

Documento conceptual: personas adultas mayores y dependencia. Dimensionamiento de necesidades en materia de cuidados y alternativas de incorporación de servicios y población.

Jorge Papadóulos

Leonardo Falkin

I. LA POLITICA DE CUIDADOS Y LA RELEVANCIA DEL TEMA EN LA AGENDA POLITICA DEL URUGUAY

I.1 ANTECEDENTES

I.2 LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR COMO FOCO DE POLITICA DE CUIDADOS: RESEÑA CONCEPTUAL

II. ESTADO DE SITUACIÓN

II.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

II.1.i EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA

II.1.ii EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA EN URUGUAY

II.1.iii POBLACIÓN Y RELACIONES DE DEPENDENCIA

II.1.iv CARACTERIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES Y UNA APROXIMACIÓN A LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

II.1.iv a) ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES SEGÚN GRUPO ETARIO Y SEXO

II.1.iv b) ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES SEGÚN GRUPO ETARIO Y NIVELES DE INGRESOS

II.1.iv c) ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES SEGÚN COMPOSICIÓN DE LOS HOGARES

II.1.iv d) ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES QUE VIVEN SOLOS SEGÚN GRUPO ETARIO, SEXO Y NIVELES DE INGRESOS

II.1.iv e) TIPOS DE DISCAPACIDAD.

II.1.v DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

II.1.v a) ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES SEGÚN GRUPO ETARIO Y SEXO

II.1.v b) ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES SEGÚN GRUPO ETARIO Y NIVELES DE INGRESOS

II.1.v c) ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES SEGÚN TIPO DE HOGAR EN EL QUE RESIDEN

II.1.v d) ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES QUE VIVEN SOLOS

II.1.v e) ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES QUE VIVEN EN HOGARES BIPARENTALES SIN HIJOS

II.2 SERVICIOS EXISTENTES, FINANCIAMIENTO Y COSTOS

II.2 .i EL PAPEL DE LA FAMILIA Y EL MERCADO Y EL ESTADO EN LA COBERTURA DE CUIDADOS DE LOS ADULTOS MAYORES

II.2 .i .a) LA FAMILIA

II.2 .i .b) EL MERCADO

II.2 .i .c) LOS PROGRAMAS DEL SECTOR PUBLICO

II.2 .ii FINANCIAMIENTO Y GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES

III. POLITICAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA OECD

III.1 LOS MODELOS DE REGULACIÓN

III.2 LOS MODELOS DE SERVICIO

III.1.i HOGARES – RESIDENCIA

III.1.ii ESTRUCTURAS DE ALOJAMIENTO COLECTIVO

III.1.iii CENTROS DE ASISTENCIA MÉDICA Y PARA ESTANCIAS PROLONGADAS

III.1.ii ESTRUCTURAS DE ALOJAMIENTO COLECTIVO

III.1.iii CENTROS DE ASISTENCIA MÉDICA Y PARA ESTANCIAS PROLONGADAS

III.1.iv POLITICAS DE MANTENIMIENTO A DOMICILIO

III.3. MODELOS DE FINANCIAMIENTO

IV. ESCENARIOS Y PROPUESTAS A DISCUTIR: ELEMENTOS DE UN MODELO DE CUIDADOS PARA EL ADULTO MAYOR

IV.1. REGULACIÓN DE PRESTACIONES

IV.2. HACIA LA CREACION DE UN SISTEMA DE CUIDADOS PARA EL ADULTO MAYOR

IV.3 LAS ETAPAS DE CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA

BIBLIOGRAFIA

I. LA POLITICA DE CUIDADOS Y LA RELEVANCIA DEL TEMA EN LA AGENDA POLITICA DEL URUGUAY

I.1 ANTECEDENTES

El gobierno Uruguayo ha reconocido la importancia de adoptar una **política de cuidados como un elemento central de la arquitectura del bienestar en el país**. Como fundamento de la necesidad de un Sistema Nacional Integrado de Cuidados se destacan de tres elementos: 1) El reconocimiento de derechos sociales por parte del Estado y la determinación de corresponsabilidades en relación al cuidado de personas dependientes; 2) La consideración de la dinámica demográfica del país (envejecimiento, baja natalidad en sectores medios y altos, y alta natalidad en sectores en situación de vulnerabilidad socioeconómica); 3) El progresivo aumento de las tasas de actividad femenina, la importancia de la primera etapa de la vida en el desarrollo posterior de capacidades de las personas, y los problemas de calidad que presenta la provisión de cuidados por parte del mercado”.

Se han definido tres grandes **poblaciones objetivo** a las que el sistema de cuidados estará dirigido:

- Los niños y las niñas de 0 a 12 años de edad
- Las personas con discapacidad dependientes
- Los adultos mayores dependientes.

Para desarrollar esta política se han propuesto los siguientes **principios orientadores**:

1. Una política basada en la perspectiva de derechos:
 - a) El Sistema de Cuidados apuntará a construirse como política universal focalizando sus acciones iniciales en los colectivos de mayor vulnerabilidad social.
 - b) El diseño incluirá compromisos de mediano y largo plazo en la incorporación de colectivos hasta la universalización.
 - c) El Estado asume la responsabilidad de garantizar el goce efectivo de los derechos de las personas.
 - d) El diseño de la política incorporará las perspectivas de género, generaciones y étnico-racial.
2. El Sistema de Cuidados conjugará la creación de servicios con la posibilidad de transferencias monetarias. Si bien ambas estrategias deben estar presentes en el diseño, principalmente en primera infancia, se considera fundamental fomentar la oferta de servicios. Esto se debe al impacto potencial que el Sistema pueda tener en términos de género y de la

calidad del servicio prestado. La provisión de servicios por parte del sector público o el subsidio a la provisión privada determina en gran medida la capacidad de control y protección por parte del Estado del servicio y los trabajadores del sector.

3. Promoverá el cambio en la actual división sexual del trabajo, la cual tiene como base la imagen de los hombres como proveedores económicos priorizando su inserción laboral y la figura de las mujeres priorizando las actividades de cuidados y la reproducción biológica y social de las personas del hogar. En este sentido el Sistema de Cuidados deberá integrar como criterio orientador el concepto de corresponsabilidad.

4. La descentralización territorial será una línea fundamental en este Sistema, buscando generar “servicios de cercanía” lo suficientemente flexibles como para tener en cuenta las necesidades específicas de cada comunidad en el servicio otorgado. La participación de la comunidad en este marco se torna esencial.

5. Fortalecerá y profesionalizará la tarea de cuidado a través de la capacitación de los cuidadores tanto familiares como formales.

En este marco el Grupo de Trabajo sobre Sistema Nacional de Cuidados del Consejo Nacional de Políticas Sociales creado por el Gobierno define los cuidados como “una función social que implica tanto la promoción de la autonomía personal como la atención y asistencia a las personas dependientes. Esta dependencia puede ser transitoria, permanente o crónica, o asociada al ciclo de vida de las personas. Son acciones que la sociedad lleva a cabo para garantizar la supervivencia social y orgánica de quienes han perdido o carecen de autonomía personal y necesitan la ayuda de otros para realizar los actos esenciales de la vida diaria. El cuidado es un componente central en el mantenimiento y desarrollo del tejido social, tanto para la formación de capacidades como para su reproducción”.

1.2 LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR COMO FOCO DE POLITICA DE CUIDADOS: RESEÑA CONCEPTUAL

Se entiende que el envejecimiento de la población, la creciente participación de la mujer en el mercado de trabajo así como su transformación y los cambios en las estructuras familiares limitan las posibilidades de la familia como proveedora de cuidados. Por este motivo habría que avanzar hacia un modelo de cuidados con un mayor involucramiento de proveedores extra familiares y/o la formalización de la mano de obra familiar -principalmente femenina- como forma de reconocer derechos y potenciar la autonomía de los proyectos de vida de las mujeres que ven limitadas sus posibilidades laborales y de formación en la medida que deban velar más allá de sus posibilidades por los cuidados de los mayores de la familia.

Las transformaciones del mercado de trabajo y del envejecimiento poblacional tendrán, además, según Aguirre (2009) y Batthyany (2009), una doble implicancia: por un lado son las mujeres las que van a requerir proporcionalmente mayores cuidados en la vejez, pero por otro lado también son las mujeres quienes más siguen ocupándose de las tareas de cuidado, ya sea de niños, personas viejas no auto válidas, o de personas dependientes en general. (Aguirre, R. 2009; Batthyany, K. 2009).

Para la determinación de la población adulta mayor con necesidad de cuidados, desde la perspectiva del gobierno, se recurre a la noción de dependencia, y esta es entendida a su vez como algo que se intersecta con la discapacidad pero que es diferente.

Así el gobierno en sus documentos asume como propio el **concepto de dependencia** español que es el mismo aprobado por el Comité de Ministros del Consejo de Europa: *“la dependencia es “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana” (...) “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado particular”.*

Como bien dice el llamado “Libro Blanco de la Dependencia” (IMSERSO 2005), hay tres condiciones concurrentes que permiten hablar de la configuración de una situación de dependencia: La primera, la existencia de una limitación física o psíquica; la segunda la incapacidad de la persona de realizar por si mismo las actividades de la vida cotidiana y, la tercera, la necesidad de asistencia o cuidados por parte de un tercero.

Según la OMS y la definición del Subgrupo de Trabajo de Sobre Adultos Mayores (Ver Documento Conceptual: Personas Adultas Mayores y Dependencia) existen distintos componentes vinculados a la dependencia, pudiendo estar asociados a una situación de discapacidad o a problemas de fragilidad y vulnerabilidad. Estos implican dos tipos distintos diferentes de limitaciones asociados a su vez con tipos distintos de cuidados:

- a. dificultades para realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad y a la capacidad de entender y ejecutar órdenes y tareas sencillas, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. Entre ellas se incluyen actividades como: comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc.
- b. dificultades para realización de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria, requieren un mayor nivel de autonomía personal. En esta categoría se incluyen tareas domésticas y aspectos sociales y de relacionamiento, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad (uso del teléfono, cuidado de la casa, salida de compras, preparación de la comida, uso de medios de transporte, uso adecuado del dinero y responsabilidad sobre sus propios medicamentos, etc.).

El libro Blanco de la Dependencia, tal vez el más comprensivo de los recientes estudios sobre el tema (que se nutrió de la sistematización de la experiencia europea). Llega a establecer tres niveles de discapacidad que se relaciona con 13 actividades (relacionadas con el autocuidado, la movilidad básica y las tareas domésticas) que encajan dentro del concepto de “actividades de la vida diaria”. De acuerdo a esta clasificación se establecen tres niveles de “discapacidad”:

- I. Moderada o con dificultad moderada para realizar la actividad
- II. Severa o con dificultad grave para realizar la actividad
- III. Discapacidad total en cuyo caso no se puede realizar la actividad

En el caso del sistema de cuidados de Alemania, se establecen tres grados de dependencia pero en este caso la intensidad de la dependencia se mide en relación a la cantidad de horas que la persona precisa para realizar las actividades de la vida cotidiana:

- I. Grado I, cuando la persona precisa hasta 90 minutos al día de asistencia, la mitad de los cuales para cuidados personales;
- II. Grado II, cuando la persona precisa al menos 3 horas de asistencia,
- III. Grado III, cuando la persona precisa al menos 5 horas diarias de cuidados

En Francia también se ha creado un sistema por grados de dependencia que dan derecho a un “subsidio personalizado de autonomía”. En este sistema se han creado 6 grupos que van del grupo 1 que incluye personas que padecen la pérdida total de la autonomía mental, corporal, locomotriz y social (por precisan la presencia continua y permanente de otra persona para su cuidado) al grupo 6 que comprende personas que no han perdido su autonomía para las actividades de la vida diaria.

Independientemente del sistema adoptado, en todos los casos, siendo los sistemas de atención a la dependencia políticas basadas en la situación individual de las personas, los servicios y transferencias que se otorguen a los beneficiarios deben ser medidos sobre bases objetivas que, por lo menos incluyan una medición de la situación funcional de la persona.

Cuando decimos “por lo menos” queremos decir que si, tal como ha quedado establecido por el Subgrupo de Trabajo sobre Adultos Mayores, “el Sistema de Cuidados apuntará a construirse como política universal focalizando sus acciones iniciales en los colectivos de mayor vulnerabilidad social”, el baremo¹ que mida dependencia funcional deberá ser complementado con aspectos económicos y sociales. Estos aspectos deberían completar la valoración funcional con una valoración que tenga en cuenta al menos dos aspectos:

- a. La capacidad económica de acceso a bienes y servicios de cuidado y,
- b. El grado de fortaleza de las redes sociales y familiares que permitan una adecuada contención y cuidado del adulto mayor dependiente.

Como señala el Documento Conceptual del Grupo de Trabajo de Personas Adultas Mayores citando a Huenchuan (2010) “en la vejez puede aumentar la demanda por servicios de asistencia debido a que las personas mayores experimentan con frecuencia cierto deterioro de sus condiciones económicas y de salud (física y/o mental) y un debilitamiento de las redes sociales por la pérdida de la pareja, amigos y/o parientes”.

Por este motivo, si la transición hacia un Sistema de Cuidados para las personas adultas mayores se pretende gradual, la incorporación de los colectivos no solo debe tomar en cuenta criterios de funcionalidad sino también económico-sociales como los señaladas por el Documento Conceptual.

Adicionalmente, la progresividad deberá tomar en cuenta la fortaleza financiera (disponibilidad de recursos para responder a toda las necesidades de cuidados) y fortaleza institucional (disponibilidad de todos los servicios de cuidados que sean necesarios de acuerdo a las necesidades funcionales y del modelo asistencial deseado).

En efecto, si hay un criterio de construcción de una política de derechos y por tanto de alcance universal, pero se reconoce que no existen todos los recursos financieros, institucionales y materiales para hacerla extensiva a toda la población de forma inmediata, deberá adoptarse un criterio de gradualidad que reconozca la vulnerabilidad e incorpore a las personas en base a

¹ Es decir, el conjunto de normas y criterios establecidos para evaluar la situación.

un baremo que además de reconocer la intensidad de la dependencia reconozca la vulnerabilidad entendida como vulnerabilidad económica y social.

