 80 años y más.

Cuadro 10. Porcentaje de hogares con personas mayores según sexo y grupos de edad. Total país, 2014.

Hogares	Porcentaje
Con al menos una mujer de 65 o más años	22,0
Con al menos un varón de 65 o más años	15,3
Con al menos una persona de 65 o más años	29,6
Con al menos una mujer de 80 y más	6,7
Con al menos un varón de 80 y más	3,5
Con al menos una persona de 80 y más	9,1

Fuente: Elaboración DINEM/ MIDES en base a ECH/INE.

Gráfico 21. Distribución porcentual de las personas mayores jefes/as y personas mayores según tipo de hogar. Total país, 2014.



Fuente: Elaboración DINEM/ MIDES en base a ECH/INE.

El arreglo familiar más frecuente para las personas mayores es vivir en pareja sin los hijos/as, lo cual ocurre con un tercio (33.6%) de los casos. Otra proporción importante vive en hogares unipersonales (26.7%). Si se analiza la evolución de este indicador, se observa una mayor propensión de las personas mayores a conformar hogares unipersonales y de parejas sin hijos, en desmedro de su integración en hogares extendidos (Cabella, et al., 2015). Un indicador de interés relacionado con este aspecto hace referencia a que en la actualidad el 58.7% de las personas mayores convive sólo con personas de su misma edad, es decir, no conviven con personas de otras generaciones.

Al analizar qué sucede con las personas de 80 años y más se comprueba que reducen su participación en los arreglos familiares nucleares e intensifican su presencia en hogares unipersonales y extendidos (Paredes, Pérez, 2014, Cabella, et al., 2015).

Por otra parte, se presentan diferencias por sexo en los arreglos familiares de las personas mayores. Según la Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente (MIDES-NIEVE, 2012) el 37.3% de las mujeres viven solas, mientras que esto le sucede

al 22% de los varones. Más de la mitad de los varones viven en hogares nucleares (55.3%) mientras que esto ocurre con menos de un cuarto de las mujeres (23.6%). Por otra parte, las mujeres tienden a vivir en mayor medida en hogares extendidos, 23% vs. 14% (Paredes, Pérez, 2014).

También resulta relevante conocer cuál es la situación de las personas mayores que son jefes/as de hogar debido al rol preponderante que juegan como sustento económico y/o principales responsables de la gestión del hogar. Uruguay cuenta con una alta proporción de hogares con personas mayores como jefe/a (37.6%), presentando el valor más alto de la región (Paredes et al., 2010). Esta cifra ayuda a romper el estereotipo de la vejez asociada a la dependencia económica y social.

En el caso de las personas mayores que son jefas de hogar, cuatro de cada diez vive sola, y un 26.7% en pareja sin hijos/as. Es decir que la mayoría de las personas mayores que son jefas sostienen hogares donde viven sólo adultos/as mayores. Sin embargo, es significativa la proporción de personas mayores reconocidas como jefes/as de hogar en hogares conformados por parejas con hijos (18%) y en hogares extendidos (14.5%), lo cual da cuenta de que estas personas mayores se constituyen en actores con responsabilidades centrales en hogares conformados por otras generaciones.

La Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente (MIDES-NIEVE) ya mencionada también indaga sobre las redes de las personas mayores que trascienden el hogar, evidenciando los vínculos que éstas mantienen con otras generaciones y con personas no familiares. La Encuesta por tanto, representa un insumo significativo sobre una temática que ha sido poco estudiada en el país.

Si bien no existe un concepto unívoco de redes sociales, se considerará la definición planteada por Guzmán et al. (2003) quienes definen redes sociales como “una práctica simbólica-cultural que incluye el conjunto de relaciones interpersonales que integran a una persona con su entorno social y le permiten mantener o mejorar su bienestar material, físico y emocional y evitar así el deterioro real o imaginado que podría generarse cuando se producen dificultades, crisis o conflictos que afectan al sujeto”.

Como primeros elementos de estas relaciones es relevante constatar que el 88% de las personas mayores encuestadas declara tener hijos y un 82% nietos (Paredes y Pérez, 2014).

En relación a la ubicación geográfica de los hijos/as, se evidencia que un 26.5% de las personas mayores vive con algún hijo en el hogar, lo cual es más frecuente en el caso de las mujeres (29% vs. 22.7%). Un porcentaje similar, el 24.6% vive con algún hijo en el mismo barrio y un 22% con sus hijos en otro barrio pero en la misma ciudad. Por tanto se observa una cercanía geográfica de las personas mayores con sus hijos/as en el 72.7% de las personas mayores.

Ahora bien, respecto al contacto que las personas mayores mantienen con los familiares, la encuesta evidenció que el 69,8% realiza o recibe visitas de familiares no convivientes con una frecuencia semanal o quincenal, y que el 84.5% se comunica telefónicamente al menos una vez a la semana con éstos.

El contacto con personas fuera de la familia mostró que un tercio visita vecinos semanal o quincenalmente, y un 26.9% visita amigos con dicha frecuencia. La familia es por tanto un actor protagónico en la red de apoyo de las personas mayores. Si bien el contacto con familiares puede considerarse un aspecto positivo, y de hecho según investigaciones realizadas sobre el saber experto en cuidado de personas mayores (Batthyany et al., 2013) resulta fundamental para el bienestar de estas personas, también debe recordarse que para los familiares, constituirse en los únicos o principales sostenes emocionales o vinculares, puede resultar una sobrecarga, y por tanto se hace necesario ampliar las redes más allá de la familia, fortaleciendo la participación de las personas mayores en ámbitos que les permitan vincularse con otros actores.

En relación a la participación, la reciente Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores establece que las personas mayores tienen derecho a una participación activa, productiva, plena y efectiva dentro de la familia, la comunidad y la sociedad desarrollando sus capacidades y potencialidades. Se destaca la necesidad del fomento de la participación de la persona mayor en un ambiente de igualdad que permita erradicar los prejuicios y estereotipos sobre la vejez. La CEPAL reconoce que la participación debe ser entendida en su dimensión individual y social. La participación en actividades sociales e interacciones significativas es una necesidad vital cuya satisfacción resulta indispensable para la autorrealización personal, pues permite a las personas mayores el desarrollo de sus potencialidades y recursos (Monchiatti y Krzemien, 2002 en CELADE, 2006). Se ha evidenciado la asociación entre altos niveles de participación con mejores indicadores de salud y bienestar psicológico y estilos de vida activos.

Asimismo se subraya la importancia de considerar el lugar social que la sociedad asigna a las personas mayores, que suele partir de una imagen negativa. En este sentido, la participación no sólo depende de los estilos de vida de las personas, sino que el contexto juega un papel importante. La participación igualitaria es entendida como aquella en la cual las personas pueden aportar al desarrollo social a través de actividades productivas y ser valoradas y reconocidas por ello.

La Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento (2002), dentro de sus propuestas de actuación, destaca la relevancia de la participación social de las personas mayores con relación a dos dimensiones: su contribución a la sociedad y su calidad de vida. Diversos estudios (Medina y Carbonel (2006); Pérez, L. (2006); Vega (2002), relacionan la participación social con la calidad de vida medida a través de índices de satisfacción, depresión, integración, etc.

Medir la participación de las personas mayores desde este enfoque es todavía un desafío en nuestro país dado que requiere de un abordaje complejo que combine indicadores cuantitativos e investigaciones cualitativas. Actualmente contamos con algunos indicadores, que permiten aproximarnos a este fenómeno en la población adulta mayor. Según la Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente el porcentaje de personas mayores que declaró participar de organizaciones de la sociedad civil asciende a 23.4% en 2012. Sin embargo, esta proporción desciende a 15.7% para quienes participaron de alguna actividad en los últimos seis meses.

También se dispone de información respecto a las características de las organizaciones, que indica que más de la mitad de las personas mayores que participan lo hacen en organizaciones recreativas (53.1%) y el 27.8% en organizaciones reivindicativas. La participación es mayor en las mujeres, por ejemplo para el tramo etario de 65 a 74 años el 18.9% de las mujeres declaró haber participado en los últimos seis meses mientras que el 13.1% de los varones lo hizo. No obstante, en relación al tipo de participación, si bien en ambos casos la mayoría participa de organizaciones recreativas, los varones participan en mayor medida que las mujeres en las organizaciones reivindicativas, mientras que ellas concentran mayor participación en organizaciones filantrópicas, educativas y de salud.

5.3 Abuso y Maltrato en la Vejez

La Convención Interamericana de Protección de Derechos de las Personas Mayores define al abuso y maltrato en la vejez a aquellas acciones u omisiones, únicas o repetidas, que siendo intencionales o no, generan daños a la integridad física, psíquica y moral y vulneran el ejercicio y goce de los derechos de las personas de edad igual o superior a los 65 años. Este maltrato puede manifestarse de diversas maneras; puede ser físico, psicológico, sexual, patrimonial, negligencia o abandono. Por lo general los distintos tipos de maltrato no se producen en forma aislada, sino que suceden en forma simultánea.

El maltrato físico refiere al uso de la fuerza física, que daña la integridad corporal y puede provocar dolor, lesión y/o discapacidad temporal o permanente; y en caso extremo la muerte. El maltrato psicológico o emocional designa aquellas acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimiento de inseguridad, baja autoestima, y/o atentan contra la identidad, dignidad y autonomía de una persona. Por abuso sexual se entiende cualquier acción de connotación sexual (gestos, palabras, caricias, manoseos, exhibición de genitales, violación) con una persona mayor sin su consentimiento, empleando fuerza, amenazas y/o engaño. En el caso del abuso patrimonial, nos referimos al mal uso, explotación o apropiación del patrimonio por parte de terceros, sin consentimiento o con consentimiento viciado, fraude o estafa, engaño o hurto. Finalmente, la negligencia o abandono es el incumplimiento voluntario o involuntario de las funciones del cuidado para satisfacer las necesidades vitales, como ser la higiene, vestimenta, administración de medicamentos, entre otros.

Generalmente, quienes ejercen el maltrato suelen ser conocidos por la persona mayor, siendo lo más frecuente que suceda dentro del contexto familiar o en el ámbito en el cual se proveen los cuidados. Las personas mayores que viven en establecimientos de larga estadía están también expuestas al maltrato institucional, aunque también lo sufren las personas mayores en centros de salud u hospitales.

Quienes cometen maltrato institucional son generalmente personas que tienen una obligación legal o contractual de proveer los servicios, cuidados y protección a quienes acuden a estos establecimientos. La OMS (2013) afirma que existirían mayores probabilidades de que sucedan eventos de maltrato institucional en aquellas residencias donde existen bajos estándares de servicios de cuidado socio-sanitarios e insuficientes recursos de cuidado; donde el personal no cuenta con una adecuada formación, está mal remunerado y con exceso de trabajo; donde el ambiente físico es deficiente y donde las políticas organizacionales favorecen a la institución y no a los residentes (Adams, 2012).

Los tipos de maltrato institucional que pueden producirse con mayor frecuencia en este tipo de establecimientos son: la infantilización, que implica tratar al adulto mayor como a un niño, limitando su capacidad de autonomía; la despersonalización, que implica proporcionar servicios de acuerdo a criterios generales que desatienden sus necesidades individuales; la deshumanización, que remite a ignorar a las personas mayores, despojarlas de su intimidad y su capacidad de autonomía; la victimización, que da cuenta de ataques a la integridad física y moral del adulto mayor, mediante amenazas, intimidación y agresiones verbales, robo, chantaje o castigos corporales así como la negligencia, que refiere a no proveer los cuidados o supervisión necesarios de alimentación, vestuario, higiene o cuidados médicos que se requieran (Adams, 2012).

El maltrato hacia las personas mayores, tal como ocurrió con la violencia hacia otros grupos sociales, ha traspasado el mundo privado para convertirse en asunto público. Como señala Huenchuan (2013), si bien en principio el concepto de maltrato hacia las personas de edad fue construido en el marco del discurso sobre la vulnerabilidad, situando a las personas mayores como objetos de protección, hoy en día se reconoce que los problemas de violencia en la vejez se inscriben dentro del marco de los derechos humanos.

Si bien la visibilización de esta problemática ha ido en aumento en los últimos años en el país, aún no contamos con información que permita dimensionar el fenómeno a nivel nacional.

A pesar de no contar con datos generales del fenómeno, los antecedentes internacionales permiten afirmar que las víctimas de situaciones de maltrato en el ámbito del cuidado familiar suelen ser mujeres mayores de 75 años dependientes en sus actividades de la vida diaria y en situación de aislamiento social (Iborra, 2008). Al mismo tiempo, un estudio reciente de Taurino Guedes et al. (2015), llevado a cabo en las ciudades de Tirana (Albania), Natal (Brasil), Manizales (Colombia), Kingston y Saint-Hyacinthe (Canadá) indica

que las tasas de prevalencia de violencia doméstica en los adultos mayores revelan que las mujeres son más afectadas que los varones. Todo esto lleva a la necesidad de establecer en la agenda políticas específicas que prioricen la prevención y que se focalicen en los perfiles específicos identificados como potencialmente más riesgosos.

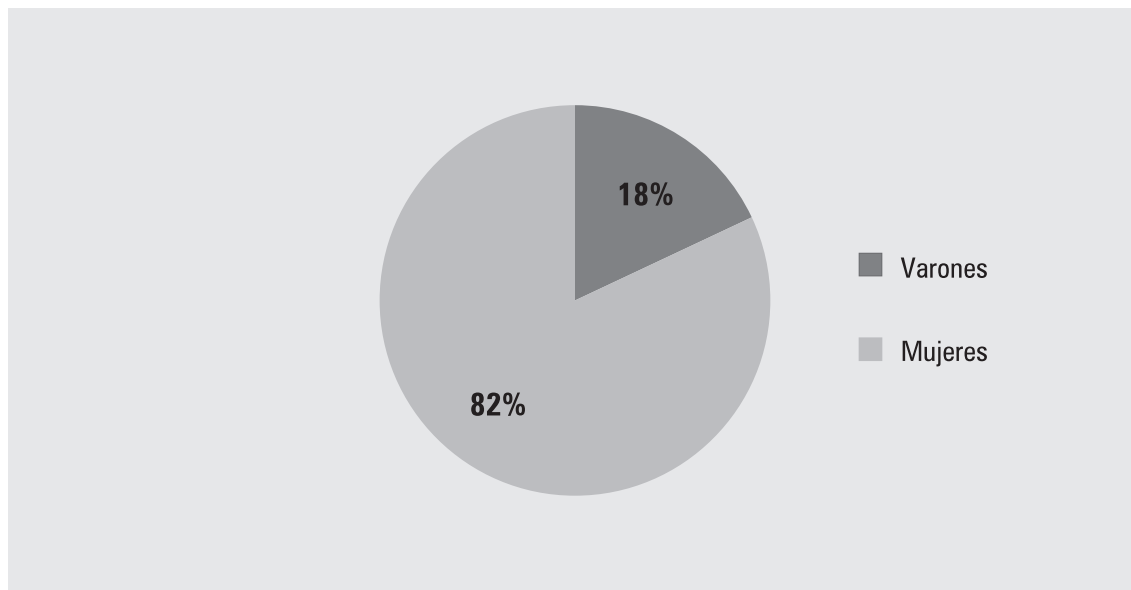
En Uruguay, la Primer Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones (PENPVBBG), realizada en 2013 con alcance nacional, aplicada a las mujeres de 15 años o más, indicaba que 9.5% de las mujeres adultas mayores había experimentado en el último año situaciones de violencia por parte de su familia. La violencia psicológica es la que se presenta con mayor frecuencia, sin registrarse diferencias significativas al considerar el nivel educativo alcanzado o la situación socioeconómica de las mujeres. Este tipo de violencia se manifiesta en actos u omisiones, como dejarles de hablar o no tomarlas en cuenta, abandonarlas, aislarlas de sus amigos y/o familiares, amenazarlas con echarlas de la casa o decirles o hacerlas sentir que son un estorbo (EVBGG, 2013 en INMAYORES- DINEM, 2014).

Existe además información acerca del perfil de personas que consultan al Servicio de Atención a Personas Mayores Víctimas de Violencia Intrafamiliar de Inmayores, la cual puede colaborar en la comprensión del maltrato hacia este grupo.

Desde julio de 2013, Inmayores lleva adelante este servicio, que funciona en Montevideo y Zona Metropolitana y que permite recepcionar, atender y dar seguimiento a situaciones de abuso y maltrato hacia personas mayores, contribuyendo a la protección de sus derechos mediante la atención integral. El abordaje de las situaciones está a cargo de un equipo técnico interdisciplinario especializado en la temática, que brinda atención directa proporcionando asesoramiento psicológico, social y legal. La implementación de un servicio de estas características es un paso fundamental en el abordaje de esta problemática y sus resultados no se acotan a las situaciones concretas que atenderá, sino que significan un avance en el conocimiento de la problemática, en su visibilización y en la sensibilización de la sociedad toda.

Desde el año 2014, 89 personas consultaron al servicio. A julio de este año, 57 se encontraban siendo atendidas.

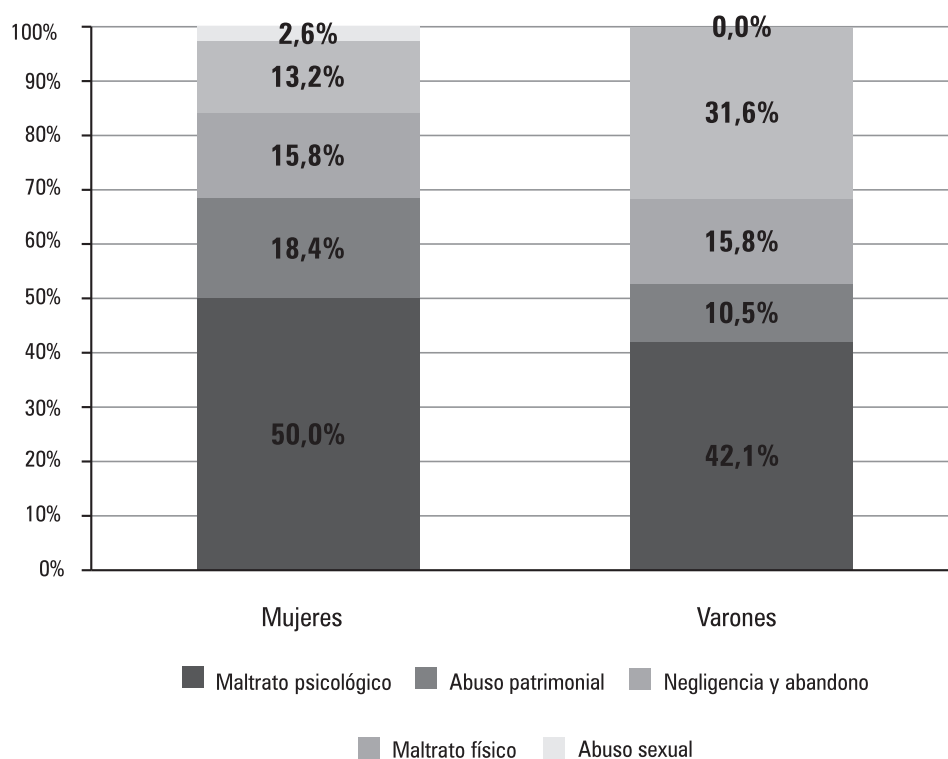
Gráfico 22. Distribución porcentual de las personas mayores que consultaron al Servicio de atención a personas mayores víctimas de violencia intrafamiliar según sexo. Montevideo y área metropolitana, años 2014 y 2015.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a Base de datos del Servicio de atención a personas mayores víctimas de violencia intrafamiliar. INMAYORES/MIDES

En su amplia mayoría, las personas consultantes del servicio son mujeres (82%). Si bien se trata de las personas que concurren a una consulta, y no de cifras sobre el fenómeno como tal, la amplia predominancia de las mujeres consultantes debe alertarnos sobre la posibilidad de que las mujeres presenten mayores probabilidades de sufrir abuso y maltrato en la vejez en nuestro país (aun considerando la mayor presencia de las mujeres en la población adulta mayor), aspecto que deberá ser profundizado en estudios específicos.

Gráfico 23. Distribución porcentual de las personas mayores atendidas por el Servicio de atención a personas mayores víctimas de violencia intrafamiliar, según tipo de abuso o maltrato por sexo. Montevideo y área metropolitana, año 2015.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a Base de datos del Servicio de atención a personas mayores víctimas de violencia intrafamiliar. INMAYORES/MIDES

En relación al tipo de maltrato o abuso recibido por las personas que están siendo atendidas, es posible señalar que el maltrato más frecuente es el psicológico, sufrido por la mitad de la población atendida. En el caso de las mujeres, el abuso patrimonial es sufrido por aproximadamente una de cada cinco consultantes (18.4%). Dado que el número de casos de los varones es muy pequeño (19 casos), se dificulta realizar apreciaciones sobre la distribución del tipo de maltrato. Cabe aclarar que las personas pueden sufrir más de un tipo de maltrato o abuso al mismo tiempo.

En relación a los entornos sociales propicios para el envejecimiento el SIVE:

- Celebra la realización de la Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente que permite conocer las redes de apoyo de las personas mayores y señala la necesidad de continuar y ampliar estos instrumentos para monitorear y profundizar en las características y significados de estas redes.
- Señala la necesidad de contar con encuestas sobre la imagen social de la vejez, la cual se constituye en un factor significativo en la calidad de los entornos sociales de las personas mayores.
- Destaca el protagonismo de las familias en las redes de apoyo de las personas mayores, el cual puede implicar riesgos de sobrecarga si se constituyen en la única forma de vínculo.
- Resalta la proporción de personas mayores que declara haber participado en actividades de organizaciones sociales en los últimos meses (15.7%) y señala la necesidad de ahondar en la conceptualización y medición de la participación de las personas mayores.
- Destaca la generación de información sobre el perfil de personas que consultan sobre abuso y maltrato y las características del mismo, pero señala la necesidad de contar con información del fenómeno a nivel nacional de forma de orientar la toma de decisiones en materia de prevención y abordaje.

6. Personas mayores y Cuidados

6.1 Personas mayores proveedoras y receptoras de cuidado

La contribución social y económica de las personas mayores va más allá de sus actividades en el mercado laboral, ya que con frecuencia estas personas desempeñan funciones cruciales en las familias y en la comunidad. Muchos de sus aportes no se miden en términos económicos, como en el caso de los cuidados prestados a los miembros de la familia, el trabajo productivo de subsistencia, el mantenimiento de los hogares y la realización de actividades voluntarias en la comunidad. Estas funciones contribuyen al sostenimiento del bienestar social y a la preparación de la fuerza de trabajo futura. Es necesario reconocer todas estas contribuciones, incluidas las del trabajo no remunerado que realizan en todos los sectores las personas de todas las edades, y en particular las mujeres.