Importa resaltar que no fue este el camino español que cuando aprobó la llamada “Ley de Dependencia”. Si bien, en España, se establecieron etapas para el ingreso paulatino de la población al sistema, esta incorporación fue realizada teniendo en cuenta, exclusivamente, la intensidad de la dependencia funcional. Así se pautó que se incorporaran primero los grandes dependientes (Gran Dependencia), en segundo lugar los dependientes severos y, finalmente, los dependientes moderados tomando en cuenta solo dependencia funcional.

Es importante señalar que en el caso español y en otros países europeos existe desde largo tiempo atrás, como parte de los componentes del estado de bienestar, una amplia gama de servicios instalados que han sido provistos en unos casos por el Estado prioritariamente (como en el caso de los países nórdicos) y, en otros por la comunidad o el mercado (como es en el caso de los países del sur de Europa). En el caso español el mayor desafío no estaba en la construcción de un menú de servicios sino en la recreación del modelo de financiamiento y del de gestión.

Ahora bien, llegar a la universalización de la cobertura de la política de cuidados para el adulto mayor desde una perspectiva que tome en cuenta las capacidades financieras, institucionales y políticas, en efecto requiere de una estrategia de focalización que tenga como horizonte la universalidad. Este proceso gradual de incorporación se deberá producir de la población más a la menos vulnerable, de la inclusión de servicios existentes a los nuevos servicios. Esto deberá procesarse conjuntamente con la construcción paulatina de capacidades institucionales que permitan la creación de servicios que hoy no existen y, por tanto, el desarrollo de competencias de los recursos humanos que se harán cargo de estos nuevos servicios.

Por este motivo es importante considerar en *primer lugar* el aumento progresivo del envejecimiento demográfico como determinante estructural de la necesidad de la política de cuidados para la tercera edad y, en *segundo lugar*, dimensionar la población que será sujeto de este proceso de incorporación paulatina asumiendo criterios de vulnerabilidad. En *tercer lugar* se hace esencial determinar cual sería el impacto de esta política no solo sobre sus potenciales beneficiarios sino también sobre los cuidadores. En la medida que hoy ya sabemos que los cuidados familiares recaen fundamentalmente sobre las mujeres de los hogares también podemos asumir que una política de cuidados podrá impactar favorablemente en el desarrollo autónomo de sus proyectos de vida. En *cuarto lugar*, es necesario considerar como bajo un modelo “familista” de cuidados las mujeres han visto incrementar fuertemente su participación en el mercado de trabajo dando lugar a que parte de los cuidados sean realizados por proveedores mercantiles. En ese sentido importa mostrar “cuanto y como” gastan las distintas familias en la provisión de servicios de cuidados para sus mayores. Asumimos que el acceso a servicios sociales de cuidados vía mercado asigna en forma inequitativa, limitando el acceso a los sectores de más bajos ingresos y eso es lo que relevaremos.

Finalmente, una vez delimitado el conjunto de población objetivo más vulnerable corresponde definir cómo y con qué criterios se incorporará a las prestaciones de cuidados y bajo que modalidades de financiamiento y gestión. A tales efectos se relevarán las experiencias significativas a nivel internacional así como los marcos regulatorios existentes en nuestro país para evaluar su adecuación a la creación de un modelo deseable de sistema de cuidados.

II. ESTADO DE SITUACIÓN

II.1 CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

II.1.1 EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA EN AMÉRICA LATINA

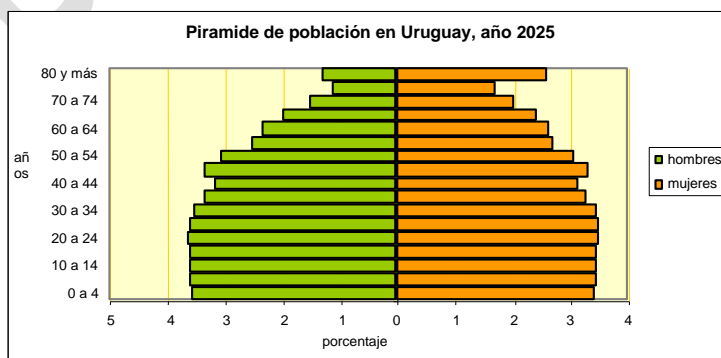
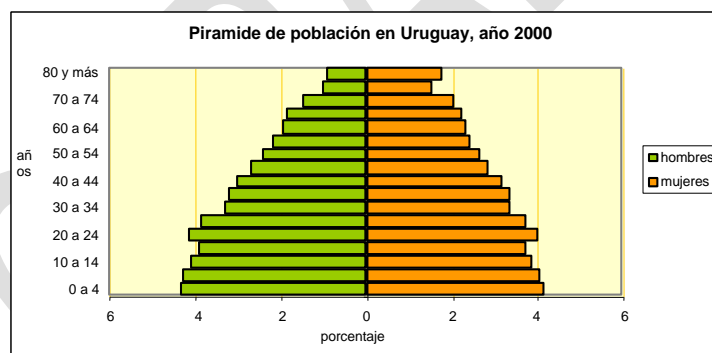
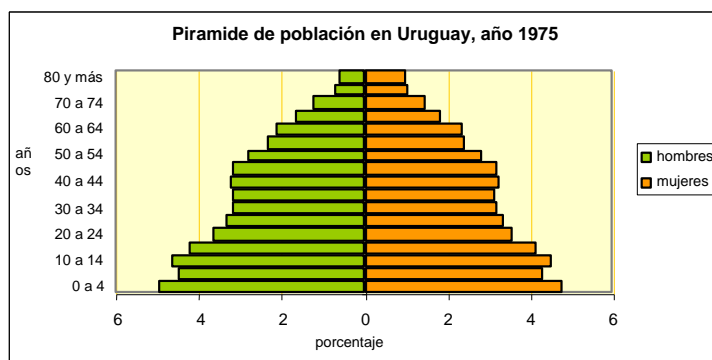
Si se considera la proporción de población de 60 años y más como un indicador de envejecimiento de las sociedades, el siguiente cuadro permite observar como la población uruguaya era en el año 2000 la más envejecida de América latina, duplicando el promedio regional. En el 2050, de acuerdo a las proyecciones del CELADE, otros países tendrían una población más envejecida que la Uruguay, pero de todos modos el Uruguay superaría en casi tres puntos porcentuales la media de la población adulta mayor de la región.

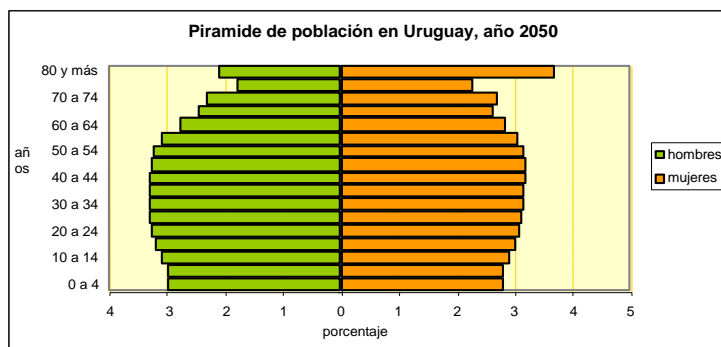
EVOLUCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO EN AMERICA LATINA 1975 – 2050

Países	Total población 60 años				Proporción de la población de 60 años y más			
	1975	2000	2025	2050	1975	2000	2025	2050
América Latina y el Caribe	21.028	42.331	100.672	188.317	6,5%	8,1%	14,5%	24,1%
Argentina	2.971	4.988	7.874	12.766	11,4%	13,5%	17,1%	24,8%
Bolivia	263	538	1.175	2.612	5,5%	6,5%	9,5%	17,5%
Brasil	6.499	14.055	35.147	63.307	6,0%	8,1%	15,4%	25,0%
Chile	813	1.584	3.920	5.920	7,8%	10,3%	20,3%	28,7%
Colombia	1419	2.913	8.039	15.324	5,6%	6,9%	13,9%	23,3%
Costa Rica	141	300	889	1.702	6,9%	7,6%	16,0%	26,5%
Cuba	928	1.505	2.965	3.677	10,0%	13,5%	26,1%	37,7%
Ecuador	421	911	2.293	4.429	6,1%	7,4%	13,6%	23,0%
El Salvador	195	455	968	2.275	4,7%	7,2%	10,7%	21,0%
Guatemala	280	663	1.410	3.440	4,5%	5,9%	7,4%	13,4%
Haití	345	467	821	2.042	7,0%	5,9%	7,6%	15,7%
Honduras	125	335	882	2.258	4,1%	5,2%	8,6%	17,7%
México	3.349	6.938	18.336	38.063	5,6%	6,9%	14,2%	27,4%
Nicaragua	105	230	624	1.762	4,0%	4,6%	8,1%	18,8%
Panamá	112	234	609	1.164	6,5%	7,9%	14,3%	22,9%
Paraguay	191	291	859	1.964	7,2%	5,3%	9,5%	16,2%
Perú	843	1.852	4.481	9.232	5,6%	7,1%	12,4%	21,7%
República Dominicana	234	472	1.256	2.648	4,6%	5,7%	11,2%	20,9%
Uruguay	400	576	776	1.078	14,1%	17,2%	20,2%	26,7%
Venezuela	628	1.650	4.823	9.421	4,9%	6,8%	13,6%	22,4%

II.1.ii EVOLUCIÓN DE LA ESTRUCTURA DEMOGRÁFICA EN URUGUAY

Según las estimaciones y proyecciones de población construidas por Instituto Nacional de Estadísticas (INE) y del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE), la población Uruguaya entre las fechas más próximas a los últimos censos pasó de ser 2.693.421 en 1965 a 3,301,732 en 2004. Según las proyecciones de población elaborada a partir de la evolución prevista de la natalidad, mortalidad y migración para el 2025 la población alcanzaría los 3.5 millones y los 3.75 millones de habitantes en el 2050.





Fuente: Pugliese, Leticia, en Bases para la formulación de un sistema nacional de atención al adulto mayor (Capítulo VI: Aspectos demográficos. Enfoque prospectivo). Citado de CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050. CELADE 2004

La evolución de la estructura de edades de la población durante el período histórico y futuro da cuenta del proceso de envejecimiento de la población. Si se observan las pirámides de población podrá constatar el aumento de la proporción de población representada en los grupos etáreos superiores.

II.1.iii POBLACIÓN Y RELACIONES DE DEPENDENCIA

En lo que hace a la composición por edad, tomando los tres períodos considerados, la evolución que señala el cuadro siguiente muestra que, en los 40 años que van entre 1965 y 2005, mientras la población infantil tiende a descender, la población en edad activa crece un 21% y, según las proyecciones, aumentaría un 10% más en los 45 años que van entre 2005 y 2050. La población activa experimentaría un crecimiento acumulado del orden del 31% en todo el período considerado. Mientras tanto la población mayor de 60 años creció casi un 80% entre 1965 y 2005 y se proyecta que crecerá otro 120% más entre 2005 y 2050. Esto significa un crecimiento total del 305% a lo largo de este período (1965-2050).

En 2005 la población mayor de 60 años representó casi un 30% de la población en edad activa es decir que hay aproximadamente 3 activos por cada persona mayor de 60 años. En todo caso, lo que queda claro de las proyecciones de CELADE es que la tasa de dependencia de los adultos mayores será cercana al 48% en el 2050.

EVOLUCION DE LAS RELACIONES DE DEPENDENCIA EN URUGUAY 1965-2050

AÑOS	0-14 años (1)	14-59 años (2)	60 y + años (3)	Total	Rel. dependencia de adultos mayores (3/2)	Rel. dependencia de niños (1/2)	Rel. dependencia total (1+3)/2
1965	756318	1606699	330404	2693421	20.6 %	47.1 %	67.6 %
2005	790403	1940547	593290	3324240	30.6 %	40.7 %	71.3 %
2050	634673	2107769	1007106	3749548	47.8 %	30.1 %	77.9 %

Evolución (base 100 =1965)

1965	100.0 %	100.0 %	100.0 %
2005	104.5 %	120.8 %	179.6 %
2050	83.9 %	131.2 %	304.8 %

Fuente: Celade Proyecciones de Población. Setiembre 2009

http://www.eclac.cl/celade/proyecciones/basedatos_BD.htm

En resumen, de no haber transformaciones demográficas por cambios en las pautas reproductivas o migratorias, mientras la dependencia en relación a la población joven disminuiría, esta aumentaría fuertemente para la población envejecida, redundando en una tasa de dependencia general que implicará apenas 1.3 personas en edad activa por cada persona en edad inactiva.

El país hace hoy un gran esfuerzo en materia de políticas de transferencia de renta hacia la tercera edad pero consideramos, como trataremos de demostrar más abajo, que debe avanzar más en ofrecer una alternativa a los problemas de la dependencia de esta población.

II.1.iv CARACTERIZACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES Y UNA APROXIMACIÓN A

LAS SITUACIONES DE DEPENDENCIA

Las situaciones de dependencia, como fuera señalado en la primera parte de este trabajo, dan cuenta de un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.

Las fuentes de información actualmente disponibles en Uruguay² no permiten dimensionar directamente los niveles de prevalencia de la dependencia.

² Como fue señalado en la propuesta de trabajo para la realización de la presente consultoría, hoy no sabemos cuál es la prevalencia en los niveles de dependencia. La información disponible solo permite realizar hipótesis o conjeturas y sería necesario diseñar una encuesta que mida específicamente la presencia de situaciones de "dependencia". Para hacer

La dependencia si bien puede estar asociada a situaciones de discapacidad también puede estar ocasionada por situaciones de fragilidad y vulnerabilidad.

Resulta claro que discapacidad no es igual a dependencia. Sin embargo las situaciones de discapacidad pueden ser indicadores proxy que nos permitan predecir algunas situaciones de dependencia.

En este apartado, dadas las limitaciones disponibles en las fuentes de información, buscaremos estimar ciertos rangos de incidencia de la dependencia sobre la población adulta mayor a partir de situaciones de situaciones de discapacidad. Sin embargo solo se considerará como dependencia a aquellas situaciones de discapacidad en las cuales las personas requieren de apoyos o ayuda para desempeñarse en las actividades de la vida cotidiana. Estas son las únicas situaciones que pueden ser identificadas a partir de las encuestas de hogares disponibles.