El trabajo de cuidados se encuentra desde hace varios años siendo objeto de numerosas investigaciones y, cada vez más, de políticas públicas. La consideración del trabajo de cuidados se ha vuelto cada vez más importante, adquiriendo independencia de los otros tipos de trabajo no remunerado (Aguirre et al., 2014). La mayor visibilidad de los cuidados está fuertemente asociada a su estrecha vinculación con las desigualdades de género. Los estudios de género han mostrado que las características relacionales y afectivas del trabajo de cuidados están culturalmente asociadas a la identidad femenina, lo que posiciona al cuidado como uno de los temas sustantivos directamente relacionados al real ejercicio de la ciudadanía social de las mujeres (Aguirre et al., 2014). En los países de la región se aprecia una alta participación femenina, en especial de las hijas, en el cuidado de las personas mayores de forma no remunerada, sin contar con formación adecuada para hacer esta tarea, y asumiendo un alto costo personal por desarrollarla (Huenchuan, 2009).

Como objeto de política pública, el cuidado se instala en la agenda interpelando al Estado para que éste asuma protagonismo en su provisión, regulación y sobre todo en su rol de garante de este derecho. Esta concepción del cuidado como derecho cuestiona el modelo basado en el cuidado familiar, y fundamentalmente provisto por mujeres de forma no remunerada. Por otra parte, los países de la región se enfrentan a la llamada “crisis del cuidado”, proceso marcado por un aumento sostenido de las necesidades de cuidado al mismo tiempo que disminuyen las personas disponibles para cuidar. En la configuración de esta crisis, inciden ciertas transformaciones sociales que pueden clasificarse en político-culturales (cuestionamiento del orden de género), demográficas (menor disponibilidad de cuidadores y mayor población demandante de cuidados), epidemiológicas (aumento

de enfermedades degenerativas que aumentan los tiempos requeridos para los cuidados), familiares (transformaciones en las estructuras de los hogares y mayor presencia de hogares monoparentales femeninos) y socioeconómicas (aumento de las tasas de actividad femeninas) (Marco y Rico, 2013), que determinan un aumento sostenido de las personas que requieren cuidados y al mismo tiempo una disminución de las personas disponibles para brindarlos.

El presente documento toma la definición de cuidados planteada en el Proyecto de Ley referido al Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) que está actualmente en discusión parlamentaria en Uruguay²⁵, el cual define a los cuidados como “las acciones que las personas dependientes deben recibir para garantizar su derecho a la atención de las actividades y necesidades básicas de la vida diaria por carecer de autonomía para realizarlas por sí mismas. Es tanto un derecho como una función social que implica la promoción del desarrollo de la autonomía personal, atención y asistencia a las personas dependientes” (Art. 3).

El cuidado proporciona tanto subsistencia como bienestar físico, afectivo y emocional a lo largo de todo el ciclo vital de las personas. En el caso de las personas mayores, el cuidado se enfoca en la conservación de sus capacidades y la promoción de la autonomía. Incluye un componente material asociado al apoyo en las necesidades de la vida diaria, las cuales variarán según el grado de dependencia de la persona mayor, y un componente vincular y emocional, orientado al desarrollo del vínculo afectivo con las personas cuidadas (Baththyány et al., 2013).

La necesidad de cuidados se presenta durante todo el ciclo de vida, si bien puede ser más evidente en algunas etapas, o puede verse aumentada por alguna discapacidad que genere dependencia, enfermedad temporal o crónica. Los actores proveedores de cuidados son fundamentalmente las familias, el Estado y el mercado. Su grado de participación en la provisión de cuidados depende de factores políticos, económicos y culturales en cada sociedad, configurando distintos escenarios que tienen diversos impactos en el ejercicio del derecho al cuidado de la población y en los derechos de ciudadanía de sus proveedores, que son principalmente las mujeres.

Las modalidades del cuidado observadas en América Latina han sido de tipo “familista”, donde la responsabilidad del cuidado recae fundamentalmente en las familias, y particularmente en las mujeres (Aguirre, 2008, Martínez, 2007). El familismo que caracteriza la

25. Al momento de la elaboración de este documento, el Proyecto de Ley recibió la aprobación de la Cámara de Senadores con fecha 12 de Agosto de 2015 y se encuentra a consideración de la Cámara de Representantes.

provisión de cuidados en Uruguay, es acompañado por las representaciones sociales de la población en torno al tema del cuidado. Según una investigación del año 2012, el 41% de la población uruguaya piensa que las familias por sí solas deben hacerse cargo del cuidado de las personas mayores, sumado a un 26.7% que opina que deben ser principalmente las familias con ayuda del Estado (Batthyány et al., 2012).

Es de destacar el proceso que viene realizando Uruguay para poner en funcionamiento un Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), que promueva un rol más activo por parte del Estado en la participación de los costos que implica asumir el cuidado de personas con dependencia. A partir de la implementación del SNIC y de la comprensión del cuidado como un derecho, el Estado será regulador y prestador de servicios de cuidado, lo que permitirá a Uruguay comenzar un proceso de transformación del histórico modelo familista de cuidados.

6.1.1 Las personas mayores como cuidadoras no remuneradas

Según la Encuesta Longitudinal de Protección Social (BPS, 2012)²⁶, el 7.5% de las personas de 60 años y más realiza tareas de cuidados a personas del hogar o fuera del hogar, ya sean niños, personas con discapacidad u otras personas mayores. La proporción de mujeres supera significativamente a la de varones, reproduciendo también en la vejez el mandato de género que asocia a las mujeres al cuidado (10.7% vs. 3.1%).

Por su parte, la Encuesta de Uso del Tiempo realizada en 2013 por el INE, indica que la tasa de participación de las personas mayores en el cuidado no remunerado es de 14%.²⁷

Las personas expertas en la temática señalan que hay una subdeclaración de este trabajo por parte de la población, que tiene tan incorporada esta tarea a su vida cotidiana que no logra visualizarla con claridad a la hora de responder una encuesta (Batthyány, 2009, Batthyány, 2015).

Como ha sido señalado, un tercio de las personas mayores vive en pareja y sin hijos/as, por lo que probablemente se dé una convivencia de personas de la misma generación que a su vez puedan requerir de algún tipo de cuidado cotidiano. De todas formas, el cuidado entre miembros de la pareja en la vejez no ha sido estudiado en profundidad. Si bien se han realizado esfuerzos por captar el trabajo no remunerado de cuidados desde diversas encuestas, se requieren instrumentos específicos y más complejos para medir este fenómeno.

26. Los organismos responsables de esta encuesta son, un Grupo de Trabajo Técnico Consultivo integrado por MEF, BPS, MIDES, OPP, MSP y MTSS, y un organismo executor que es el BPS. La ELPS tiene como objetivo específico la generación de información estadística de calidad sobre seguridad social, educación, vivienda, empleo, salud, discapacidad, cuidados, entre otras, que sirva de base para la evaluación de las actuales políticas y posibilite la elaboración de nuevas políticas según las necesidades detectadas. La encuesta generó un panel de personas de la primer ola aplicado durante 2012-2013 y volverá a requerir información de ellas en las sucesivas "olas" que se realizarán cada dos años.

27. Cabe aclarar que las encuestas presentadas relevan este dato de distinta forma. En el caso de la ELPS el dato se obtiene a partir de dos preguntas que indagan si la persona realiza tareas de cuidado no remunerado a personas dentro y fuera del hogar (niños, personas con discapacidad y personas mayores). El indicador presentado refiere a la relación entre el número de personas mayores que respondió afirmativamente sobre el total de personas de 60 años y más. La EUT cuenta con un módulo específico que indaga sobre la dedicación de horas al cuidado no remunerado a niños, personas con discapacidad y personas mayores. Para cada población dependiente se aplica un sub-módulo que releva las horas dedicadas a distintas tareas de cuidados. La tasa de participación se calcula también a partir de la población de 65 años y más que respondió haber participado de estas tareas sobre el total de personas de 65 años y más. La diferencia observada en el indicador sobre participación de las personas mayores en cuidados no remunerados puede deberse a que la EUT realiza una indagación más profunda del fenómeno, que buscó subsanar la subdeclaración que se apreciaba en ediciones anteriores de esta encuesta.

6.1.2 Personas mayores dependientes

En los últimos años, la generación de información acerca de la población adulta mayor dependiente se ha incrementado, lo cual es un hecho destacable. Conocer la magnitud y las características de la dependencia en la población adulta mayor resulta indispensable para la toma de decisiones en materia de política pública de promoción de la autonomía y de los cuidados a la dependencia.

En el marco del diseño del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, la Secretaría Nacional de Cuidados junto con la DINEM estimaron la proporción de personas mayores dependientes a partir de la Encuesta Longitudinal de Protección Social (ELPS) realizada por el BPS en 2012. Este grupo de trabajo, ha valorado que dicha herramienta es actualmente la que ofrece mayor robustez en términos de información relevada para la estimación de la dependencia en el país.²⁸

Según estas estimaciones²⁹, en Uruguay un 11.5% de las personas mayores de 64 años se encuentran en situación de dependencia, de las cuales un 3.2% (15 mil personas aproximadamente) se encuentran en situación de dependencia severa. Tal como lo marcan los antecedentes, los niveles de dependencia y la severidad de la misma se incrementan fuertemente con la edad; entre las personas de 75 años y más, el 17% se encuentra en situación de dependencia, en tanto que el 4.6% se encuentra en situación de dependencia severa. La encuesta mencionada ofrece la posibilidad de profundizar en otras características de esta población, por ejemplo los hogares en que residen, el acceso a prestaciones y las estrategias de cuidado entre otras. Esta información está siendo explotada por este grupo de trabajo, pero aún no se han completado los procesamientos.

Por otro lado a partir de la Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente (MIDES-NIEVE, 2012) se ha elaborado una serie de indicadores que dan cuenta de ciertos aspectos relevantes sobre la situación de las personas con dependencia. Este instrumento busca medir la dependencia a través de las necesidades de ayuda para realizar las actividades básicas de vida diaria (ABVD)³⁰ y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)³¹. Las primeras refieren a las capacidades más elementales para la

28. La encuesta tiene cobertura nacional: se extiende a los 19 Departamentos, incluyendo sus áreas urbanas y rurales, de acuerdo a la actual división política administrativa de la República Oriental del Uruguay.

29. Las estimaciones fueron realizadas en el marco de un grupo de trabajo integrado por la Secretaría de Cuidados y DINEM, en la búsqueda de insumos para establecer las metas del Primer Plan Quinquenal de Cuidados (a publicar).

30. Entre las actividades básicas de la vida diaria se encuentran alimentarse, bañarse, vestirse, levantarse de la cama.

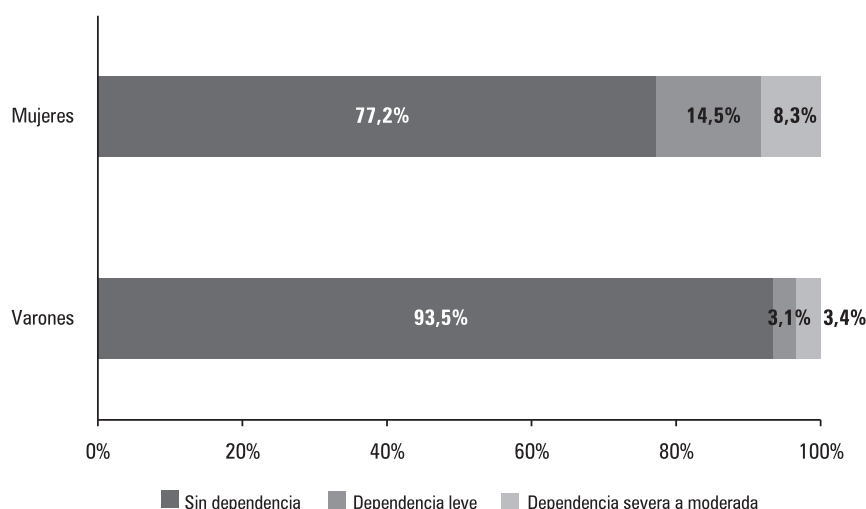
31. Entre las actividades instrumentales se encuentran el manejar dinero, hacer las compras, organizar y tomar medicamentos, desplazarse a otros lugares.

vida independiente, cuya pérdida lleva a que la persona no pueda sobrevivir si no cuenta con alguien que lo asista. Las actividades instrumentales se consideran un medio para efectuar acciones más complejas, requiriendo un mayor control cognitivo para ejecutarlas (Paredes, Pérez, 2014). Cabe aclarar que en el marco de la puesta en práctica del SNIC, se viene trabajando en un instrumento de medición de dependencia que no se condiciona estrictamente por la combinatoria de necesidades para realizar actividades básicas e instrumentales. Sin embargo, se presenta esta definición debido a que los datos analizados a continuación construyen el indicador de dependencia sobre la clasificación y articulación de ABVD y AIVD.