También es importante acotar, tal cual se verá más abajo, que se tomarán como situaciones de dependencia aquellas que se relacionan con las situaciones de “discapacidad absoluta y permanente” identificadas en la encuesta. No se relevan formas de discapacidad parcial por lo cual la dependencia proveniente de situaciones de discapacidad transitoria o no absoluta no estarán incluidas en las estimaciones.

Por otra parte, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) las situaciones de riesgo o vulnerabilidad de los adultos mayores se concentran en los siguientes grupos:

- Los muy ancianos (80 años y más)
- Los que viven solos en una vivienda;
- Las mujeres ancianas, sobre todo solteras y viudas
- Los que viven en instituciones
- Los que están socialmente aislados (individuos y parejas)
- Los ancianos sin hijos
- Los que tienen limitaciones severas o discapacidades
- Las parejas de ancianos en las que uno de los cónyuges es discapacitado o está muy enfermo
- Los que cuentan con muy escasos recursos económicos

Teniendo en cuenta estas dimensiones asociadas a situaciones de vulnerabilidad de los adultos mayores, el dimensionamiento del tamaño de esta población así como su evolución proyectada en el tiempo, contribuirá a realizar una primera aproximación a las situaciones de dependencia y vulnerabilidad. Para hacer esta evaluación se emplearan dos fuentes:

- el Módulo de Educación, Situación de Salud y Morbilidad del tercer trimestre de 2006 de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA 2006);

estimaciones razonables y adecuadas a futuro debería disponerse de series de tiempo que correlacionen los aumentos de expectativa de vida con niveles de dependencia.

- la Encuesta de Discapacidad de 2004.

ENHA 2006

En 2006 se realizó la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada. Durante el tercer trimestre se aplicó un módulo Educación, Situación de Salud y Morbilidad donde se relevó, para cada miembro de los hogares relevados, la siguiente información sobre discapacidad:

- Limitaciones permanentes para ver, aun usando lentes. De acuerdo a la definición de la encuesta esta limitación: “Refiere en primer lugar a personas que padecen ceguera total en ambos ojos, es decir, que no tienen percepción de luz o de imagen en ninguno de los dos ojos, independientemente de la deficiencia que la ha producido”.
- Limitaciones permanentes para oír aun usando audífonos: “Se refiere a personas que no pueden oír ningún sonido debido a una sordera total y a aquéllas que aún usando audífono no superan su limitación”.
- Limitaciones permanentes para caminar, aun usando bastones, muletas, prótesis: “Se refiere a personas que requieren del uso cotidiano y permanente de silla de ruedas y a las que tienen dificultades permanentes para caminar aún con ayuda externa (muletas, andador, bastones canadienses, férulas, prótesis etc.). Se excluye a cualquier persona con dificultad temporaria a causa de fracturas, aplicación de yesos, que está en postoperatorio o en tratamiento de rehabilitación desde hace menos de un año, etc.”.
- Limitaciones permanentes para utilizar brazos o manos: “Se refiere a personas que no tienen ninguna movilidad en brazos o manos y las que tienen dificultades permanentes para mover y manipular objetos. Se excluye cualquier persona con dificultad temporaria debido a torceduras, fracturas, aplicación de yesos, en tratamiento de rehabilitación desde hace menos de un año, etc.”.
- Limitaciones permanentes para hablar: “Se refiere a personas que tienen imposibilidad total para articular palabras o para generar y emitir mensajes con la voz y a las personas que tienen dificultades o restricciones permanentes para hablar”.
- Limitaciones permanentes que le dificultan relacionarse con los demás: “Se refiere a personas con dificultad para relacionarse de manera convencional con otros. Tienen dificultades para controlar sus emociones e impulsos y las manifestaciones agresivas verbales o físicas en las interacciones con otros. Son personas con alteraciones de las funciones mentales relacionadas con el pensamiento, la memoria, el lenguaje, etc. Ejemplo: personas portadoras de psicosis, autismo, demencias, otras demencias seniles inclusive Alzheimer, etc.”.
- Limitaciones permanentes que le dificultan el aprendizaje: “Se refiere a personas con dificultad (según la edad) para aprender, memorizar, comprender, reproducir y/o ejecutar indicaciones de diferente índole”.

Las preguntas realizadas solo permiten construir variables dicotómicas. Es decir el relevamiento permite saber si las personas encuestadas poseen o no poseen una o más limitaciones. Como las limitaciones son “permanentes y severas, no es posible construir

escalas con indicadores de la intensidad de la discapacidad. En efecto, cuando se pregunta si hay una discapacidad “permanente”, por ejemplo en el caso de la limitación para caminar, esta es considerada permanente y total.

A los efectos de conocer la incidencia de la discapacidad en la población adulta mayor, se adoptó el criterio de clasificar como “con discapacidad” a toda persona de 65 y más años de edad, que presentó al menos una de las anteriores limitaciones, excluyendo la dificultad en el aprendizaje.

Como ya se ha destacado, no es lo mismo discapacidad que dependencia. Mientras la discapacidad (la limitación para alguna de las funciones vitales, como las relevadas por la encuesta) es una condición física o psíquica de la persona, la dependencia constituye una situación de pérdida de autonomía (que demanda ayuda de terceros para las actividades de la vida cotidiana) derivada de la discapacidad pero que puede variar de acuerdo a factores que no son funcionales sino socio-económicos y educativos.

Encuesta de Discapacidad 2004

La Encuesta de Discapacidad 2003-2004, una vez que identifica personas con alguna discapacidad de las señaladas, pregunta además, si requieren ayuda para desempeñarse en las actividades de la vida cotidiana.

Con esta pregunta nos acercamos más directamente al tema de la dependencia³. Por lo tanto, con estas herramientas, sería posible identificar como “dependientes” a aquellas personas que teniendo alguna “limitación” además requieren ayuda.

Habiendo hecho estas consideraciones presentaremos los resultados obtenidos de una y otra fuente

II.1.iv a) ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES SEGÚN GRUPO ETARIO

A partir de la ENHA 2006 la incidencia de discapacidad en la población uruguaya es de 8.4% (de acuerdo a la presencia de al menos una limitación).

Al considerar las franjas etáreas se observa que entre los menores de 65 años, solo el 5,6% presenta al menos una discapacidad. Dicho porcentaje aumenta a 18,3% en las personas de 65 a 74 años. Si se diferencia al interior de este grupo puede verse como la prevalencia de limitaciones alcanza a casi 1/3 de las personas de 75 años y más. Es claro, entonces, que la discapacidad aumenta con la edad y que esta proporcionalmente afecta más a los grupos de edad mayores.

³Pero siempre dentro del grupo de quienes presentan alguna limitación o discapacidad.

**LIMITACIONES PERMANENTES DE LA POBLACION POR TRAMOS DE EDAD
(Porcentajes)**

Grupo etáreo	Sin limitaciones	Con limitaciones	Total
menores de 65	94,4%	5,6%	100,0%
65 años o más	75,2%	24,8%	100,0%
Total	91,6%	8,4%	100,0%
<i>Apertura de mayores de 65años</i>			
65 a 74 años	81,7%	18,3%	100,0%
75 años o más	67,5%	32,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

En el siguiente cuadro se presenta la información expandida según los ponderadores determinados por la ENHA, lo que nos acerca a la cantidad específica de población (de 2006) que padecía alguna discapacidad, en cada uno de los grupos mencionados. Se identifica un total de 448.135 personas con alguna limitación permanente.

De aquí en más se presentarán tanto los datos porcentuales como relativos para identificar no solo las dimensiones en las cuales se concentrarían las necesidades de cuidados derivadas de esta aproximación, sino además una idea de magnitud de la población potencialmente demandante.

**LIMITACIONES PERMANENTES DE LA POBLACION POR TRAMOS DE EDAD
(Números Absolutos)**

Grupo etáreo	Sin limitaciones	Con limitaciones	Total
menores de 65	2.467.165	146.673	2.613.838
65 años o más	337.072	111.063	448.135
Total	2.804.237	257.736	3.061.973
<i>Apertura de mayores de 65años</i>			
65 a 74 años	198.726	44.569	243.295
75 años o más	138.346	66.494	204.840

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

El hecho de que más de la mitad de personas con alguna discapacidad es menor de 65 años responde a que esta franja de edad es mucho más numerosa.

En términos de la distribución de la presencia de limitaciones por grupo de edades como puede verse del total de discapacitados, el 43,1% son adultos mayores.

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION CON
LIMITACIONES SEGUN TRAMO DE EDAD**

Grupo etáreo	Con limitaciones
menores de 65	56,9%
65 a 74 años	17,3%
75 años o más	25,8%

Total	100,0%
65 años o más	43,1%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

II.1.iv b) ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES SEGÚN GRUPO ETARIO Y SEXO

La discapacidad afecta más a las mujeres que a los hombres. El porcentaje de mujeres discapacitadas asciende a 9,1% en tanto en hombres es de 7,7%. Las mujeres presentan mayor porcentaje de discapacitados en todos los grupos etáreos identificados, y la mayor diferencia se da en los mayores de 74 años (34,4% frente a 29,2%).

PRESENCIA DE LIMITACIONES POR SEXO Y TRAMOS DE EDAD (Porcentajes)

Grupo etáreo	Mujeres			Hombres		
	Sin limitaciones	Con limitaciones	Total	Sin limitaciones	Con limitaciones	Total
menores de 65	94,3%	5,7%	100,0%	94,4%	5,6%	100,0%
65 a 74 años	81,1%	18,9%	100,0%	82,4%	17,6%	100,0%
75 años o más	65,6%	34,4%	100,0%	70,8%	29,2%	100,0%
Total	90,9%	9,1%	100,0%	92,3%	7,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

PRESENCIA DE LIMITACIONES POR SEXO Y TRAMOS DE EDAD (Números Absolutos)

Grupo etáreo	Mujeres			Hombres		
	Sin limitaciones	Con limitaciones	Total	Sin limitaciones	Con limitaciones	Total
menores de 65	1.277.100	76.573	1.353.673	1.190.065	70.100	1.260.165
65 a 74 años	114.672	26.668	141.340	84.054	17.901	101.955
75 años o más	83.868	44.063	127.931	54.478	22.431	76.909
Total	1.475.640	147.304	1.622.944	1.328.597	110.432	1.439.029

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

PRESENCIA DE LIMITACIONES POR TRAMO DE EDAD Y SEXO (porcentaje)

Grupo etáreo	Hombres	Mujeres	Total
menores de 65	47,8%	52,2%	100,0%
65 a 74 años	40,2%	59,8%	100,0%
75 años o más	33,7%	66,3%	100,0%
Total	42,8%	57,2%	100,0%
65 años o más	36,3%	63,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

POBLACION MAYORES CON LIMITACIONES POR TRAMO DE EDAD Y SEXO

(números absolutos)

Grupo etáreo	Hombres	Mujeres	Total
menores de 65	70.100	76.573	146.673
65 a 74 años	17.901	26.668	44.569
75 años o más	22.431	44.063	66.494
Total	110.432	147.304	257.736
65 años o más	40.332	70.731	111.063

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

Si a la mayor incidencia de las limitaciones en las mujeres se agrega el hecho de que estas son la mayoría de la población, llegamos a que el 57,2% de los discapacitados son mujeres. La diferencia se acentúa en las edades adultas; 2 de cada 3 discapacitados de 75 años o más son mujeres.

PRESENCIA DE LIMITACIONES POR TRAMO DE EDAD Y SEXO (porcentaje)

Grupo etáreo	Hombres	Mujeres	Total
menores de 65	47,8%	52,2%	100,0%
65 a 74 años	40,2%	59,8%	100,0%
75 años o más	33,7%	66,3%	100,0%
Total	42,8%	57,2%	100,0%
65 años o más	36,3%	63,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

II.1.iv c) ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES SEGÚN GRUPO ETARIO Y NIVELES DE INGRESOS

La distribución de la población adulta mayor *con limitaciones* entre los quintiles de ingreso no se diferencia de la distribución *total* de la población según quintiles, por lo que se descarta una incidencia diferencial significativa de la discapacidad asociada a aspectos socioeconómicos.

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES POR NIVELES DE INGRESO (porcentajes)

Grupo etáreo	Quintiles	Sin limitaciones	Con limitaciones	Total
65 a 74 años	1	11,4%	13,3%	11,8%
	2	20,2%	22,2%	20,6%
	3	25,2%	23,2%	24,9%
	4	22,7%	25,9%	23,3%
	5	20,4%	15,4%	19,5%
	Total		100,0%	100,0%
75 años o más	1	7,2%	6,9%	7,1%
	2	17,2%	18,7%	17,7%
	3	24,0%	23,1%	23,7%

	4	26,1%	26,7%	26,3%
	5	25,5%	24,6%	25,2%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%
Total	1	9,7%	9,5%	9,6%
	2	19,0%	20,1%	19,3%
	3	24,7%	23,1%	24,3%
	4	24,1%	26,4%	24,7%
	5	22,5%	20,9%	22,1%
	Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES POR NIVELES DE INGRESO (números absolutos)

Grupo etáreo	Quintiles	Sin limitaciones	Con limitaciones	Total
65 a 74 años	1	22.701	5.927	28.628
	2	40.212	9.911	50.123
	3	50.158	10.329	60.487
	4	45.085	11.540	56.625
	5	40.570	6.862	47.432
	Total	198.726	44.569	243.295
75 años o más	1	9.953	4.595	14.548
	2	23.763	12.438	36.201
	3	33.160	15.369	48.529
	4	36.177	17.732	53.909
	5	35.293	16.360	51.653
	Total	138.346	66.494	204.840
Total	1	32.654	10.522	43.176
	2	63.975	22.349	86.324
	3	83.318	25.698	109.016
	4	81.262	29.272	110.534
	5	75.863	23.222	99.085
	Total	337.072	111.063	448.135

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

Esto se verifica a partir del siguiente cuadro, donde al controlar por edad, la discapacidad no aparece asociada a nivel de ingresos. Mientras la misma afecta a un 32% de los mayores de 75 años, su incidencia en el grupo de edad de 65 a 74 años cae a un 18,3%. Esta afirmación puede ser levemente contestada si se analiza el grupo de 65 a 74 donde mientras la incidencia de la discapacidad es de poco más de 20% en el primer quintil de ingresos, es de 14,5% en el quintil superior. En los quintiles intermedios, en cambio, la incidencia no presenta un patrón definido. En cambio la hipótesis se constata más fuertemente en el grupo de edad más alto donde la incidencia de la discapacidad casi no se aparta de la media en ninguno de los quintiles de ingreso.