Esta encuesta define a las personas con Dependencia Severa a Moderada a aquellas que declararon necesitar ayuda en una o más ABVD. Se trata de una población en alto riesgo que se encuentra con un fuerte compromiso o imposibilidad de sobrevivir por sí misma sin ayuda. Las personas con Dependencia Leve (DL), son aquellas que declaran no necesitar ayuda en alguna ABVD, pero que sí necesitan ayuda para alguna AIVD. Se trata de un grupo que, si bien mantiene niveles de independencia funcional básicos, necesita algún tipo de ayuda instrumental para mantener su vida independiente (Paredes, Pérez, 2014).

Los resultados indican que la dependencia impacta en mayor medida en las mujeres (22.8% frente a un 6.5% de los varones). Sumado a esto, casi la mitad de las mujeres con dependencia severa a moderada (47.5%) necesita ayuda para realizar cuatro o más actividades básicas de la vida diaria, mientras que la mitad de los varones con dependencia severa a moderada (50%) necesita ayuda sólo para una actividad.

Gráfico 24. Distribución porcentual de las personas mayores según el nivel y tipo de dependencia por sexo. Total país, 2012.



Fuente: elaboración en base a Paredes, Pérez a partir de la Encuesta de Detección de población adulta mayor dependiente, MIDES-NIEVE.

Esta encuesta también indagó acerca de la ayuda recibida por parte de las personas mayores con dependencia, información de crucial importancia para conocer cómo la población adulta mayor resuelve actualmente sus necesidades de cuidado. En el caso de las personas con dependencia severa a moderada, el 64% recibe ayuda, sin presentarse diferencias significativas por sexo aunque sí por grupo de edad, siendo el grupo menor de 75 años el que menos ayuda recibe (61.5% vs. 27%).

El 36% de las personas mayores con dependencia severa a moderada no recibe ayuda lo cual coloca a este grupo en riesgo de vida. En el caso de quienes sí la reciben, la ayuda es provista fundamentalmente por familiares convivientes (71.1% de los casos) y de forma diaria (78.4%). Por tanto, nuevamente se observa el peso significativo de los trabajos de cuidados que recaen en las familias y que son vitales para el bienestar de las personas mayores.

Según un estudio realizado por la CEPAL (2006) la carga de cuidados directos demandada por las personas mayores con dependencia es de unas cuatro horas diarias como mínimo. Esto es importante, tanto para quienes reciben el cuidado solo por parte de las familias, para que éstas puedan compartir la carga del cuidado mediante otras modalidades, como para quienes no reciben ningún tipo de ayuda.

En el caso de las personas con dependencia leve, la proporción de quienes reciben ayuda es mayor y asciende a 83.8%, siendo el 16.2% quienes declaran no recibirla. También en este caso, la ayuda proviene fundamentalmente de la familia (62.9%), seguido del servicio doméstico (18.2%).

Cuando se analiza la dependencia por tramo de edad, en el tramo de menor edad (65 a 74) el 90% declara recibir ayuda, en cambio en los de mayor edad este porcentaje disminuye a 80%. Paredes y Pérez (2014) llaman la atención sobre este descenso de diez puntos porcentuales para la población mayor, en la medida en que a mayor edad aumenta la vulnerabilidad física y social, al mismo tiempo que disminuyen las redes de apoyo para estas actividades.

6.2 Personas ocupadas en el cuidado de personas mayores

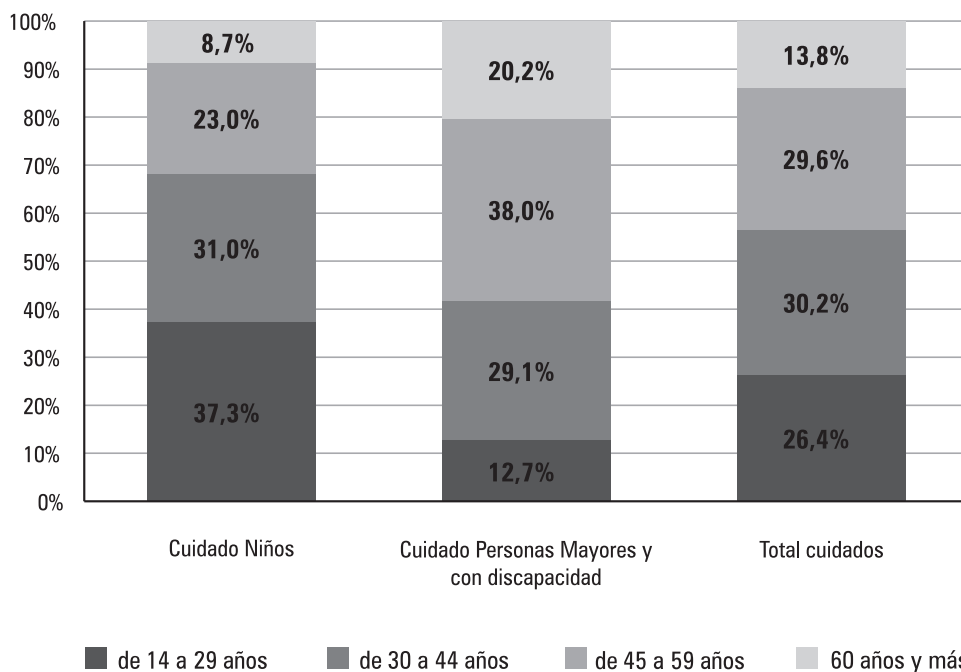
En esta sección se presenta una estimación de las personas ocupadas de forma remunerada en el cuidado de personas mayores, tomando como base la metodología desarrollada en el informe realizado por Aguirre (2012). Para ello se utiliza la Encuesta Continua de Hogares (ECH) de 2014 realizada por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

De la información disponible en Uruguay se sabe que el sector de cuidados (cuidados de niños/as, personas con discapacidad y personas mayores) ocupa aproximadamente a 60 mil personas para el año 2014, de las cuales 27 mil (44%) se dedican al cuidado de personas mayores y de personas con discapacidad. Es además uno de los sectores de los servicios sociales donde hay mayor predominio de mujeres. Entre los cuidadores de personas mayores y personas con discapacidad, las mujeres representan el 93%. La feminización que caracteriza estos empleos se acompaña de su desvalorización, dado que se asume que las mujeres tienen cualidades naturales para el cuidado, y por ende que esta tarea no les demanda gran esfuerzo ni requiere de formación específica, lo cual se vincula a su baja remuneración (Aguirre, 2012).

En relación a la edad, quienes cuidan personas mayores y personas con discapacidad presentan una edad más elevada que quienes cuidan niños. Casi seis de cada diez cuidadores/as de esta población tienen 45 años o más, en cambio entre los cuidadores/as de niños la gran mayoría (7 de cada 10) son menores de 45.

Cuando observamos el perfil etario de quienes se desempeñan en otras ocupaciones en Uruguay, las personas mayores de 45 años representan el 38.9%, evidenciando una sobre-representación de este grupo etario entre quienes cuidan personas mayores y personas con discapacidad.

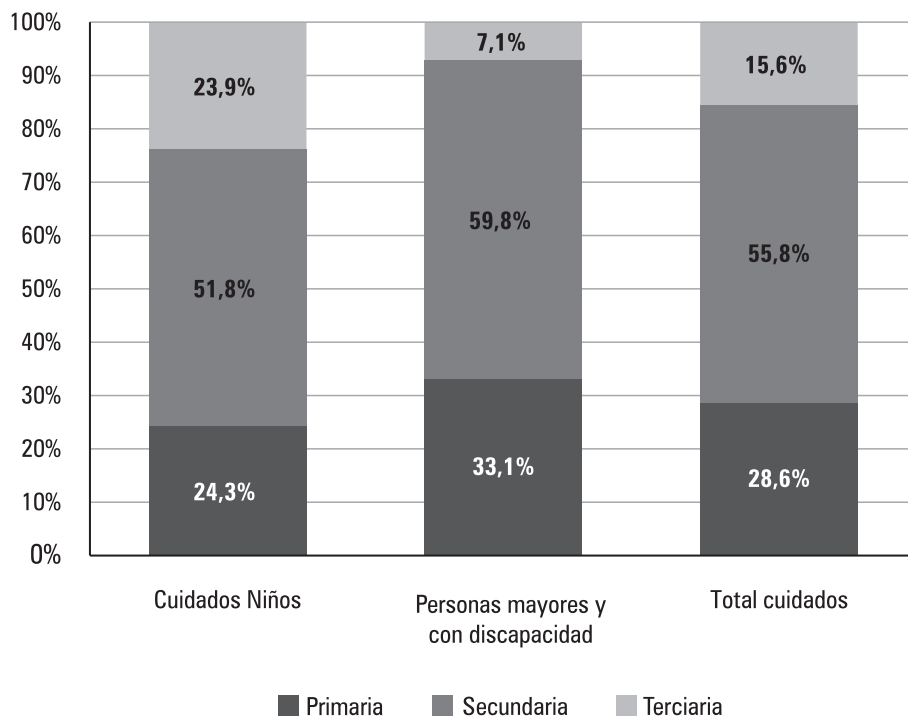
Gráfico 25. Distribución porcentual de las personas ocupadas en cuidados según tramos de edad por tipo de población que cuidan. Total país, 2014.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

Las tareas del cuidado son en general asumidas por personas que tienen un nivel bajo de escolarización y pocas opciones de ingreso al mercado laboral. En este sentido, Aguirre (2012) señala que es una opción que en muchos casos se toma por descarte frente a la imposibilidad de acceder a otros empleos mejor remunerados y valorados socialmente. En el caso de las personas que cuidan personas mayores y personas con discapacidad, el 33.1% tiene primaria completa como máximo nivel educativo alcanzado y sólo un 7.1% alcanzó el nivel terciario. Este bajo nivel de profesionalización del sector constituye uno de los principales desafíos para el Sistema Nacional Integrado de Cuidados.

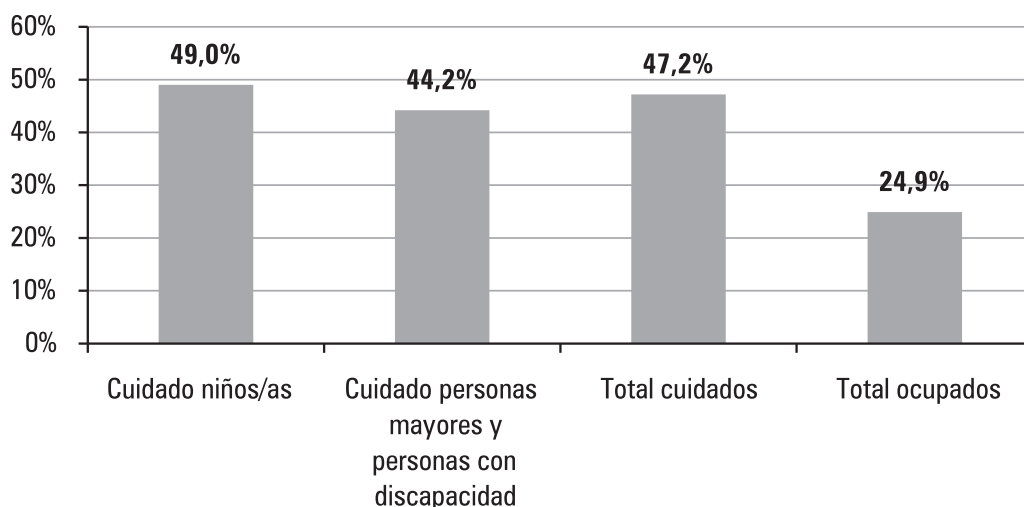
Gráfico 26. Distribución porcentual de las personas ocupadas en cuidado según nivel educativo por tipo de población que cuidan. Total país, 2014.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

El promedio semanal de horas trabajadas en el cuidado de personas mayores y con discapacidad es de 38.4, siendo superior al del cuidado de niños (29.1) y similar al tiempo destinado al trabajo en otras ocupaciones (38.8).