DISCAPACIDAD POR GRUPO ETAREO Y NIVEL DE INGRESOS

Grupo	Quintiles	Con
65 a 74 años	1	20,7%
	2	19,8%
	3	17,1%
	4	20,4%
	5	14,5%
	Total	18,3%
75 años o más	1	31,6%
	2	34,4%
	3	31,7%
	4	32,9%
	5	31,7%
	Total	32,5%
Total	1	24,4%
	2	25,9%
	3	23,6%
	4	26,5%
	5	23,4%
	Total	24,8%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

II.1.iv d) ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES SEGÚN COMPOSICIÓN DE LOS HOGARES

Como lo indica la Organización Mundial de la Salud, la composición de los hogares puede ser un indicador relevante de la situación personal y de las necesidades de cuidados de las personas. Adultos mayores que viven en hogares extendidos o compuestos sufren menos la soledad y sus consecuencias derivadas del riesgo y la desatención que los que viven solos. Para LA OMS la mayor vulnerabilidad y riesgo ante situaciones de dependencia se da, en primer lugar entre los adultos mayores que viven solos y, en segundo lugar entre los que viven en hogares biparentales en los cuales uno de ellos es dependiente.

DISTRIBUCIÓN DE LOS HOGARES SEGÚN COMPOSICION

Tipo de hogar	Hogares	Porcentaje
Unipersonal	211.403	20,5%
Biparental sin hijos	170.503	16,5%
Biparental con hijos de ambos	309.941	30,0%
Biparental con al menos un hijo de uno	49.314	4,8%
Monoparental femenino	98.257	9,5%
Monoparental masculino	14.445	1,4%
Extendido	127.612	12,4%
Compuesto	14.675	1,4%
Hogar sin núcleo conyugal	36.793	3,6%
Total	1.032.943	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

En Uruguay la mayor parte de las personas que viven solas son mayores de 65 años. En efecto como pueden verse en los cuadros que siguen, un 20% de los hogares uruguayos son unipersonales (de personas que viven solas). Estas personas son aproximadamente 211.000 y son un 7% del total de la población. Los adultos mayores que viven solos son 111.000, es decir algo más de la mitad de las personas que viven solas son mayores de 65 años. Estas 111.000 personas representan casi un 25% de la población mayor de 65 años. Finalmente de estos adultos mayores que viven solos prácticamente 8 de cada 10 son mujeres.

En resumen la soledad es mayor entre los adultos mayores que entre la población más joven pero esta es aún mayor entre las mujeres.

PERSONAS VIVIENDO EN DIFERENTES TIPOS DE HOGARES

Tipo de hogar	Total de la población		Adultos mayores	
	Personas	Porcentaje	Personas	Porcentaje
Unipersonal	211.403	6,9%	111.208	24,8%
Biparental sin hijos	341.006	11,1%	143.764	32,1%
Biparental con hijos de ambos	1.215.037	39,7%	39.453	8,8%
Biparental con al menos un hijo de uno	220.451	7,2%	3.114	0,7%
Monoparental femenino	275.726	9,0%	21.509	4,8%
Monoparental masculino	35.765	1,2%	4.978	1,1%
Extendido	589.416	19,2%	88.911	19,8%
Compuesto	79.250	2,6%	8.571	1,9%
Hogar sin núcleo conyugal	93.919	3,1%	26.627	5,9%
Total	3.061.973	100,0%	448.135	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

Existen 111.208 adultos mayores que viven solos y 143.764 que viven con sus parejas pero sin hijos. Ciertamente no podemos saber si estos hogares biparentales viejos poseen o no hijos, por lo cual es difícil asumir que ellos forman parte de las personas consideradas vulnerables por la OMS (de acuerdo a lo que vimos más arriba). Es por ello que en este apartado nos concentramos más en los adultos mayores viviendo solos que presentan alguna limitación, de acuerdo a las categorías de la encuesta de salud y discapacidad del 2006.

A partir del siguiente cuadro podemos afirmar que hay cerca de 64.000 adultos mayores que viven solos (31.743) o que viven con su pareja (31.924) que tiene alguna limitación. Esto es que casi el 57% de los adultos mayores con alguna limitación viven solos o con su conyugue.

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES PERMANENTES POR TIPO DE HOGAR

Tipo de hogar	Adultos mayores con limitaciones	%
Unipersonal	31.743	28,60%
Biparental sin hijos	31.924	28,70%
Biparental con hijos de ambos	7.424	6,70%

Biparental con al menos un hijo de uno	620	0,60%
Monoparental femenino	6.144	5,50%
Monoparental masculino	1.705	1,50%
Extendido	21.548	19,40%
Compuesto	3.031	2,70%
Hogar sin núcleo conyugal	6.924	6,20%
Total	111.063	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

II.1.iv e) ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES QUE VIVEN SOLOS SEGÚN GRUPO ETARIO, SEXO Y NIVELES DE INGRESOS

En esta sección nos concentramos en el grupo de adultos mayores que viven solos por ser la población que puede ser considerada de mayor vulnerabilidad. Como vemos en el cuadro siguiente, la población adulta mayor que vive sola es una población fundamentalmente femenina, y la presencia de la situación de soledad aumenta a medida que aumenta la edad de las personas de este grupo.

ADULTOS MAYORES, QUE VIVEN SOLOS SEGÚN SEXO Y TRAMO DE EDAD (porcentajes)

Grupo etáreo	Hombre	Mujer	Total
65 a 74 años	25.9%	74.1%	100.0%
75 años o más	22.5%	77.5%	100.0%
Total	24.0%	76.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

ADULTOS MAYORES, QUE VIVEN SOLOS SEGÚN SEXO Y TRAMO DE EDAD (números absolutos)

Grupo etáreo	Hombre	Mujer	Total
65 a 74 años	13.434	38.512	51.946
75 años o más	13.305	45.957	59.262
Total	26.739	84.469	111.208

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

Si bien la soledad del adulto mayor constituye un factor de riesgo y vulnerabilidad, desde el punto de vista económico esta población se concentra en los quintiles de ingreso más altos. En efecto, si se toman en cuenta el cuarto y el quinto quintil allí se concentra el 65,4% de las personas mayores de 65 años que viven solas.

ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS DISTRIBUIDOS POR NIVELES DE INGRESOS

Quintil	Adultos mayores solos	%

1	3.009	2,7%
2	11.056	9,9%
3	24.443	22,0%
4	33.818	30,4%
5	38.882	35,0%
Total	111.208	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS SEGÚN DISCAPACIDAD DISTRIBUIDOS POR NIVELES DE INGRESOS

Quintil	Sin limitaciones permanentes	Al menos 1 limitación permanente	%	Total
1	2.339	670	2,1%	3.009
2	7.738	3.318	10,5%	11.056
3	17.020	7.423	23,4%	24.443
4	23.617	10.201	32,1%	33.818
5	28.751	10.131	31,9%	38.882
Total	79.465	31.743	100,0%	111.208

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, un número importante de este grupo es portador de discapacidad permanente. De los 111.208 adultos que viven solos, 31.743 presentan al menos una limitación permanente, lo que representa el 28,5% del total de este grupo. Es decir, casi tres de cada 10 adultos mayores que viven solos son portadores de por lo menos una limitación permanente.

En números absolutos esta discapacidad se concentra en los quintiles de ingreso más altos lo que se explica por el mayor número de personas agrupadas en estos tramos de ingreso. En efecto, los dos quintiles superiores de ingreso concentran el 64% de las personas que tienen al menos una discapacidad permanente.

Al analizar el cuadro de abajo, en el cual se presenta la distribución porcentual del cuadro anterior, puede verse que no hay correlación entre nivel de ingreso y discapacidad (al igual que entre los otros adultos mayores con discapacidad). Si bien podría esperarse que a menor nivel de ingreso mayor la incidencia de la discapacidad, esta hipótesis no se confirma. En el quintil inferior la incidencia es de 22,3% y en el superior de 26% mientras que en los grupos de ingreso intermedio, la incidencia está en el entorno del 30%, lo que permitiría representar una leve "U" invertida.

Es claro que a diferencia de otros grupos de edad, los adultos mayores se concentran más en los grupos de ingreso superiores. Sin embargo esto no parece ser suficiente para explicar porque la concentración de personas que viven solas registra una concentración tan alta en los quintiles de ingreso superior. Sin evidencia, aún, que permita dar respuesta a estas preguntas, se podría conjeturar que los sectores de más bajos ingresos tratan de resolver el cuidado del

adulto mayor con discapacidad mediante estrategias que implican o bien la institucionalización en hogares subvencionados que no son relevados por las encuestas de hogares o integrándose a núcleos familiares más amplios. Mientras tanto, los sectores de más altos ingresos podrían retardar la institucionalización mediante la estrategia de ampliación del núcleo familiar o mediante la compra de servicios de cuidados.

**ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS SEGÚN DISCAPACIDAD Y NIVEL DE INGRESOS
(porcentajes)**

Quintil	Sin limitaciones permanentes	Al menos 1 limitación permanente	Total
1	77,7%	22,3%	100,0%
2	70,0%	30,0%	100,0%
3	69,6%	30,4%	100,0%
4	69,8%	30,2%	100,0%
5	73,9%	26,1%	100,0%
Total	71,5%	28,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

II.1.iv f) TIPOS DE DISCAPACIDAD.

En los dos cuadros que siguen se cuantifica la discapacidad de los adultos mayores que viven solos (recordemos que es discapacidad permanente y absoluta). Las limitaciones para *ver*, *caminar* y *oír* son las que presentan la mayor frecuencia. En este caso, lo que se cuenta son las discapacidades y no la cantidad de personas portadoras de discapacidad. En la medida que hay personas que pueden ser portadoras de más de una discapacidad se registran más discapacidades que personas que las poseen.

La discapacidad que registra mayor incidencia es la “limitación para ver” siguiéndole la discapacidad para caminar y para oír. Importa destacar que desde el año 2005 luego de comenzada la llamada “operación milagro” y con la instalación del Hospital de Ojos, a través de las operaciones gratuitas de cataratas y otras afecciones oculares, vario miles de uruguayos lograron recuperar la visión, por lo cual estas cifras han de ser al 2011 bastante menores.

ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS, DISCAPACITADOS SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y NIVEL DE INGRESOS (números absolutos)

Quintiles	Limitaciones para ver	Limitaciones para oír	Limitaciones para caminar	Limitaciones para usar brazo y manos	Limitaciones para hablar	Limitaciones para relacionarse
1	512	73	198	217	36	-
2	2.034	969	1.165	498	72	85
3	4.581	1.778	2.933	1.106	74	264
4	5.683	3.104	4.879	1.422	343	299

5	5.820	2.781	3.488	1.011	183	807
Total	18.630	8.705	12.663	4.254	708	1.455

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS, DISCAPACITADOS SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD Y NIVEL DE INGRESOS (porcentajes)

Quintiles	Limitaciones para ver	Limitaciones para oír	Limitaciones para	Limitaciones para usar	Limitaciones para hablar	Limitaciones para
1	17.0%	2.5%	7.0%	7.8%	1.2%	0.0%
2	18.4%	9.6%	11.8%	4.7%	0.7%	0.8%
3	18.8%	7.8%	13.6%	4.7%	0.3%	1.1%
4	16.8%	10.1%	16.9%	4.4%	1.0%	0.9%
5	15.0%	7.7%	9.9%	2.7%	0.5%	2.1%
Total	16.8%	8.5%	12.9%	4.0%	0.6%	1.3%

Fuente: Elaboración propia en base a ENHA 2006

II.1.v DISCAPACIDAD Y DEPENDENCIA

Hasta aquí, hemos visto la correlación entre discapacidad, edad, sexo y nivel socioeconómico. Esto nos permitió hacer una primera aproximación a la caracterización de la discapacidad del adulto mayor. En esta sección se empleará la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2003-2004. Esta se incorporó como un módulo de la Encuesta Continua de Hogares y fue aplicada a nivel nacional en localidades de 5.000 y más habitantes a lo largo de 12 meses, relevándose 18.300 hogares y 56.000 personas.

Esta encuesta se pregunta a los encuestados que **presentan alguna limitación permanente** si “necesita o tiene ayuda de otras personas” para:

- Cuidarse a si mismo (bañarse, alimentares, vestirse, acostarse, etc.)
- Relacionarse con los demás,
- Desplazarse dentro del hogar,
- Desplazarse fuera del hogar,
- Integrarse al aprendizaje.

Estas preguntas tienen dos opciones posibles: “sí” o “no”. Se puede asumir que en el caso que la respuesta sea negativa, a pesar de la limitación para alguna de las actividades de la vida cotidiana, la persona es auto válida. En cambio si la respuesta es afirmativa, debe considerarse que esta persona tiene algún grado de dependencia. Entonces, si la respuesta es “sí”, si necesita ese tipo de ayudas, se pregunta si “actualmente las recibe”. Las opciones de respuesta son tres: “sí”, “solo parcialmente” y “no”.

Si bien las preguntas sobre la necesidad de asistencia para las actividades de la vida cotidiana (y su respuesta afirmativa) no ofrecen en su menú de respuestas una graduación que permita medir la intensidad de la dependencia, las respuesta a la disponibilidad de la ayuda personal

(cuando esta es necesaria) permite evaluar gruesamente la necesidad de ayuda y cuidados de las personas.

La Encuesta de Hogares de 2006 registraba 111.063 adultos mayores con alguna "limitación permanente". En esta encuesta de 2004 se registran poco más de 92.000 adultos mayores que tienen alguna dificultad permanente o discapacidad. A pesar de que la encuesta de 2006 abarca todo el país y tiene un tamaño de muestra mayor que la de 2004, la que a su vez se restringe a localidades de 5.000 y más habitantes, la incidencia de la discapacidad tanto a nivel agregado como por grupo etáreo, sexo, tipos de hogares y niveles de ingresos son comparables.

Para estimar dependencia se utilizarán las proporciones de discapacitados que necesitan ayuda para cuidarse y el porcentaje de estos que la reciben que surgen de la encuesta de 2004, pero aplicados a la cantidad de personas en cada grupo inferidos de la encuesta 2006.

En porcentajes los adultos mayores con limitaciones dependientes, es decir que precisan ayuda para cuidarse son 58,9% mientras que los que no lo precisan son el 41,1%. Esta magnitud es mayor a medida que aumenta la edad. En efecto, mientras que la proporción de los que precisan ayuda para las actividades de la vida cotidiana y la de los que no lo precisan es igual (50%), en el caso de los mayores de 65 años estos porcentajes pasan a ser 35,3% y 64,7% respectivamente.

Asimismo, a diferencia de lo que se ha visto que ocurre con la discapacidad, en este caso el nivel de ingresos sí es condicionante de necesidades de cuidados no cubiertas.

II.1.v a) ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES SEGÚN GRUPO ETARIO Y SEXO

Entre los discapacitados de 65 a 74 años los porcentaje de hombres y mujeres que necesitan ayuda para cuidarse son similares, en tanto para los mayores de 75 años o más las mujeres muestran mayor necesidad de ayuda, 69,5% frente a 55,4% de los hombres. Cuando miramos los números absolutos constatamos que hay 2 mujeres no autovalentes de 65 años o más por cada hombre. Ello responde tanto a la mayor prevalencia de dependencia como a la mayor cantidad de mujeres en este tramo etáreo.

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES DE ACUERDO A SU NECESIDAD DE CUIDADOS POR SEXO Y GRUPO ETARIO (en porcentaje)

Grupo etáreo	Mujeres			Hombres			Total		
	No necesita ayuda	Necesita ayuda	Total	No necesita ayuda	Necesita ayuda	Total	No necesita ayuda	Necesita ayuda	Total
65 a 74	49.6%	50.4%	100.0%	50.7%	49.3%	100.0%	50.0%	50.0%	100.0%
75 o más	30.5%	69.5%	100.0%	44.6%	55.4%	100.0%	35.3%	64.7%	100.0%
Total	37.7%	62.3%	100.0%	47.2%	52.8%	100.0%	41.1%	58.9%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES DE ACUERDO A SU NECESIDAD DE CUIDADOS POR SEXO Y GRUPO ETARIO (números absolutos)

Grupo etáreo	Mujeres			Hombres			Total		
	No necesita ayuda	Necesita ayuda	Total	No necesita ayuda	Necesita ayuda	Total	No necesita ayuda	Necesita ayuda	Total
65 a 74	13.236	13.432	26.668	9.071	8.830	17.901	22.307	22.262	44.569
75 o más	13.426	30.637	44.063	10.014	12.417	22.431	23.440	43.054	66.494
Total	26.662	44.069	70.731	19.085	21.247	40.332	45.747	65.316	111.063

Fuente: Elaboración propia en base datos de ENHA 2006 y Encuesta de discapacidad INE 2003-2004

Entre quienes son mayores de 65 años y tienen al menos una limitación permanente y necesitan ayuda, hay un 22,7% que no la recibe. Este porcentaje es similar en el total de hombres y mujeres, aunque muestra diferencias por grupos de edad. Se estima que hay poco más de 10.000 mujeres en esta situación en tanto los hombres no superarían los 5.000.

Ahora bien, es de suponer que quienes son dependientes (precisan ayuda) tienen diferentes formas de acceder a esas ayudas, o bien satisfacen su necesidad por el mercado, o por la familia o por la comunidad. No tenemos forma directa de hacer esta estimación. Lo que si sabemos, en cambio es que entre estas personas dependientes hay un número relativamente importante que no recibe ayuda (o solo la reciben parcialmente). El 22,7% no recibe ayuda, es decir casi 15.000 personas dependientes están desprovistas (o lo están solo parcialmente) de apoyo para desempeñarse en alguna de las actividades de la vida cotidiana. De estas 18.000 personas más de 10.000 son mujeres y más de 4.000 son hombres.

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES QUE NECESITAN CUIDADOS SEGÚN LO RECIBEN CLASIFICADOS POR SEXO Y GRUPO ETARIO (en porcentaje)

Grupo etáreo	Mujeres		Hombres		Total	
	Reciben ayuda		Reciben ayuda		Reciben ayuda	
	Si	No o parcialmente	Si	No o parcialmente	Si	No o parcialmente
65 a 74	69.5%	30.5%	80.7%	19.3%	73.8%	26.2%
75 o más	80.5%	19.5%	75.9%	24.1%	79.1%	20.9%
Total	77.1%	22.9%	77.8%	22.2%	77.3%	22.7%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

**ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES QUE NECESITAN CUIDADOS SEGÚN LO RECIBEN
CLASIFICADOS POR SEXO Y GRUPO ETARIO (números absolutos)**

Grupo etáreo	Mujeres		Hombres		Total	
	Reciben ayuda		Reciben ayuda		Reciben ayuda	
	Si	No o parcialmente	Si	No o parcialmente	Si	No o parcialmente
65 a 74	9.339	4.093	7.130	1.700	16.469	5.793
75 o más	24.649	5.988	9.428	2.989	34.077	8.976
Total	33.982	10.087	16.533	4.714	50.515	14.801

Fuente: Elaboración propia en base datos de ENHA 2006 y Encuesta de discapacidad INE 2003-2004

II.1.v b) ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES SEGÚN GRUPO ETARIO Y NIVELES DE INGRESOS

Como puede apreciarse en los cuadros de más abajo, hay una tendencia a que los adultos mayores de menores ingresos son los que requieren en mayor medida de cuidados. Esto es así tanto entre los adultos de 65 a 74 años como entre los de 75 años y más. Corresponde señalar que esta tendencia se revierte levemente en el quintil de ingresos superior donde la necesidad de cuidados es levemente menor que en el cuarto quintil.

Cabe señalar que estos cuadros no procuran señalar una incidencia diferencial de las limitaciones según los quintiles de ingreso de los hogares. Ingresar en la discusión sobre la incidencia de la discapacidad según estratos económicos nos enfrenta a dos fenómenos que no están medidos y obran en diferente sentido, a saber de un lado -i) las personas de mayores ingresos pueden tener mayor esperanza de vida y por tanto tener mayor probabilidad de vivir esos últimos años con alguna limitación o discapacidad -ii) las personas de menores ingresos pueden aumentar su probabilidad de tener alguna limitación o discapacidad debido a deficiencias en su calidad de vida pasada y presente.

El diseño muestral de las encuestas de hogares -al no captar hogares colectivos- presentan a su vez un sesgo sistemático que impide avanzar en este sentido. Las mismas no dan cuenta de las personas (más frecuentemente de altos ingresos) residentes en instituciones que brindan cuidados.

La utilidad de este cuadro por tanto es identificar necesidades, y en este caso presentar claramente en que estratos socioeconómicos se concentran las necesidades de cuidados en los hogares. La menor presencia de necesidades en los estratos altos estará mediada por las soluciones que estos hogares compran en el mercado.

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES DE ACUERDO A SU NECESIDAD DE CUIDADOS POR GRUPOS DE EDADES Y NIVELES DE INGRESO (porcentajes)

Grupo etáreo	Quintil	Necesita ayuda para cuidarse		Total
		No	Si	
65 a 74 años	1	42.2%	57.8%	100.0%
	2	44.9%	55.1%	100.0%
	3	46.9%	53.1%	100.0%
	4	55.3%	44.7%	100.0%
	5	58.9%	41.1%	100.0%
	Total		50.0%	50.0%
75 años o más	1	24.9%	75.1%	100.0%
	2	34.6%	65.4%	100.0%
	3	38.2%	61.8%	100.0%
	4	39.0%	61.0%	100.0%
	5	32.2%	67.8%	100.0%
	Total		35.3%	64.7%
Total	1	34.6%	65.4%	100.0%
	2	39.1%	60.9%	100.0%
	3	41.5%	58.5%	100.0%
	4	45.1%	54.9%	100.0%
	5	40.5%	59.5%	100.0%
	Total		41.1%	58.9%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES DE ACUERDO A SU NECESIDAD DE CUIDADOS POR GRUPOS DE EDADES Y NIVELES DE INGRESO (números absolutos)

Grupo etáreo	Quintil	Necesita ayuda para cuidarse		Total
		No	Si	
65 a 74 años	1	2.500	3.427	5.927
	2	4.450	5.461	9.911
	3	4.848	5.481	10.329
	4	6.381	5.159	11.540
	5	4.045	2.817	6.862
	Total		22.298	22.271
75 años o más	1	1.146	3.449	4.595
	2	4.299	8.139	12.438
	3	5.867	9.502	15.369
	4	6.909	10.823	17.732
	5	5.274	11.086	16.360
	Total		23.503	42.991
Total	1	3.636	6.886	10.522
	2	8.733	13.616	22.349
	3	10.676	15.022	25.698
	4	13.207	16.065	29.272
	5	9.411	13.811	23.222
	Total		45.667	65.396

Fuente: Elaboración propia en base datos de ENHA 2006 y Encuesta de discapacidad INE 2003-2004

Cuando se analizan los adultos mayores que precisan ayuda y no la reciben (o solo la reciben parcialmente) se puede ver que el porcentaje de adultos mayores que necesitando ayuda y la recibe es similar en los tres primeros quintiles y decrece en el cuarto y significativamente en el quinto quintil. En este caso, la proporción de adultos mayores que precisan cuidados y no la reciben es levemente inferior en el grupo de 65 a 74 que en el de 75 y más. Sin embargo, en el total, cuando se comparan los grupos hay más adultos mayores de 75 años con necesidades insatisfechas de cuidados que menores de esa edad.

**ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES QUE NECESITAN CUIDADOS SEGÚN LO RECIBEN
CLASIFICADOS POR QUINTILES DE INGRESOS Y GRUPO ETARIO (en porcentaje)**

Grupo etáreo	Quintil	Reciben ayuda		
		Si	No o parcialmente	Total
65 a 74 años	1	72.1%	27.9%	100.0%
	2	71.8%	28.2%	100.0%
	3	71.9%	28.1%	100.0%
	4	77.9%	22.1%	100.0%
	5	75.6%	24.4%	100.0%
	Total		73.8%	26.2%
75 años o más	1	77.2%	22.8%	100.0%
	2	75.3%	24.7%	100.0%
	3	73.8%	26.2%	100.0%
	4	80.8%	19.2%	100.0%
	5	85.3%	14.7%	100.0%
	Total		79.1%	20.9%
Total	1	74.7%	25.3%	100.0%
	2	73.9%	26.1%	100.0%
	3	73.1%	26.9%	100.0%
	4	79.9%	20.1%	100.0%
	5	83.3%	16.7%	100.0%
	Total		77.3%	22.7%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

**ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES QUE NECESITAN CUIDADOS SEGÚN LO RECIBEN
CLASIFICADOS POR QUINTILES DE INGRESOS Y GRUPO ETARIO (números absolutos)**

Grupo etáreo	Quintil	Reciben ayuda		
		Si	No o parcialmente	Total
65 a 74 años	1	2.472	955	3.427
	2	3.918	1.543	5.461
	3	3.940	1.541	5.481
	4	4.017	1.142	5.159
	5	2.130	687	2.817

	Total	16.429	5.842	22.271
75 años o más	1	2.661	788	3.449
	2	6.132	2.007	8.139
	3	7.015	2.487	9.502
	4	8.741	2.082	10.823
	5	9.460	1.626	11.086
	Total	34.016	8.975	42.991
Total	1	5.142	1.744	6.886
	2	10.066	3.550	13.616
	3	10.988	4.034	15.022
	4	12.832	3.233	16.065
	5	11.498	2.313	13.811
	Total	50.576	14.820	65.396

Fuente: Elaboración propia en base datos de ENHA 2006 y Encuesta de discapacidad INE 2003-2004

II.1.v c) ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES SEGÚN TIPO DE HOGAR EN EL QUE RESIDEN

Como ya se mencionó, más del 65% de los adultos mayores con al menos una limitación permanente residen en hogares unipersonales o biparentales sin hijos. El porcentaje de estos que necesita ayuda para desenvolverse en su vida cotidiana, si bien es menor que el que se observa en otros tipos de hogares, supera el 50% y alcanza a más de 33.500 personas.

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES DE ACUERDO A SU NECESIDAD DE CUIDADOS POR TIPO DE HOGAR (porcentajes)

Tipo de Hogar	Necesita algún tipo de ayuda		Total
	No	Si	
Unipersonal	48.6%	51.4%	100.0%
Biparental sin hijos	47.2%	52.8%	100.0%
Otro	33.5%	66.5%	100.0%
Total	41.1%	58.9%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES DE ACUERDO A SU NECESIDAD DE CUIDADOS POR TIPO DE HOGAR (números absolutos)

Tipo de Hogar	Necesita algún tipo de ayuda		Total
	No	Si	
Unipersonal	15.442	16.301	31.743
Biparental sin hijos	15.052	16.872	31.924
Otro	15.173	32.223	47.396
Total	45.667	65.396	111.063

Fuente: Elaboración propia en base datos de ENHA 2006 y Encuesta de discapacidad INE 2003-2004

Entre los adultos con limitaciones que viven solos y no son autovalentes, el porcentaje que no recibe ayuda o lo hace en forma parcial supera ampliamente al de los adultos que residen en otro tipo de hogar. En efecto el 35,1% de los hogares unipersonales no reciben o reciben parcialmente ayuda. Más de 5.500 personas se encuentran en esta situación. Entre los miembros de hogares biparentales con necesidades insatisfechas de cuidados hay un porcentaje similar al de la media -es decir 22%- representando algo más de 3.800 dependientes que no reciben ayuda. En cambio en los hogares extendidos y compuestos hay un porcentaje inferior (cerca del 17%) lo cual estaría indicando que la estructura familiar y la disponibilidad de cuidadores familiares influyen en el nivel de cuidados de las personas dependientes.

**ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES QUE NECESITAN CUIDADOS SEGÚN SI LO RECIBEN
CLASIFICADOS POR TIPO DE HOGAR (en porcentaje)**

Tipo de Hogar	Reciben ayuda		
	Si	No o parcialmente	Total
Unipersonal	64.9%	35.1%	100.0%
Biparental sin hijos	77.3%	22.7%	100.0%
Otro	83.1%	16.9%	100.0%
Total	77.3%	22.7%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

**ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES QUE NECESITAN CUIDADOS SEGÚN SI LO RECIBEN
CLASIFICADOS POR TIPO DE HOGAR (números absolutos)**

Tipo de Hogar	Reciben ayuda		
	Si	No o parcialmente	Total
Unipersonal	10.584	5.717	16.301
Biparental sin hijos	13.044	3.827	16.872
Otro	26.769	5.454	32.223
Total	50.576	14.820	65.396

Fuente: Elaboración propia en base datos de ENHA 2006 y Encuesta de discapacidad INE 2003-2004

II.1.v d) ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES QUE VIVEN SOLOS

Las personas mayores que viven solas son el grupo que recibe menos ayuda (un 65%) constituyéndose así en el grupo más vulnerable de entre los mayores dependientes. Las personas viejas más jóvenes son lo que reciben menos ayuda (56,1% aunque reciban un 25% de ayuda parcial) y reciben ayuda en un porcentaje menor que los que viven en otro tipo de hogares. Y esto es así en los dos grupos de edades considerados (de 65 a 74 años y mayores de 75).

ADULTOS MAYORES CON LIMITACIONES QUE VIVEN SOLOS Y NECESITAN CUIDADOS SEGÚN SI LO RECIBEN CLASIFICADOS POR GRUPO ETARIO (porcentajes)

Grupo etáreo	Reciben ayuda			Total
	Si	No	Parcialmente	
65 a 74 años	56.1%	18.5%	25.3%	100.0%
75 años o más	68.3%	15.9%	15.7%	100.0%
Total	64.9%	16.7%	18.4%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

En números absolutos la población más vulnerable (adultos mayores que viven solos que precisan ayuda y no la reciben o solo la reciben parcialmente) es relativamente pequeña y su vulnerabilidad podría reducirse con apoyos de no gran magnitud. Son menos de 3.000 los adultos mayores que viven solos, precisan ayuda para las actividades de la vida cotidiana y no la reciben.

ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS CON LIMITACIONES DE ACUERDO A SU NECESIDAD DE CUIDADOS POR QUINTILES DE INGRESOS (porcentajes)

Quintil	Necesita algún tipo de ayuda		Total
1	0.9%	0.0%	0.4%
2	11.6%	9.0%	10.3%
3	16.4%	19.4%	17.9%
4	36.1%	32.8%	34.4%
5	34.9%	38.9%	37.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

Son pocos los adultos mayores en la muestra que tienen alguna limitación permanente, viven solos y pertenecen al primer quintil. Entre ellos ninguno manifiesta necesitar ayuda. Muy probablemente esto se deba a que la ayuda proviene de familiares que no viven con ellos, ya que sus familias no deberían tener ingresos suficientes como para acceder a servicios de cuidado vía mercado. Para el resto, considerando a los que necesitan ayuda, el porcentaje que la recibe aumenta conforme aumenta el ingreso de los hogares. El 45,5% de las personas de éste grupo que pertenecen al segundo quintil reciben ayuda, en tanto el 75,1% de los pertenecientes al quinto quintil la reciben.

ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS CON LIMITACIONES Y NECESITAN CUIDADOS SEGÚN SI LO RECIBEN CLASIFICADOS POR QUINTILES DE INGRESOS (porcentajes)

Quintil	Reciben ayuda			Total
	Si	No	Parcialmente	

1	-	-	-	-
2	45.5%	33.5%	21.1%	100.0%
3	58.0%	19.7%	22.3%	100.0%
4	62.3%	21.3%	16.4%	100.0%
5	75.1%	7.4%	17.5%	100.0%
Total	64.9%	16.7%	18.4%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

Entre quienes no reciben ayuda más del 40% pertenecen al segundo o tercer quintil (debe considerarse que dado el "N" de la muestra pueda haber problemas de representatividad).

ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS CON LIMITACIONES Y NECESITAN CUIDADOS SEGÚN SI LO RECIBEN CLASIFICADOS POR QUINTILES DE INGRESOS (porcentajes)

Quintil	Reciben ayuda			Total
	Si	No	Parcialmente	
1	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
2	6.3%	18.0%	10.3%	9.0%
3	17.3%	22.9%	23.5%	19.4%
4	31.5%	41.8%	29.2%	32.8%
5	44.9%	17.3%	37.0%	38.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

El margen de error de estas últimas estimaciones es importante, ya que al aumentar las condicionantes los tamaños de muestra disminuyen más de lo aceptable. No obstante, considérense estas como primeras aproximaciones que deberán ser confirmadas a partir de encuestas específicamente diseñadas con este fin.

ADULTOS MAYORES QUE VIVEN SOLOS CON LIMITACIONES Y NECESITAN CUIDADOS SEGÚN SI LO RECIBEN CLASIFICADOS POR QUINTILES DE INGRESOS (números absolutos)

Quintil	Reciben ayuda			Total
	Si	No	Parcialmente	
1	0	0	0	0
2	665	489	308	1.462
3	1.835	622	705	3.162
4	3.330	1.136	877	5.342
5	4.754	469	1.112	6.335
Total	10.584	2.716	3.001	16.301

Fuente: Elaboración propia en base datos de ENHA 2006 y Encuesta de discapacidad INE 2003-2004

II.1.v e) ADULTOS MAYORES DEPENDIENTES QUE VIVEN EN HOGARES BIPARENTALES SIN HIJOS

Como ya se menciona, excluyendo a quienes viven solos, la mayor vulnerabilidad de los adultos mayores ante situaciones de dependencia se da entre quienes presentan alguna discapacidad y viven en hogares biparentales. Los adultos mayores que residen en hogares biparentales son también altamente vulnerables ya que el otro miembro del hogar es también, la mayor parte de las veces un adulto mayor. En términos de niveles de ingreso, hay pocos adultos mayores en esta situación que residan en hogares biparentales del primer quintil, casi el 57% de estas personas pertenecen a los quintiles 3 y 4.

ADULTOS MAYORES EN HOGARES BIPARENTALES SIN HIJOS CON LIMITACIONES DE ACUERDO A SU NECESIDAD DE CUIDADOS POR QUINTILES DE INGRESOS (porcentajes)

Quintil	Necesita algún tipo de ayuda		Total
	No	Si	
1	2,1%	6,0%	4,2%
2	20,4%	20,2%	20,3%
3	30,2%	28,8%	29,5%
4	27,6%	26,9%	27,2%
5	19,7%	18,1%	18,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

Entre los adultos que residen en hogares biparentales sin hijos que necesitan ayuda el 77,3% la recibe. Este porcentaje es creciente con el ingreso del hogar al que pertenecen. Si bien llama la atención el alto porcentaje de personas del primer quintil que no reciben ayuda, cabe señalar que dado el bajo número de personas de la muestra en esta condición, el margen de error de esta estimación es alto.

ADULTOS MAYORES EN HOGARES BIPARENTALES SIN HIJOS CON LIMITACIONES Y NECESITAN CUIDADOS SEGÚN SI LO RECIBEN CLASIFICADOS POR QUINTILES DE INGRESOS (porcentajes)

Quintil	Reciben ayuda			Total
	Si	No	Parcialmente	
1	68,3%	25,3%	6,5%	100,0%
2	67,0%	3,8%	29,2%	100,0%
3	72,9%	4,4%	22,6%	100,0%
4	86,3%	7,2%	6,5%	100,0%
5	85,4%	6,2%	8,4%	100,0%
Total	77,3%	6,6%	16,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta de Discapacidad INE 2003-2004

Se estima que existen 1.116 adultos mayores dependientes que no reciben ningún tipo de ayuda y se encuentran distribuidos sin grandes diferencias entre los distintos quintiles de ingresos. Como ya se mencionó, el margen de error de estas estimaciones es alto en la distribución por quintil.

ADULTOS MAYORES QUE VIVEN EN HOGARES BIPARENTALES SIN HIJOS CON LIMITACIONES Y NECESITAN CUIDADOS SEGÚN SI LO RECIBEN CLASIFICADOS POR QUINTILES DE INGRESOS (números absolutos)

Quintil	Reciben ayuda			Total
	Si	No	Parcialmente	
1	686	254	65	1.006
2	2.289	130	997	3.416
3	3.542	216	1.099	4.857
4	3.918	325	295	4.538
5	2.609	191	256	3.055
Total	13.044	1.116	2.711	16.871

Fuente: Elaboración propia en base datos de ENHA 2006 y Encuesta de discapacidad INE 2003-2004

En suma, al considerar a las dos categorías de mayor vulnerabilidad por tipo de hogar y analizar la presencia de dependencia, el acceso a ayuda y la distribución de esta situación por quintiles podemos concluir que el total de adultos mayores de alta vulnerabilidad por tipo de hogar (biparental sin hijos y unipersonal) que reciben nula o insuficiente asistencia estando en situación de dependencia asciende a aproximadamente 10000 (9544 en esta estimación, compuestos por 5717 que viven solos más 3827 que viven en hogares biparentales).

II.2 SERVICIOS EXISTENTES, FINANCIAMIENTO Y COSTOS

II.2 .i EL PAPEL DE LA FAMILIA Y EL MERCADO Y EL ESTADO EN LA COBERTURA DE CUIDADOS DE LOS ADULTOS MAYORES

En todos los sistemas de cuidados existe una articulación (como veremos más adelante) entre servicios prestados por la familia, el mercado y el Estado. Según el grado de formalización y de maduración de los sistemas, la articulación va de un polo más familista (y de mercado) a otro más formal, desmercantilizado y de financiación pública (aunque la oferta pueda ser privada o del tercer sector). Uruguay es un caso de baja formalización (lo veremos en la sección de regulación) con una amplia cobertura familiar y de mercado (aunque muy desigual) y con una oferta pública difícil de mensurar por lo fragmentado de la oferta de servicios y las formas de financiación.

En este apartado haremos una aproximación a las formas de cobertura de acuerdo a la información disponible en la Encuesta de uso del tiempo y en la encuesta de Gastos e Ingresos

2005-2006. Asimismo haremos un relevamiento de los servicios de cuidados para adultos mayores obtenida en fuentes secundaria aunque no estamos en condiciones de hacer una estimación de gastos.

II.2.i .a) La familia

Los adultos mayores que precisan cuidados para las actividades de la vida cotidiana reciben estos cuidados de sus familiares, de la comunidad o de servicios pagos. A través de la Encuesta de Uso del Tiempo podemos hacer una aproximación bastante imperfecta a los cuidados familiares que esta población recibe. Es imperfecta porque en la medida que los cuidados a los adultos mayores están naturalizados no son claramente percibidos como tales y, aparentemente estarían sub declarados. Por ese motivo, si bien presentamos a continuación una estimación de los cuidados de los familiares por quintil de ingresos esto son solo tentativos e indicadores de tendencias.

PERSONAS QUE DEDICAN TIEMPO DOMÉSTICO AL CUIDADO DE ADULTOS MAYORES POR QUINTILES DE INGRESO

Quintil	Dedica tiempo al cuidado de adultos		
	No	Si	Total
1	483.600	14.903	498.503
2	484.953	16.630	501.583
3	443.537	13.899	457.436
4	429.010	10.526	439.536
5	371.015	5.485	376.500
Total	2.212.115	61.443	2.273.558

Fuente: Elaboración propia en base a MUT 2007

Como puede apreciarse en el cuadro anterior, la cantidad de cuidadores familiares desciende en cuanto aumenta el nivel de ingresos de la familia. Solo hay algo mas de 5.000 cuidadores en el quintil de ingresos mas alto, en cuanto hay casi tres veces esta cantidad en el quintil de ingresos más bajo. Esta constatación se correlaciona con una menor cantidad de adultos mayores de niveles de ingreso bajos que viven solos. La falta de recursos fuerza a las/los cuidadores familiares a hacerse cargo de los adultos mayores limitando la vida individual de estos adultos. Al mismo tiempo, limita las posibilidades de estos familiares de volcarse al mercado de trabajo.

II.2 .i .b) El mercado

Los adultos que no son cuidados por sus familiares lo son por servicios pagos. No tenemos instrumentos de relevamiento de información que permitan visualizar todas las modalidades de cuidado existentes en el mercado, ni su incidencia en los cuidados de los adultos mayores. Sin embargo la encuesta nacional de gastos e ingresos 2005-2006 nos permite realizar una primera aproximación a la oferta privada de cuidados aunque en forma muy imperfecta e insuficiente.

En la Encuesta Nacional de Gastos e Ingresos de los Hogares, realizada entre noviembre 2005 y octubre 2006 se relevaron los gastos e ingresos de 7.043 hogares de todo el país. Entre los

gastos relevados, pueden destacarse los siguientes que se vinculan directamente al cuidado de adultos y/o discapacitados:

- Cuidado de adultos en domicilio.
- Servicio de acompañante donde se registra la cuota mensual.
- Residenciales de ancianos y discapacitados, servicio en el que no se discrimina si el usuario es adulto mayor y/o discapacitado.

Vale aclarar que en esta encuesta se buscó relevar todos los gastos de los hogares y, por no ser una encuesta específica, seguramente los gastos en cuidados se encuentren sub-declarados. Por otro lado, se registraron gastos en servicio doméstico que seguramente incluyan, entre otras tareas, cuidados de adultos y que no pueden discriminarse. En lo que sigue se considerará que los gastos son destinados a adultos.

HOGARES CON GASTOS EN CUIDADOS DE ADULTOS

Tipo de gasto	Nro. de hogares	% de hogares
Cuidado de adultos	5.782	0,55%
Servicio de acompañante	117.870	11,24%
Residenciales de ancianos y discapacitados	2.750	0,26%
Hogares c/ alguno de los códigos	123.046	11,73%
Total de hogares particulares	1.048.927	100,00%

Fuente: Elaboración propia en base a ENGIH 2005-2006

Se estima que el 11,73% de los hogares registró algún gasto en cuidados de adultos; aunque la gran mayoría de ellos registró solamente gastos en servicios de acompañante. El 9,3% de los gastos declarados tuvieron como destino otro hogar, es decir que el gasto realizado no se correlaciona con la composición del hogar que lo declara. Esto ayuda a explicar porqué aparecen algunos gastos en cuidados de adultos en hogares conformados solamente por menores de 65 años.