Gráfico 27. Porcentaje de personas ocupadas en cuidados que no se encuentran registradas en la seguridad social según tipo de población que cuidan. Total país, 2014.



Fuente: Elaboración DINEM/MIDES en base a ECH/INE.

Los cuidados constituyen un sector especialmente afectado por la informalidad contractual. Mientras que el 24.9% de las personas ocupadas declaran no estar registradas en la seguridad social, en 2014, entre quienes se encuentran trabajando en el sector cuidados este valor asciende a 47.2%. Las personas que cuidan a personas mayores y con discapacidad presentan menor informalidad (44.2%) que las que cuidan niños (49.0%), aunque en ambos casos casi duplican el valor promedio de los ocupados.

6.3 El cuidado de larga estadía en Uruguay

Según datos disponibles para los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), las personas viven en promedio de dos a cuatro años bajo cuidados intensos sobre el final de la vida (Jacobzone ,1999). Es probable que el tipo de cuidado requerido en esta etapa sea de los llamados “cuidados de larga duración”. Los programas de cuidado de larga duración deben incluir un modelo de asistencia socio-sanitario, articulando marcos de protección de derechos, servicios de atención sanitaria básica, residencia, alimentación, además de ayuda para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

Desde enero de 2014 el Inmayores del MIDES comparte competencias institucionales con el Ministerio de Salud Pública (MSP) en la regulación, habilitación, fiscalización y asesoría a los establecimientos de larga estadía que ofrecen cuidados a personas mayores en todo el país. El pasaje de parte de las competencias desde el MSP al MIDES, y particularmente al Inmayores como organismo rector en políticas de envejecimiento y vejez, se basa fundamentalmente en un cambio de concepción sobre las personas que hacen uso de los establecimientos y sobre la propia modalidad de los servicios. En el marco de las definiciones del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, estos servicios se conciben como servicios de cuidado desde una concepción socio-sanitaria, donde la protección de derechos y la conexión con la comunidad y otros servicios socio-sanitarios debe ser imprescindible.

La normativa anterior (Ley 17.066) concebía a estos servicios y definía sus competencias exclusivamente en función del componente sanitario. La nueva normativa (Ley 19.149 y Decreto N° 265/014) otorga mayor énfasis a los derechos de las personas desde una mirada más integral, al tiempo que establece las obligaciones de los prestadores orientadas a garantizar el cumplimiento de estos derechos. Las personas mayores son sujetos de derecho, y no pierden esta condición por el hecho de residir en establecimientos de forma permanente. Hay consenso respecto a que por residir en ámbitos con bajo seguimiento, estas personas están expuestas a situaciones de especial riesgo, que deben ser abordadas particularmente. En este sentido, velar por el respeto de los derechos de las personas que residen en establecimientos de larga estadía implica, además de atender el aspecto sanitario, valorar el respeto de su derecho a la participación, privacidad, toma de decisiones, libre circulación, promoción de la autonomía, respeto a la propiedad privada y a la confidencialidad, a habitar espacios no hacinados, entre otros.

Estos servicios no deben ser considerados de forma aislada y exclusivamente como una respuesta ante la ausencia del cuidado familiar, sino como modalidades de atención que forman parte de un esquema de complementariedad entre distintos servicios de cuidado. Brindar respuesta en materia de cuidados a las personas mayores debiera implicar la generación de redes de articulación progresiva entre diferentes modelos de atención y respuestas a la dependencia, donde el cuidado de larga duración está en el vértice de mayor demanda de cuidados requeridos.

Inmayores asume esta responsabilidad en un contexto de escasos servicios públicos en la materia y de una alta informalidad del sector privado. La presencia y el control estatal sobre estos establecimientos presentaba algunas dificultades que repercutían en la calidad y volumen de información disponible acerca de la existencia y características de estos servicios. Durante 2014, el Inmayores se abocó al relevamiento de información que permitiera conocer el universo de establecimientos. Para esta tarea, contó con el apoyo de la DINEM del MIDES y con una participación activa de las organizaciones de personas mayores en todo el país. En el presente año, se continúa con el esfuerzo iniciado en 2014, realizando un segundo relevamiento de establecimientos en todo el país.

Según la información proporcionada por el Censo 2011, el 2.5% de la población adulta mayor residía en establecimientos de larga estadía. Esta cifra representa un porcentaje bajo de la población de personas mayores, que no condice con las percepciones populares acerca de la cantidad de personas mayores que vive en estos establecimientos. Si bien la alta informalidad de los establecimientos privados puede incentivar la subdeclaración, es posible afirmar que la forma de resolver las necesidades de cuidado o necesidades habitacionales de las personas mayores no tiene entre sus opciones más utilizadas los establecimientos de cuidado permanente. Esto indicaría que las personas mayores han estado resolviendo sus necesidades de cuidado mayormente a través de los cuidados a domicilio, ya sean familiares o contratados (INMAYORES-DINEM, 2014).

Según el estudio de Batthyány et al., 2012, la gran mayoría de la población uruguaya, 90%, opina que la situación más deseable para el cuidado de las personas mayores con dependencia son los cuidados domiciliarios, es decir los cuidados que son brindados en la vivienda. Las opciones vinculadas al cuidado exclusivamente por parte de instituciones (centros de día o residenciales) es la minoritaria, alcanzando al 8% de la población menor de 69 años (Bathyány et al., 2012).

En el desarrollo de los siguientes apartados, que referirán a determinadas características de los establecimientos de larga estadía y de las personas que residen en ellos, se tomaron dos fuentes de información. Una de ellas proviene de los registros de fiscalización de los establecimientos de la División de Regulación de Inmayores. A partir de ellos se pudo obtener información sobre los establecimientos a nivel nacional. Dichos registros contribuyen a la tarea fiscalizadora del Inmayores.

La segunda fuente la constituye el relevamiento en curso llevado a cabo por Inmayores y DINEM a los establecimientos de larga estadía. Este relevamiento tiene como antecedente una operación de similares características realizada en el año 2014 por ambas direcciones. Su objetivo es producir información sobre los servicios prestados y la infraestructura de los establecimientos, así como sobre el perfil de residentes y personas que trabajan en los mismos. Esta información sirve de insumo para la toma de decisiones en materia de política pública. A la fecha de realización de esta publicación, se cuenta con información para Montevideo y Área Metropolitana. Los datos para todo el país estarán disponibles en el portal del SIVE una vez culminado el relevamiento.

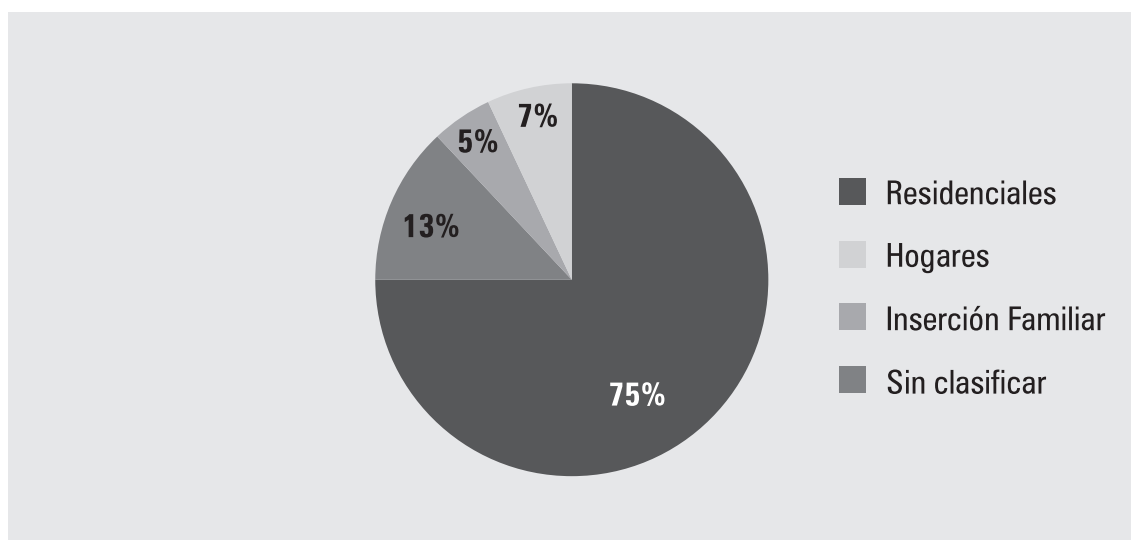
6.3.1 Establecimientos de larga estadía en Uruguay

Al 10 de agosto de 2015, Inmayores ha registrado 1.030 establecimientos de larga estadía (División de Regulación, Inmayores). Estos establecimientos pueden clasificarse según tres tipos: residenciales, hogares sin fines de lucro y servicios de inserción familiar.

La Ley 17.066 (artículos 3, 4 y 6) define como residenciales a los establecimientos privados con fines de lucro que ofrecen vivienda permanente, alimentación y atención geriátrico-gerontológica tendiente a la recuperación, rehabilitación y re inserción del adulto mayor. Los hogares sin fines de lucro son aquellos establecimientos que sin perseguir fines de lucro, brindan vivienda permanente, alimentación y servicios tendientes a promover la salud integral de los adultos mayores. Por su parte, los servicios de inserción familiar para adultos mayores son los ofrecidos por un grupo familiar que alberga en su vivienda a personas mayores autoválidas, en número no superior a tres, no incluyendo aquellas a quienes se deben obligaciones alimentarias (artículos 118 a 120 del Código Civil).

A nivel nacional los residenciales son el tipo de establecimiento con mayor peso (75%) alcanzando los 776. Luego, con mucha menor significación están los hogares, que siendo 70 casos representan el 7% del total. Por su parte, los servicios de inserción familiar totalizan 50 en todo el territorio nacional representando el 5%. Cabe señalar que la categoría “sin clasificar” reúne un 13% de los casos (134 casos) e incluye aquellos establecimientos que no han sido fiscalizados o que tienen características particulares que no lo ubican en una única categoría específica.

Gráfico 28. Distribución porcentual de los Establecimientos de Larga Estadía según tipo. Total país, agosto de 2015.



Fuente: INMAYORES, MIDES.

A nivel territorial, los departamentos de Montevideo y Canelones concentran el 57% de los establecimientos del país. Estos departamentos son los que poseen la mayor cantidad de habitantes y por ende de personas mayores (en términos absolutos).

Cuadro 11. Cantidad de Establecimientos de Larga Estadía según departamento. Total país, Agosto 2015.

DEPARTAMENTO	Total de establecimientos
ARTIGAS	7
RIO NEGRO	7
RIVERA	11
CERRO LARGO	13
FLORES	13
TREINTA Y TRES	14
DURAZNO	17
TACUAREMBÓ	19
SALTO	20
LAVALLEJA	29
FLORIDA	33
ROCHA	34
SORIANO	36
PAYSANDU	38
SAN JOSE	42
MALDONADO	43
COLONIA	65
CANELONES	158
MONTEVIDEO	431
TOTAL	1030

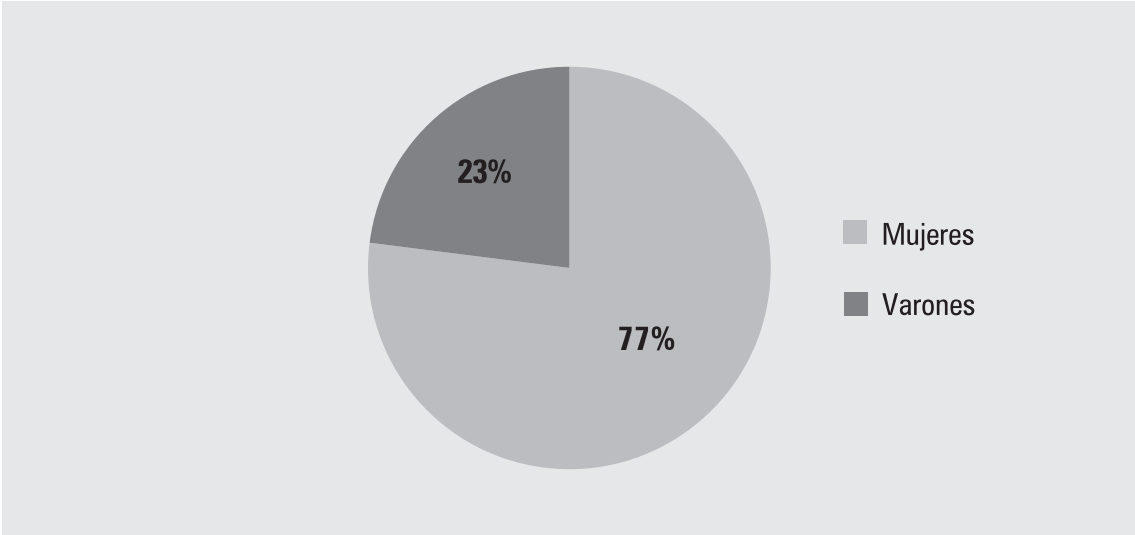
Fuente: INMAYORES, MIDES.

6.3.2 Perfil de las personas residentes en establecimientos de larga estadía

Como se ha señalado, se presentan en este apartado algunos indicadores sobre el perfil de las personas que residen en establecimientos de larga estadía en Montevideo y Área Metropolitana. El relevamiento indaga sobre variados aspectos del funcionamiento de estos servicios, que permiten conocer la calidad de los cuidados que se prestan en los mismos, así como las características de la infraestructura. Dichos elementos serán explotados con mayor profundidad en el portal del SIVE y en próximas publicaciones.

Se relevó información en 485 establecimientos en Montevideo y Área Metropolitana, en los cuales residen 8.529 personas. Casi ocho de cada diez residentes son mujeres. La distribución según el tipo de establecimiento indica que el 90% de las personas vive en un residencial, lo cual se condice con la proporción de residenciales en el total de establecimientos.

Gráfico 29. Distribución porcentual de las personas residentes en Establecimientos de Larga Estadía según sexo. Montevideo y área metropolitana, 2015.



Fuente: INMAYORES, DINEM.

El 94% de quienes residen en establecimientos de larga estadía son personas mayores. La distribución de los residentes por edad da cuenta de que esta modalidad de cuidado es significativamente más frecuente luego de los 80 años: siete de cada diez residentes tienen 80 años y más, y dos de cada diez tienen entre 65 y 79 años. Los residentes menores de 65 años representan un 6%: 4.8% tiene entre 50 y 64 años, y 1,2% menos de 50 años. Casi ocho de cada diez mujeres tiene 80 y más años, lo cual sucede con el 54.6% de los varones.

El relevamiento indaga si los residentes requieren ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria (alimentarse, levantarse de la cama, vestirse) para determinar su nivel de dependencia. El 57.4% de quienes residen en establecimientos necesita ayuda para estas actividades, mientras que el restante 42.6% no lo requiere. Se observa una mayor proporción de mujeres que requiere ayuda para las actividades básicas que de varones (59.6% frente a 50.6%).

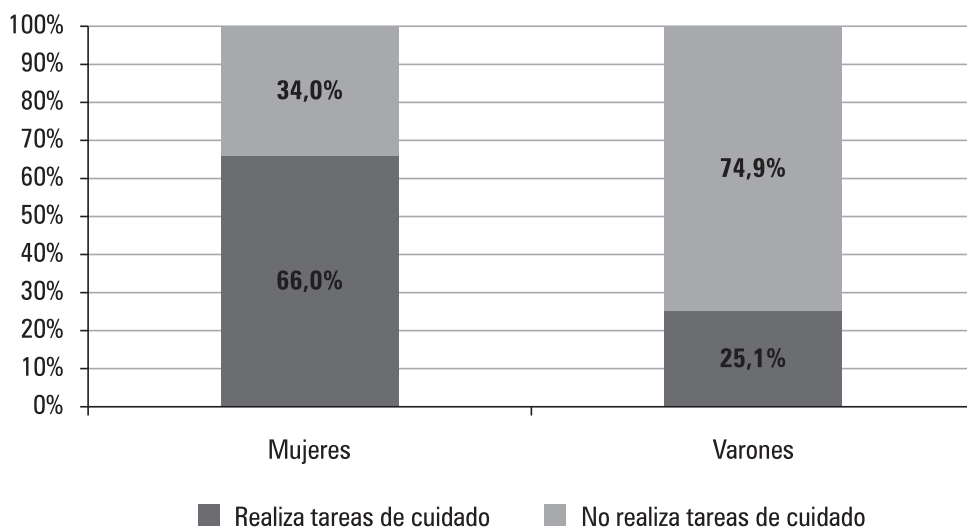
Estos datos indican la necesidad de profundizar en el conocimiento acerca de las razones por las cuales una proporción importante de personas que no requiere ayuda para las actividades básicas de la vida diaria se encuentra institucionalizada. Según Christophe y Camarano (2010) en Brasil el uso de estos servicios está asociado a la falta de vivienda o la pobreza en una de cada dos personas.

6.3.3 Las personas que trabajan en establecimientos de larga estadía

El total de trabajadores/as en los establecimientos relevados en Montevideo y Área Metropolitana asciende a 3.546 personas. Las mujeres representan el 86% de los casos.

El 60% de quienes trabajan en estos establecimientos se dedican a tareas de cuidado (2.158 personas). La distribución según sexo revela que el 94.6% de las personas que cuidan son mujeres. Se observa que los varones que trabajan en los establecimientos lo hacen en su amplia mayoría en otras tareas (directores técnicos, encargados, titulares, entre otros). En el caso de las mujeres, la relación es inversa, dos tercios de ellas trabajan cuidando de las personas residentes.

Gráfico 30. Distribución porcentual de las personas que trabajan en Establecimientos de Larga Estadía según sexo y realización de tareas de cuidado. Montevideo y área metropolitana, 2015.



Fuente: INMAYORES, DINEM.

Respecto a la formación de quienes realizan tareas de cuidados, nueve de cada diez carece de formación específica. El 6,1% posee capacitación en enfermería.

Aproximadamente, tres de cada diez (29%) de los establecimientos relevados cuenta con personal capacitado en primeros auxilios durante todos los turnos de trabajo. En el otro extremo, el 35,7% de los establecimientos no cuenta con personal capacitado en primeros auxilios en ninguno de los turnos.

Estos datos refuerzan lo ya señalado respecto a la necesidad de profesionalizar los cuidados y brindar oportunidades de capacitación a quienes trabajan desempeñando esta tarea, de forma de impactar en la calidad de los cuidados provistos.

Respecto a las personas mayores y los cuidados el SIVE:

- Congratula la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay, que constituye un paso sustantivo en el reconocimiento del cuidado como un derecho y representa un avance hacia la redistribución del trabajo de cuidados.
- Destaca que el 11,5% de las personas mayores de 64 años se encuentran en situación de dependencia, de las cuales un 3,2% (15 mil personas aproximadamente) se encuentran en situación de dependencia severa.
- Alerta sobre el hecho de que un 36% de las personas mayores que requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria no la recibe, siendo esta ayuda de fundamental importancia para la supervivencia.
- Destaca el fuerte protagonismo de las familias en la provisión de cuidados a la dependencia de las personas mayores.
- Observa que las tareas de cuidados, sean éstas remuneradas o no, siguen siendo asumidas mayoritariamente por mujeres.
- Señala la necesidad de mejorar los instrumentos de medición del tiempo dedicado a la provisión de cuidados no remunerados, que parecen no estar captando en su magnitud los cuidados provistos por las personas mayores que son una significativa contribución al bienestar social.
- Llama la atención sobre la necesidad de profesionalizar los cuidados de la población adulta mayor dependiente, de regular las condiciones de trabajo de este sector y de combatir la informalidad, que muestra niveles elevados.
- Destaca la generación de información sobre los establecimientos de larga estadía, insumo fundamental para la toma de decisiones hacia la mejora del cuidado brindado bajo esta modalidad, contribuyendo a la protección de derechos de las personas mayores residentes.

7. Consideraciones finales

Promover, proteger y asegurar el reconocimiento y el pleno goce y ejercicio, en condiciones de igualdad, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales de las personas mayores a fin de contribuir a su plena inclusión, integración y participación en la sociedad es un compromiso del Estado uruguayo, al cual esperamos contribuir con la creación del Sistema de Información sobre Vejez y Envejecimiento y en particular con el presente informe. La información sistemática y oportuna, permite desmitificar y visibilizar la realidad de las personas mayores en el país, dando cuenta de su heterogeneidad y complejidad respecto a las distintas dimensiones que componen el bienestar, constituyéndose en un insumo clave para orientar la toma de decisiones y promover políticas relativas al envejecimiento con un enfoque de derechos humanos.

El presente documento sistematiza la información disponible respecto a las personas mayores en Uruguay en los ejes consensuados como los centrales para su bienestar, y desde la mirada del organismo rector en las políticas de envejecimiento. Desde esta mirada, se buscó colocar el énfasis en los aspectos conceptuales y normativos en la presentación e interpretación de los datos, señalando asimismo los vacíos de información y las dimensiones en que las políticas deberán orientar sus acciones. En este sentido, la producción de información es un aspecto relevante para el avance de la agenda en políticas públicas dirigidas a las personas mayores, para producir conocimiento sobre su situación, para trabajar nuevas capacidades en el abordaje de los temas de vejez y envejecimiento y apoyar el intercambio de información y las experiencias entre los distintos organismos de la administración pública.

El panorama sociodemográfico presentado en el documento reafirma la importancia que adquiere la estructura de edades envejecida y en proceso de continuar su envejecimiento sobre el accionar del Estado y los escenarios para la orientación de su política pública. La feminización del envejecimiento es sin dudas otro aspecto a destacar, que se profundiza en la población más envejecida. La perspectiva de género en las políticas relativas al envejecimiento es ineludible si se pretende un abordaje que se adecue a las diferentes realidades y necesidades de varones y mujeres en la vejez. Ejemplo de ello es la significativa mayor frecuencia de la viudez en las mujeres mayores, lo cual repercute de forma diferencial en los cuidados recibidos y en las redes vinculares a las que acceden las personas mayores. Esto implica que es mucho más probable para los varones ser cuidados por sus cónyuges en la vejez que para las mujeres.