Gasto y edades

PORCENTAJE DE HOGARES CON GASTO SEGÚN EDAD DEL MIEMBRO CON MAYOR EDAD

Hogares según edad del miembro mayor	Cuidado en domicilio	Servicio de acompañante	Residenciales de ancianos	Gasto en al menos uno de los anteriores
menor de 65 años	0,12%	5,30%	0,17%	5,52%
entre 65 a 74 años	0,43%	17,20%	0,19%	17,46%
entre 75 a 84 años	0,86%	29,53%	0,86%	30,42%
de 85 o más años	7,81%	33,54%	0,39%	38,58%
Total	0,55%	11,24%	0,26%	11,73%

Fuente: Elaboración propia en base a ENGIH 2005-2006

El 11,24% de los hogares gasta en servicio de acompañante y, como era previsible, el porcentaje de hogares con gasto en este servicio aumenta a medida que crece la edad de los miembros. Mientras que el 5,3% de los hogares sin presencia de adultos de 65 años o más gasta en servicio de acompañantes, entre los hogares con algún adulto de 85 o más años de edad, 1 de cada 3 realizan gastos en este servicio.

Segmentando los hogares de acuerdo a la edad del miembro mayor, se observan en números absolutos los siguientes hogares con gasto en los rubros ya señalados:

HOGARES CON GASTO SEGÚN EDAD DEL MIEMBRO MAYOR

Hogares según edad del miembro mayor	Cuidado en domicilio	Servicio de acompañante	Residenciales de ancianos	Gasto en al menos uno de los anteriores	Total de hogares
menor de 65 años	824	37.487	1.193	39.082	707.634
entre 65 a 74 años	763	30.707	348	31.175	178.524
entre 75 a 84 años	1.059	36.212	1.052	37.301	122.623
de 85 o más años	3.136	13.464	157	15.488	40.146
Total	5.782	117.870	2.750	123.046	1.048.927

Fuente: Elaboración propia en base a ENGIH 2005-2006

GASTO MENSUAL EN CUIDADO DE ADULTOS

Tipo de gasto	Gasto (en \$ de 6/2011)	Nro de hogares	Gasto medio por hogar con gasto
Cuidado de adultos	21.920.000	5.782	3.791
Servicio de acompañante	66.512.537	117.870	564
Residenciales de ancianos y discapacitados	12.430.283	2.750	4.520
Gasto total en cuidado de adultos	100.862.820	123.046	820

Fuente: Elaboración propia en base a ENGIH 2005-2006

GASTO MENSUAL EN CUIDADO DE ADULTOS SEGÚN EDAD DEL MIEMBRO MAYOR

Hogares según edad del miembro mayor	Cuidado en domicilio	Servicio de acompañante	Residenciales de ancianos	Total
menor de 65 años	2.851.489	17.475.959	2.952.079	23.279.528
entre 65 a 74 años	4.059.007	14.720.061	1.526.665	20.305.733
entre 75 a 84 años	3.261.381	25.401.455	6.931.963	35.594.799
de 85 o más años	11.748.123	8.915.061	1.019.576	21.682.760
Total	21.920.000	66.512.537	12.430.283	100.862.820

Fuente: Elaboración propia en base a ENGIH 2005-2006

El 57% del gasto en cuidado de adultos es realizado por hogares que tienen entre sus miembros una persona de 75 años o más.

**GASTO MEDIO POR HOGAR SEGÚN EDAD DEL MIEMBRO MAYOR EN PESOS CORRIENTES
DE 2011**

Hogares según edad del miembro mayor	Cuidado en domicilio	Servicio de acompañante	Residenciales de ancianos	Total
menor de 65 años	3.461	466	2.475	596
entre 65 a 74 años	5.320	479	4.387	651
entre 75 a 84 años	3.080	701	6.589	954
de 85 o más años	3.746	662	6.494	1.400
Total	3.791	564	4.520	820

Fuente: Elaboración propia en base a ENGIH 2005-2006

A medida que aumenta la edad de los miembros del hogar, no solo crece el porcentaje de hogares con gasto sino que crece también el gasto medio realizado por cada hogar.

Gasto y nivel de ingreso

Es importante observar la distribución de los hogares y su gasto de acuerdo a quintiles de ingreso. Aquí puede percibirse con claridad el acceso diferencial cuando la lógica de bolsillo es la predominante.

HOGARES CON GASTO SEGÚN QUINTILES DE INGRESO (porcentajes)

Quintiles de ingresos per cápita	Cuidado en domicilio	Servicio de acompañante	Residenciales de ancianos	Al menos un gasto en cuidado de adultos
1	0,00%	1,29%	0,00%	1,29%
2	0,17%	4,00%	0,07%	4,21%
3	0,70%	8,72%	0,24%	9,54%
4	0,99%	16,43%	0,18%	17,10%
5	0,89%	25,77%	0,82%	26,52%
Total	0,55%	11,24%	0,26%	11,73%

Fuente: Elaboración propia en base a ENGIH 2005-2006

En tanto sólo el 1,29% de los hogares del primer quintil realizaron al menos un gasto en cuidados de adultos, el 26,52% de los hogares del quinto quintil gastaron en ello. Este proceso de aseguramiento diferencia por la vía del mercado tiene como contracara una mayor necesidad de apoyo desde las familias en los quintiles más pobres.

El gasto estimado a partir de la encuesta 2005-2006 en cuidado de adultos, en pesos corrientes de este año, asciende a 100 millones de pesos, aproximadamente 5,5 millones de dólares. Las dos terceras partes de este gasto corresponden a servicios de acompañante. De los hogares con algún tipo de gasto en cuidados, el gasto promedio asciende a \$820. El gasto medio declarado en residenciales de ancianos asciende \$4.520 al mes.

**GASTO EN CUIDADOS POR HOGARES SEGÚN QUINTILES DE INGRESO PER CÁPITA EN PESOS
CORRIENTES DE 2011**

Quintiles de ingresos per cápita	Cuidado en domicilio	Servicio de acompañante	Residenciales de ancianos	Total
1	0	1.433.092	0	1.433.092
2	904.648	3.633.692	192.588	4.730.928
3	2.331.187	8.194.317	233.788	10.759.292
4	5.688.539	16.671.721	1.253.581	23.613.841
5	12.995.627	36.579.713	10.750.326	60.325.666
Total	21.920.000	66.512.537	12.430.283	100.862.820

Fuente: Elaboración propia en base a ENGIH 2005-2006

**PORCENTAJE DEL GASTO EN CUIDADOS POR HOGARES SEGÚN QUINTILES DE INGRESO
PER CÁPITA.**

Quintiles de ingresos per cápita	Cuidado en domicilio	Servicio de acompañante	Residenciales de ancianos	Total
1	0,0%	2,2%	0,0%	1,4%
2	4,1%	5,5%	1,5%	4,7%
3	10,6%	12,3%	1,9%	10,7%
4	26,0%	25,1%	10,1%	23,4%
5	59,3%	55,0%	86,5%	59,8%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia en base a ENGIH 2005-2006

El 59,8% de los gastos en cuidados de adultos son realizados por hogares del quinto quintil. En el caso de residenciales de ancianos, el 86,5% del gasto es realizado por hogares del quintil más alto.

II.2 .i .c) Los programas del sector publico

La protección estatal a personas mayores está institucionalizada en Uruguay en un conjunto de organizaciones que ofrecen una gama limitada de prestaciones. A pesar de que en términos comparativos en Uruguay no hay una gran diversidad de servicios, las prestaciones que ofrecen seguridad económica, como las jubilaciones y pensiones, son casi universales y estas ofrecen, potencialmente acceso a viviendas para jubilados y a hogares de ancianos del tercer sector.

Entre las instituciones públicas prestadoras de servicios corresponde mencionar al Ministerio de Salud Pública, al Ministerio de Desarrollo Social y al Banco de Previsión Social (BPS). Además de estas instituciones, las Cajas de Jubilaciones, Bancaria, Notarial, Policial, Militar y Universitaria administran sus propios sistemas de jubilaciones y pensiones. Por otro lado existen tanto a nivel de los Gobiernos Departamentales, como de distintos organismos públicos una gran diversidad de programas (que se miden en decenas) de atención al adulto mayor.

El Banco de Previsión Social (BPS), creado por la Constitución de 1967 fue disuelto como tal por la dictadura. Pero, en marzo de 1986, el Parlamento aprobó la Ley 15.800 la cual lo reinstauró. Esta Ley le atribuye al BPS, competencias tradicionales de seguridad social (jubilaciones y pensiones, seguro de desempleo, asignaciones familiares –asociadas a su vez con atención sanitaria en materia materno-infantil-), la competencia para “implantar programas y llevar a cabo acciones específicas tendientes a la promoción y desarrollo individual y social de sus beneficiarios, en especial del niño, la mujer y el joven”. Además, la Ley lo habilita a desarrollar programas que propendan a la rehabilitación y reintegración social del anciano así como a instalar hogares colectivos para el amparo y asistencia integral del anciano. No es un dato menor que más del 85% de las erogaciones del BPS se efectúen en prestaciones de Invalidez, Vejez y Sobre vivencia y que la inversión social del BPS sea del orden del 11% del Producto Bruto Interno (PBI).

En el caso específico del cuidado, atención y mejora de la calidad de vida de los adultos mayores, además de las transferencias monetarias, el BPS desarrolla un conjunto de acciones y programas de fuerte impacto.

En la actualidad, el BPS apoya la labor de más de 90 Hogares de Ancianos. Estas residencias sin fines de lucro atienden a una población de casi 3.500 residentes, jubilados y/o pensionistas del BPS a los que se les retiene entre el 70 y el 80% de su pasividad y se les brinda asistencia integral necesaria para una vida cotidiana llevada en condiciones dignas.

Los Hogares reciben, reciben población autoválida, que, en caso que devenga dependientes, continúan su alojamiento en estas mismas instituciones. EL BPS colabora con los Hogares a través de financiamiento para infraestructura y equipamiento, así como con capacitación técnica ofrecida por la Gerencia de Prestaciones Sociales. Además, a través de un programa específico de creación de “cupos cama”, se derivan habitantes de soluciones habitacionales a Hogares cuando su situación de dependencia así lo requiere.

Estas derivaciones proceden de los 165 complejos habitacionales que administra el BPS en todo el país y que cuenta con más de 5.500 unidades habitacionales. A este programa acceden jubilados auto válidos y co habitantes autorizados auto válidos.

En materia de transferencias monetarias, se otorgan jubilaciones por incapacidad total y subsidios transitorios por incapacidad parcial de carácter contributivo, así como pensiones por discapacidad no contributivas.

Además de estas prestaciones se han creado las pensiones de Asistencia a la Vejez. Estas son un subsidio para personas de 65 o más años de edad y menores de 70 años que, careciendo de recursos para subvenir a sus necesidades vitales, integren hogares que presenten carencias críticas para sus condiciones de vida. Es gestionado en forma conjunta por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) y el Banco de Previsión Social (BPS). Está amparada en la Ley N° 18.241. Puede acceder toda persona que tenga entre 65 y 70 años de edad y no posea ingreso alguno.

El BPS cuenta también con una Línea de Préstamos Sociales de muy baja tasa de interés para prótesis y órtesis, mediante la cual otorga préstamos a jubilados y pensionistas de ingresos

bajos, para afrontar el costo de tratamientos que dichas poblaciones requieren para garantizar una calidad de vida autoválida.

En materia de salud, en el ámbito del MSP, el Programa Nacional del Adulto Mayor lleva adelante, múltiples acciones propias de prevención y promoción y también acciones en coordinación con el BPS, la Intendencia Municipal de Montevideo, ONG'S vinculadas a la temática del adulto mayor y grupos de promoción y prevención en Gerontología de las mutualistas y sociedades médicas, talleres y charlas educativas.

A través del Fondo Nacional de Recursos (FNR) se otorgan ayudas técnicas y ortopedia para la atención de prótesis de cadera por artrosis o fractura y prótesis de rodilla por artrosis así como intervenciones de alta complejidad y financiamiento de medicamentos de alto costo.

El Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo, dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), es el primer y hasta el momento único centro socio-sanitario de atención integral al adulto mayor en el país. Allí se atiende a personas adultas mayores en situación de vulnerabilidad y usuarios de ASSE en la capital. Se brindan servicios de corta, media y larga estadía, y se trabaja en la inserción familiar y comunitaria.

A partir del 2005, el Centro Geriátrico ha logrado pasar de lo que en sus comienzos fue un asilo a un Centro Integral de atención al adulto mayor, en el que se trabaja en base a nuevos modelos de gestión: de los cuidados, de los recursos humanos y materiales, de utilización de la planta física, de conocimiento y de promoción de autonomía y participación de los usuarios.

El Hospital de Ojos, inaugurado en noviembre de 2007, cuenta con recursos humanos de excelencia y las tecnologías más modernas disponibles. Ha permitido que 10.000 personas de bajos recursos y con patologías oculares fueran asistidas gratuitamente. Los Jubilados y Pensionistas del BPS (que cuenten o no con cobertura de salud privada) acceden a operaciones de cataratas en forma gratuita cuando perciben un ingreso igual o inferior a las 10 Bases de Prestaciones y Contribuciones. Las personas del Interior y aquellas que carecen de un ámbito familiar que los apoye y una vivienda en condiciones mínimas necesarias para su rehabilitación permanecen alojados (en el pre y post operatorio) en el Centro Tarará – Prado, el cual es un edificio adquirido por el Fondo Nacional de Viviendas para Jubilados y Pensionistas del BPS con el apoyo de la Asociación de Jubilados y Pensionistas del Uruguay (ONAJPU).