En el plano educativo, el panorama uruguayo se caracteriza por un crecimiento sostenido en las últimas décadas del nivel educativo de la población, lo que se traduce en que los sectores más viejos son los que poseen, en promedio, los menores niveles de instrucción. Actualmente, seis de cada diez personas mayores no cuenta con educación primaria como máximo nivel educativo alcanzado. Promover la inclusión efectiva de las personas mayores y garantizar su derecho a la educación requiere considerar esta coyuntura.

En relación a la seguridad económica, es ya conocido el alto nivel de cobertura de la seguridad social en la etapa de retiro, lo cual constituye un diferencial de Uruguay en relación a otros países de la región. Asimismo, las reformas implementadas recientemente en materia de flexibilización de las condiciones de acceso a las jubilaciones y el consiguiente incremento en el número de jubilaciones otorgadas es sin dudas un avance sustantivo en materia de garantía de derechos económicos. El incremento progresivo y sustantivo en los montos reales de jubilaciones y pensiones experimentado en los últimos años, constituyen también un aspecto a subrayar en relación a la seguridad económica de las personas mayores. Finalmente, es particularmente destacable el reconocimiento al trabajo de cuidados realizado por las mujeres y sus correspondientes interrupciones en las trayectorias laborales, a través del cómputo ficto de un año de trabajo por hijo para el acceso a las jubilaciones.

En relación a la participación laboral, si bien la proporción de personas mayores que continúan trabajando es baja (aún más en relación a los países de la región), la proporción de quienes lo hacen en condiciones de informalidad es alta (61.7%). Las personas mayores del quintil de menores ingresos son las que participan activamente en mayor medida del mercado de trabajo.

En general, se constata que a menor edad de las personas son mayores las probabilidades de encontrarse en situaciones de pobreza. Sin embargo, el panorama presenta algunos matices de relevancia según se consideren mediciones directas o indirectas del fenómeno de la pobreza. Mientras que según el método de ingresos la incidencia de la pobreza entre las personas mayores es casi cinco veces menor al promedio de la población total (2% frente a 9.7%), según el método de las NBI, la incidencia de la pobreza entre las personas mayores es solo un tercio menor que el promedio nacional (23.2% frente a 33.8%).

Por otra parte, si bien la cifra de pobreza para las personas mayores se ubica por debajo del promedio nacional, es probable que muchas personas mayores que pertenezcan a un hogar cuyos ingresos promedio superan la línea de pobreza no se beneficien de forma adecuada de los mismos. Resulta importante contar con información que cuantifique el aporte familiar como fuente de seguridad económica de las personas mayores y también el aporte de las propias personas mayores como proveedoras de ayuda al interior de los hogares.

Respecto a la salud, las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de

muerte y de limitaciones en la población uruguaya, siendo las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias las causales más frecuentes. Por ello, se debe prestar suma atención a los factores de riesgo tanto conductuales como biológicos de dichas enfermedades.

La realización de las Encuestas sobre Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles en 2006 y 2013 ha demostrado ser adecuada para realizar una vigilancia epidemiológica sobre estas enfermedades. Sus resultados indican que seis de cada diez personas padecen sobrepeso u obesidad, sumado a la hipertensión arterial que afecta a cuatro de cada diez. En relación a los factores de riesgo conductuales se obtuvo que seis de cada diez uruguayos son sedentarios, relación que asciende a siete de cada diez en el caso de personas en el tramo de 50 a 64 años.

La atención de la salud de las personas mayores ha mostrado avances hacia la equidad e integralidad a partir de la Reforma del Sistema de Salud. Se ha propiciado una progresiva incorporación de pasivos al SNIS a través del FONASA, comenzando por aquellos con menores ingresos y con más años. Nuevas necesidades van surgiendo en materia de información sanitaria. A modo de ejemplo se requiere poder cuantificar el deterioro cognitivo y específicamente la demencia, dada la prevalencia que revisten los trastornos cognitivos en la vejez. Sumado a ello, la inclusión de preguntas sobre autopercepción de la salud de las personas mayores puede suministrar información sobre el estado de salud de las personas y sobre los múltiples factores que se asocian a ella, que resultarían sumamente útil para el diseño de políticas.

La información presentada sobre entornos físicos y sociales, en lo que refiere a la vivienda, constituye una importante alerta dada la alta proporción de personas mayores (37.1%) que viven en viviendas cuyo estado de conservación es malo o muy malo, lo que puede poner en riesgo su salud y bienestar. Se carece de información referida a las condiciones de accesibilidad de las viviendas así como al uso y satisfacción del espacio urbano por parte de las personas mayores. Es necesario impulsar investigaciones en esas áreas en apoyo al diseño de políticas públicas. Se reconoce como un avance la realización del Censo de Entornos Urbanísticos en el marco de los censos de 2011 realizados por el INE, que ofrece información sobre las condiciones de infraestructura de las zonas urbanas del país incluyendo indicadores de accesibilidad, los cuales deberán ser explotados a futuro.

Al analizar la existencia de redes de apoyo de las personas mayores, se destaca el protagonismo de las familias en las mismas, lo que si bien constituye un aspecto positivo, puede traer consigo riesgos de sobrecarga si se constituyen en la única forma de vínculo. La Encuesta de Detección de Población Adulta Mayor Dependiente (MIDES-NIEVE, 2012) ha sido una valiosa herramienta para conocer las redes de apoyo de las personas mayores. Se requiere continuar ampliando estos instrumentos para monitorear y profundizar en las características y significados de estas redes. Sumado a ello, es importante contar con encuestas sobre la imagen social de la vejez dado que la misma constituye un factor significativo para definir la calidad de los entornos sociales de las personas mayores.

En relación a la participación, es posible señalar que el nivel de participación de las personas mayores en organizaciones sociales es destacable (15.7% respondió haber participado actividades de estas organizaciones en los últimos 6 meses). Igualmente, es necesario ahondar en la conceptualización y medición de la participación de las personas mayores para conocer con mayor profundidad sus características y orientar acciones más efectivas hacia su ampliación.

Otro avance muy positivo, aunque incipiente, se ha obtenido a partir de los registros del Servicio de Atención a Personas Mayores víctimas de Violencia Intrafamiliar de Inmayores, que permiten construir un perfil de personas que consultan sobre abuso y maltrato y las características del mismo. Se debe continuar trabajando en la generación de información referida al fenómeno a nivel nacional para orientar la toma de decisiones en materia de prevención y abordaje.

Las familias asumen un rol protagónico en la provisión de cuidados a las personas mayores en situación de dependencia. En Uruguay un 11.5% de las personas mayores de 64 años se encuentran en situación de dependencia, de las cuales un 3.2% (15 mil personas aproximadamente) se encuentran en situación de dependencia severa.

Constituye una señal de alerta el hecho de que un 36% de las personas mayores que requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria no la reciba, siendo esta ayuda de fundamental importancia para la supervivencia. Es esencial profesionalizar los cuidados de la población adulta mayor dependiente así como involucrar otros actores además de las familias en el mismo. En este sentido, la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados en Uruguay representa un paso sustantivo en el reconocimiento del cuidado como un derecho y un avance hacia la redistribución del trabajo de cuidados.

Respecto a la producción de información, es imperioso continuar con los esfuerzos para captar las características y dimensiones de la población adulta mayor dependiente, y mejorar los instrumentos de medición del tiempo en la provisión de cuidados no remunerados, que parecen no estar captando en su magnitud los cuidados provistos por las personas mayores, que representan una significativa contribución al bienestar social.

Para comprender los distintos modos en que las trayectorias de vida impactan en las condiciones en que las personas experimentan la vejez, es clave atender a la dimensión de género. Los procesos de envejecimiento presentan notorias diferencias entre varones y mujeres. Los eventos individuales, sociales y colectivos se determinan fuertemente en las relaciones de género.

En un contexto de envejecimiento avanzado en que se encuentra nuestro país, es necesario completar los vacíos de información y contar con datos que permitan abordar las dimensiones centrales de la población adulta mayor y el ejercicio de sus derechos. Los instrumentos tradicionales que se aplican de manera continua permiten captar algunas

dimensiones claves, fundamentalmente los aspectos sociodemográficos y de seguridad económica, pero se hace necesario sumar esfuerzos que permitan acordar una agenda de producción de conocimiento continuo relativo a otras dimensiones sobre la calidad de vida de las personas mayores, donde Uruguay se encuentra rezagado respecto a países de la región.

La instalación del SIVE representa un paso en esta dirección, como instrumento que además de acercar la información disponible a los tomadores de decisión, sociedad civil y ciudadanía en general, produzca, promueva y oriente la generación de conocimiento sobre las personas mayores, un desafío que resulta impostergable para el diseño de políticas públicas oportunas, que respondan a la realidad demográfica del país en clave de derechos.

8. Bibliografía

Adams, Yuli, (2012), *Maltrato en el adulto mayor institucionalizado: realidad e invisibilidad*. Revista de Medicina Clínica Condes.

Aguirre, Rosario, (2008), *El futuro del cuidado En: Futuro de las familias y desafíos para las políticas*. Arriagada, Irma (editora). CEPAL, SIDA, UNIFEM, UNFPA. Santiago de Chile.

Aguirre, Rosario, (2012), *Personas ocupadas en el sector cuidados. Sistema Nacional de Cuidados*, Universidad de la República, Montevideo.

Aguirre, Rosario, Batthyány, Karina, Genta, Natalia y Perrotta, Valentina, (2014), *Los cuidados en la agenda de investigación y en las políticas públicas en Uruguay*. Íconos. Revista de Ciencias Sociales. Num. 50, Quito.

Aguirre, Rosario, Scuro, Lucía, (2010), *Panorama del sistema previsional y género en Uruguay. Avances y desafíos*. Serie Mujer y Desarrollo N° 100, CEPAL, Santiago de Chile.

Alonso Pérez, Fernando, (1999), La accesibilidad en la vivienda como valor social: Costes y beneficios de la eliminación de barreras. En Verdugo Alonso, M. A. Hacia una nueva concepción de la discapacidad: actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad. Salamanca: Amarú.

Batthyány, Karina, (2015), *Los tiempos del cuidado en Uruguay*. En Batthyány, Karina (Ed.) *Los tiempos del bienestar social*. Editora Karina Batthyány, Género, trabajo no remunerado y cuidados en Uruguay, Instituto Nacional de las Mujeres-Facultad de Ciencias Sociales-UDELAR, Montevideo.

Batthyány, Karina, Genta, Natalia y Perrotta, Valentina, (2013), *El cuidado de calidad desde el saber experto y su impacto de género. Análisis comparativo sobre cuidado infantil y de adultos y adultas mayores en el Uruguay*. N°123, CEPAL, Santiago de Chile.

Batthyány, Karina; Genta, Natalia y Perrotta, Valentina (2012), *La población uruguaya y el cuidado: persistencias de un mandato de género*. Santiago de Chile: CEPAL.

Berriel, Fernando; Pérez, Robert; Rodríguez, Soledad (2011), *Vejez y envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción*, Montevideo, MIDES – INMAYORES.

Berriel, F. y Pérez, R, (2002), *Adultos Mayores Montevideanos: Imagen del cuerpo y red social*. Revista Universitaria de Psicología. 2da. Época, N° 1, pp: 25- 42.

Berriel, Fernando; Pérez, Robert; Rodríguez, Soledad, (2011), *Vejez y envejecimiento en Uruguay. Fundamentos diagnósticos para la acción*”, Montevideo, MIDES – INMAYORES.

Cabella, Wanda, et al, (2015), *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay: Las transformaciones de los hogares uruguayos vistas a través de los censos de 1996 y 2011*, INE, MIDES, IECON, UNFPA, Programa de Población.

Calvo, Juan José, et al , (2013), *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad en Uruguay: Las Necesidades Básicas Insatisfechas* , INE, MIDES, IECON, UNFPA, Programa de Población.

Casacuberta, Carlos, (2006), *Situación de la vivienda en Uruguay: Informe de divulgación*. INE, UNFPA.

CELADE (2006), *Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez*, Colección, CEPAL.

CELADE (2008), *Directrices para la elaboración de módulos sobre envejecimiento en las encuestas de hogares*, División de Población de la CEPAL.

CEPAL (2004 a), *Entender la pobreza desde la perspectiva de género*. Unidad Mujer y Desarrollo N° 52, CEPAL, UNIFEM, Santiago de Chile.

CEPAL (2012), *Carta de San José sobre los derechos de las personas mayores de América Latina y el Caribe*. Tercera Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el Caribe. San José de Costa Rica, 8 al 11 de mayo de 2012.

Christophe, M.; Camarano, A. (2010), *Dos asilos as instituições de longa permanência: uma história de mitos e preconceitos*. In: CAMARANO, A. A (Org.). *Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?* Rio de Janeiro: IPEA, p. 146-162.

Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular (2014), *Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Uruguay 2012*, Área de Epidemiología y Estadística.

Del Pópulo, Fabiana, (2001), *Características sociodemográficas y socioeconómicas de las personas de edad en América Latina*, serie Población y desarrollo, N° 19, Comisión Económica para América Latina y el Caribe(CEPAL).

Fassio, Adriana, (2012), *Participación en la formulación de políticas públicas: El caso del Consejo Federal de los Mayores*.

Feres, Juan Carlos; Mancero Xavier, (2001), *Enfoques para la medición de la pobreza: breve revisión de la literatura*, CEPAL, ECLAC.

Guidotti, Carolina, (2010), *Envejecimiento y transferencias domésticas en Montevideo*, FCS.

Guzmán, José Miguel (2002), *Envejecimiento y desarrollo en América Latina y el Caribe*, CELADE, CEPAL.

Guzmán, José Miguel, Huenchuan, Sandra y Montes de Oca, Verónica, (2003), *Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual*. CEPAL, Notas de población, año XXIX, n° 77, Santiago de Chile.

Huenchuan, Sandra (ed.), (2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Libros de la CEPAL, N° 100, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Huenchuan, Sandra (2010), *Envejecimiento y Género: Acercamiento a la Situación de las Mujeres Mayores en América Latina y a las Recomendaciones Internacionales en el Tema*. Conferencia presentada en Coloquio de expertos: Envejecimiento, género y políticas públicas. Montevideo, Núcleo Interdisciplinario sobre la Vejez y el Envejecimiento. Universidad de la República- UNFPA.

Huenchuan, Sandra (2011), *Los derechos de las personas adultas mayores: materiales de estudio y divulgación*, CEPAL, ASDI, UNFPA.

Huenchuan, Sandra, (2013), *Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe: La hora de avanzar hacia la igualdad*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Huenchuan, Sandra (ed.), (2009), *Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas*, Libros de la CEPAL, N° 100, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Huenchuan, Sandra y José Miguel Guzmán, (2007), *Seguridad económica y pobreza en la vejez: tensiones, expresiones y desafíos para el diseño de política*, *Notas de población*, N° 83 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Iborra, Isabel, (2008), *Maltrato de personas mayores en la familia de España*, Centro Reina Sofía.

Instituto Nacional de Estadística (2014), *Estimaciones y proyecciones de la población de Uruguay: metodología y resultados*, Revisión (2013).

INMAYORES (2012), *Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez 2013-2015*, Consejo Consultivo del Instituto Nacional del Adulto Mayor, Ministerio de Desarrollo Social.

INMAYORES, DINEM, (2014), Observatorio Social, *Revisión de Indicadores de Vejez y Envejecimiento*.

MIDES, Inmayores, (2013), *Nuevas políticas de Envejecimiento y Vejez*.

Jacobzone, S. (1999), *Ageing and Care for Frail Elderly Persons: An Overview of International Perspectives*, OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers, No. 38, OECD Publishing.

José Enrique Fernández, (2013), *Asistencia Técnica para el área temática de salud del Programa Eurosocial II*, Sistema de Vigilancia de la Equidad en Salud.

José Latorre, Juan Montañés, (1997) *Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo*. Universidad de Castilla-La Mancha.

Kabeer, Naila, (1997), *Nuevas contribuciones al análisis de la pobreza: desafíos metodológicos y conceptuales para entender la pobreza desde una perspectiva de género*. Serie Mujer y Desarrollo, CEPAL.

Lloyd-Sherlock, (2010), *Institutional care for older people in developing countries: repressing rights or promoting autonomy? The case of Argentina*. The Journal of Population Ageing.

Marco Navarro, Flavia. y Rico, María Nieves, (2013), *Cuidado y políticas públicas: debates y estado de situación a nivel regional*, en Pautassi, L. y Ziebecchi, C. "Las fronteras del cuidado. Agenda, derechos e infraestructura". Buenos Aires, Editorial Biblos.

Martínez Franzoni, Juliana, (2007), *¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central*, CLACSO, Buenos Aires.

Medina, M.E., Carbonel, C, (2006) *Las personas mayores y el voluntariado*. IMSERSO.Observatorio de Personas Mayores.

Menéndez J, Guevara A, Arcia N, León Díaz EM, Marín C, Alfonso JC, (2005), *Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe*. Rev Panam Salud Pública.

Miller, T. y Saad, P. (2009) “*Cuentas Nacionales por edad: una mirada a la economía generacional*”, presentado en: “Transferencias intergeneracionales, envejecimiento de la población y protección social, Montevideo, mayo 2009.

Ministerio de Salud Pública, (2006), *1ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Transmisibles*. DIGESA, División Epidemiología.

Naciones Unidas (2002), *Declaración Política y Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento* Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002.

Naciones Unidas (2002), *Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*, Madrid, España, 8 a 12 de abril de 2002.

Naciones Unidas, (2007), *Informe sobre desarrollo social en el mundo*.

Núñez Santiago, (2013), *Cuidados en personas con limitaciones: análisis descriptivo de los datos del Censo 2011*. DNPS, MIDES.

Núñez, Inés, Comentarios de Seguridad Social n°24, (2009), *Los entornos físicos de la vivienda con relación a las personas adultas mayores en Uruguay*, Asesoría General en Seguridad Social.

Observatorio de la accesibilidad de la vivienda en España 2013, (2013), Fundación ONCE.

OPS, (2001), *La Salud en las Américas*.

Palloni, De Vos y Peláez, 2002, *Aging in Latin America and the Caribbean*, Working Paper, No. 99-02, Madison, Wisconsin.

Paredes, M., Ciarniello, M. y Brunet, M. (2010) *Indicadores sociodemográficos de envejecimiento y vejez en Uruguay: una perspectiva comparada en el contexto de Latinoamérica*. Montevideo, Lucida.

Paredes, Mariana y Pérez, Robert, (2014), *Personas mayores en Uruguay: configuraciones familiares, participación social y detección de dependencia*. En Inmayores (2014) *Las personas mayores ante el cuidado*. Aportes de Inmayores para la construcción de un Sistema Nacional de Cuidados, Montevideo.

Pellegrino, Adela et. al. (2008), *De una transición a otra: la dinámica demográfica del Uruguay en el siglo XX*, en Benjamín Nahum (editor), *El Uruguay del siglo XX. La sociedad*, Montevideo.

Pérez, L. (2006) “*Actividades, actitudes y valores*”. En: *Las personas mayores en España*. Informe 2006.IM-SERSO.

Programa Nacional del Adulto Mayor (2005), Ministerio de Salud Pública, DIGESA, División Salud de Población, Uruguay, 2005.

Puga, Dolores, (2001), *El comportamiento residencial de los mayores: análisis biográfico de la movilidad en la vejez*. Centro de Investigaciones Sociológicas (España).

Rodríguez, F. y Rossel, C, (2010), *Panorama de la vejez en Uruguay*. Montevideo, Uruguay: UNFPA / IPES.

Sistema de Información de Género (2013) *Estadísticas de Género 2012*, Instituto Nacional de las Mujeres, MIDES, Montevideo.

Sistema de Información de Género (2014) *Estadísticas de Género 2013*, Instituto Nacional de las Mujeres, MIDES, Montevideo.

Sistema Integral de Indicadores sobre Envejecimiento (SISE) (2010). Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL.

Taurino Guedes, Dimitri, et al (2015), *La brecha de género en violencia doméstica en adultos mayores en América Latina: el Estudio IMIAS*, Rev Panam Salud Publica. 2015; 37(4/5):293–300.

Teppichin, A. (2009) *Vulnerabilidades acumuladas. Género y pobreza en la vejez*. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.

Thevenet, Nicolás (2013): *Cuidados en personas adultas mayores. Análisis descriptivo de los datos del Censo 2011*, Dirección Nacional de Políticas Sociales, Ministerio de Desarrollo Social.

Uruguay Social (2014), Consejo Nacional de Políticas Sociales, *De la Equidad a la Igualdad: las PPSS del Gobierno Nacional 2010-2014*.

Vega, J.L. (2002), *Niveles de actividad y participación social de las personas mayores de 60 años*. Revista Interuniversitaria de Formación del profesorado, nº 45. 2002.

Villa, Miguel y L. Rivadeneira, (2000), *El proceso de envejecimiento de la población en América Latina y el Caribe: una expresión de la transición demográfica*, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Viveros Madariaga Alberto, (2001), *Envejecimiento y vejez en América Latina y el Caribe: políticas públicas y las acciones de la sociedad*, CELADE, División de Población de la CEPAL.

Glosario de siglas

Organismos públicos

ASSE	Administración de los Servicios de Salud del Estado
BPS	Banco de Previsión Social
DEVISA	Departamento de Vigilancia en Salud
DINEM	Dirección Nacional de Evaluación y Monitoreo
INE	Instituto Nacional de Estadística
INMAYORES	Instituto Nacional del Adulto Mayor
MIDES	Ministerio de Desarrollo Social
MSP	Ministerio de Salud Pública
MTD	Ministerio de Turismo y Deporte
NIEVE	Núcleo Interdisciplinario de Estudios sobre Vejez y Envejecimiento
UDELAR	Universidad de la República

Planes, programas y servicios públicos

AFAM PE	Asignaciones Familiares Plan de Equidad
FONASA	Fondo Nacional de Salud
IAMC	Institución de Asistencia Médica Colectiva
PNEV	Plan Nacional de Envejecimiento y Vejez
SIG	Sistema de Información de Género
SIVE	Sistema de Información sobre Envejecimiento y Vejez
SNIC	Sistema Nacional Integrado de Cuidados
SNIS	Sistema Nacional Integrado de Salud
TUS	Tarjeta Uruguay Social

Organismos internacionales

BID	Banco Interamericano de Desarrollo
CELADE	Centro Latinoamericano de Desarrollo
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
FLACSO	Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales
IMSERSO	Instituto de Mayores y Servicios Sociales
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OEA	Organización de los Estados Americanos
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud

Siglónimos

ABVD	Actividades Básicas de la Vida Diaria
AIVD	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria
BPC	Base de prestaciones y contribuciones
ECH	Encuesta Continua de hogares
ECNT	Enfermedades Crónicas No Trasmisibles
ELPS	Encuesta Longitudinal de Protección Social
EVBGG	Encuesta Violencia Basada en Género y Generaciones
HIV	Virus de la Inmunodeficiencia Humana
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
PENPVBGG	Primer Encuesta Nacional de Prevalencia sobre Violencia Basada en Género y Generaciones
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida





Ministerio de Desarrollo Social

Avda. 18 de julio 1453
CP. 11200 Montevideo, Uruguay
Tel.: (598) 2400 03 02 interno 1615
Fax.: (598) 2400 03 02
sive.mides.gub.uy
www.mides.gub.uy



Fondo de Población
de las Naciones Unidas