El funcionamiento del Centro Tarará – Prado es, cualitativamente, un ejemplo de los resultados que se pueden obtener cuando se trabaja con un alto grado de coordinación interinstitucional: colaboran en el desarrollo de sus objetivos organismos del estado como ANTEL, MSP, ASSE, MIDES y BPS y una organización de la sociedad civil como la ONAJPU que no solo habilitó a la compra del edificio con el fondo de viviendas, sino que coordinó las pesquisas para los potenciales pacientes del Hospital.

La Facultad de Medicina de la Universidad de la República cuenta con un postgrado en Gerontología y Geriátrica destinado a la formación de médicos y desarrolla programas de investigación en este campo. También la Sociedad Uruguaya de Geriátrica y Gerontología está elaborando en la actualidad un proyecto de investigación en la materia.

La Universidad Católica del Uruguay desarrolla un Programa de Gerontología Social que aporta formación general sobre el tema de la vejez, así como un postgrado en Geriátrica y Gerontología para Licenciadas en Enfermería

Cuatro instituciones vinculadas a la atención y el estudio de la situación de los adultos mayores dependientes, organizan cursos de formación y capacitación para cuidadores formales e informales de adultos mayores. La SUGG, el BPS, el Hospital Piñeyro del Campo y la Comunidad Israelita del Uruguay.

Los servicios de cuidado de carácter privado y con fines de lucro brindan en forma no regular cursos de capacitación para sus empleados, cuidadores de enfermos y adultos mayores.

Esta es, en breve síntesis, un listado de los recursos humanos y materiales con los que cuenta el país en materia de atención al adulto mayor en situación de dependencia.

II.2 .ii FINANCIAMIENTO Y GESTIÓN DE LAS PRESTACIONES

Como puede apreciarse de este breve relato de actividades en Uruguay no existe un verdadero sistema de cuidados o de atención al adulto mayor. Existen en cambio un amplio conjunto de programas con bajo nivel de coordinación ofrecidos por el sector público en algunos casos con la colaboración del tercer sector como es en el caso de los Hogares de Ancianos.

Cualquier política social contiene un modelo asistencial, un modelo de financiamiento y un modelo de gestión si es una política integral. Como hemos visto, los cuidados de los adultos mayores en Uruguay son el resultado de una sumatoria de modelos diferentes. En materia de transferencias monetarias, en el caso de las jubilaciones, el modelo de financiamiento es contributivo y, en consecuencia el modelo asistencial, apunta a aquellos que han tenido una vinculación estrecha con el mercado formal de empleo. En el caso de las pensiones de sobrevivencia, en la medida que estas dependen de un trabajador que haya generado el derecho, estas responden al modelo del sistema jubilatorio. La pensión a la vejez es no contributiva, pero su modelo asistencial está limitado a la comprobación de carencia de medios económicos de los mayores de 70 años.

Los servicios de salud enmarcados en el nuevo Servicio Nacional Integrado de Salud (SNIS) son mixtos, tanto en su gestión como en su financiamiento (modelo bismarkiano de seguro para servicios privados o públicos, más modelos residual de comprobación de medios para los servicios públicos y co-pago para las prestaciones, en el caso del sector privado –o mutual-).

El derecho al acceso a los Hogares de Ancianos que cuentan con la colaboración del BPS, o al Programa de Vivienda para jubilados, están condicionados a la calidad de jubilado o pensionista (por lo que su modelo de financiamiento es contributivo). Por otro lado, en el caso de los Hogares, su modelo de gestión es comunitario ya que son instituciones administradas por la sociedad civil.

El acceso, en Montevideo, a los servicios del Centro Geriátrico Piñeyro del Campo está dirigido a los usuarios de ASSE, por lo cual el modelo de financiamiento es no contributivo, es de de

gestión público, pero el modelo asistencial está limitado a la comprobación de medios (hay que probar que se es pobre). Otros servicios públicos a pesar de tener un modelo de financiamiento no contributivo están focalizados sobre las poblaciones específicas que tienen o han tenido vínculo funcional con las instituciones prestadoras, como son algunas prestaciones del Ministerio del Interior.

A las residencias privadas, a los cuidados domiciliarios, a los servicios de acompañante, se accede vía mercado. Por lo tanto el acceso, así como la calidad de los servicios está condicionado por la capacidad de pago de las familias.

Esta diversidad de modelos asistenciales, de gestión y de financiamiento, indica que los programas existentes surgieron en momentos diferentes y con objetivos también distintos. Factores tales como la fragmentación de programas y la prevalencia de un modelo de cuidados familiarista, así como la onerosidad de muchos de los servicios de cuidados no solo limitan el acceso de los ciudadanos a los mismos, sino que dificulta la aparición de servicios que en otros países están muy desarrollados y que en Uruguay, si existen, tienen un alcance muy reducido.

Entonces, tal como lo sostiene el informe de “Bases para la creación de un sistema nacional de atención al adulto mayor”:

“La falta de una programación integral de servicios que proporcione soporte para las personas mayores frágiles y dependientes contribuye al aumento de situaciones de abandono y negligencia de cuidados, así como favorece la exclusión social ante la situación de institucionalización. La carencia de dicha programación que articule servicios de larga duración con la base comunitaria e institucional resulta en una situación de ineficiencia para el gasto estatal, las familias y los servicios sociales. La insuficiencia de cuidados domiciliarios demanda mayores días de internación para enfermos agudos en servicios de salud.”

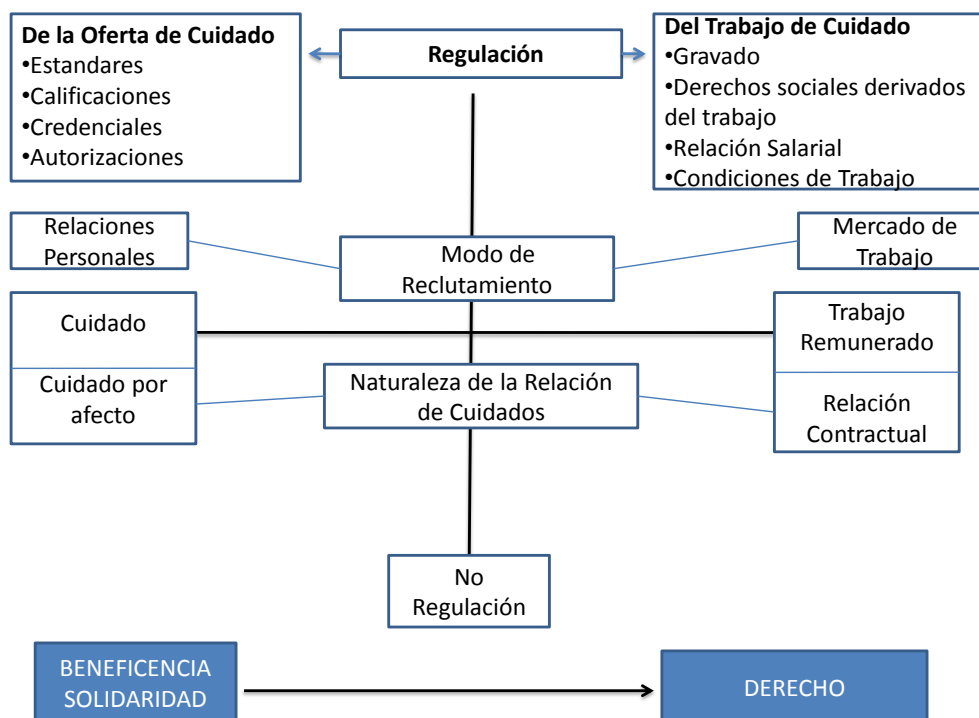
A esta falta de integración de tipos de servicios (larga duración con corta duración, base comunitaria con base “institucional” –o pública-) debe agregarse la necesidad de avanzar hacia un modelo asistencial, de financiamiento y de gestión que habilite a una buena coordinación de los diversos programas existentes. La coordinación entre programas que tienen filosofías comunes y que tiene bases de financiamiento también comunes, es más sencilla que si la misma se realiza entre instituciones cuyos programas de cuidados tienen filosofías y modelos de gestión y financiamiento muy diversos. Ciertamente esto no tiene porque afectar a las políticas de transferencia de ingresos pero sí debería impactar sobre los servicios socio-asistenciales y socio-sanitarios.

Cuales son las lecciones que pueden sacarse de las políticas de cuidados de los países de la OECD como para avanzar en Uruguay hacia un sistema de cuidados para el adulto mayor es lo que se discutirá en la sección siguiente.

III. POLITICAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN LA OECD

En Europa, en los países de la OECD y en general donde han comenzado a desarrollarse políticas de cuidados para el adulto mayor, los modelos han avanzado en formalidad y en regulación, desde las regulaciones provenientes de las relaciones afectivas a las regulaciones basadas en relaciones contractuales y de mercado. La regulación en un marco de mayor formalización del cuidado cumple la doble función de asegurar la calidad de los servicios por un lado y por otro de asegurar las condiciones contractuales salariales y de trabajo de los trabajadores del sector.

III.1 LOS MODELOS DE REGULACIÓN



Gráfica elaborada en base a Ungerson, 2005

La regulación de los sistemas de cuidados ha ido avanzando del mundo de los servicios informales basado en la beneficencia, la solidaridad y el afecto a modelos formales basados en el derecho y las normas que regulan los servicios y el mercado de trabajo. Así se ha pasado de la no regulación a la regulación y, dentro de esta tanto a la regulación de los servicios (lo cual asegura la calidad) como a la regulación del mercado de trabajo (lo cual indirectamente también asegura calidad, pero directamente asegura las condiciones laborales de los trabajadores del sector).

Se ha ido pasando de un modelo de cuidados basado en las relaciones personales a otro basado en el mercado de trabajo y de un trabajo no calificado a otro calificado. Esto ha impactado sobre la fijación de estándares de calidad, los que tienen como centro la acreditación de competencias de los cuidadores, la autorización normada del funcionamiento de los servicios y los aseguramientos de calidad mínima.

Así, en ese continuo informalidad-formalidad del cuidado puede hablarse de modos de producción de cuidados lo que involucra, como se ve más abajo a las fuentes de recursos (como se financia el sistema), a los proveedores de los servicios, a los receptores de los mismos y a las modalidades de reclutamiento de los trabajadores-

Modos de Producción de Cuidados

Fuentes de Provisión	Fuentes de Recursos	Proveedor	Receptor	Reclutamiento
Informal	Trabajo Familiar	Familia, Amigo, Barrio o Comunidad	Familia, Amigo o Vecino	Familiar, Amigo o Vecino
Voluntario, Caridad	Colectas, trabajo,	Voluntariado, Iglesia, Comunidad	Persona Aprobada	Voluntario Honorario
ONG	Colectas, Aportes, Subsidio, Pago	Organización Sin Fines de Lucro	Cliente, Persona Aprobada	Trabajador Semi Profesional Pago o No Pago
Privado Comercial	Cobro, Subsidio Público	Empresa	Consumido Cliente	Trabajador Semi Calificado o no, Pago
Público, Local o Central	Impuestos, Co-Pago por Servicios	Gobiernos: Local Central, y Terciarizado	Ciudadanos	Trabajador Semi o no Calificado Pago

Elaboración propia en base a Geissler Birgit y Birgit Pfau-Effinger (2005)

III.2 LOS MODELOS DE SERVICIO

En cuanto a los servicios de cuidados, estas se estructuran en torno de dos grandes ejes. El primero es el de las instituciones de alojamiento y asistencia médica. Se refiere a la provisión de residencia permanente o temporaria, individual o colectiva (incluyendo hospitales) para la población adulta mayor (esta sección esta basada fuertemente en Guillemard, Anne Marie, 1992).

El segundo eje es el de las políticas de mantenimiento a domicilio. Estas están constituidas por un conjunto de programas orientados a retrasar o descartar la institucionalización de esta población. Estos programas son considerados menos costosos y más humanos que la institucionalización (evitan la pérdida de inserción familiar y social y los impactos

sicosomáticos que esto implica), y su aplicación se ha desarrollado fuertemente a partir de la década de los 70.

III.1.i HOGARES – RESIDENCIA

Estas son estructuras de alojamiento colectivo menos coercitiva y de mayor grados de libertad individual. Requiere un grado alto de independencia y, en consecuencia la persona debe encontrarse en un buen estado psíquico y físico. Estas residencias son, obviamente para personas independientes. En cuanto las condiciones físicas y/o psíquicas se deterioran, los niveles de dependencia aumentan y los servicios sociales o de salud requeridos o demandados aumentan.

En Europa se han adoptado distintas soluciones frente a esta realidad: Viviendas adaptadas (plantas bajas acondicionadas, por ej.); Viviendas protegidas (viviendas adaptadas situadas en la proximidad de servicios médicos y/u hospitalarios; viviendas – servicios (viviendas con servicios especiales de alto costo).

El caso de Suecia es paradigmático. La ciudad de Linköping (115.000 habitantes) está subdividida en 7 distritos de intervención médica y social. Los minusválidos se instalaron en pequeñas unidades de 30 a 35 viviendas localizadas a no más de 200 o 300 metros de los centros de asistencia médica y social. Los hogares residencia cuentan, en la planta baja con servicios médicos y con servicios sociales a los que los residentes pueden acceder. En general se busca insertar este tipo de residencias en un entorno urbano o rural que no genere efecto gueto.

Este modelo tiene dificultades para responder a las necesidades de la población dependiente por lo que en Alemania o Dinamarca, por ejemplo, se busca integrar los hogares residencia con complejos más importantes con una gama de servicios también más compleja y amplia. De esta forma las personas que van perdiendo autonomía no precisan cambiar de establecimiento con la consiguiente sensación de traslado a un medio radicalmente diferente. Lo que se busca es dar alternativas no dicotómicas sino con una amplia gama que no representen cortes radicales en la situación de vida sino una evolución.

En Alemania el ejemplo de los “Drei-Stufen-Heime” son instituciones de grandes dimensiones estructuradas a tres niveles: hogar residencia, asilo para ancianos y centro para estancias prolongadas. Estos centros no implicaban el traslado sino que tenía en su interior una gama amplia de servicios asociadas a los grados de independencia de los residentes. En lo hechos se convirtieron en instituciones de dos niveles, desapareciendo el asilo para ancianos porque se mejoraron los servicios de los hogares residencia y la calidad del hábitat en los centros para estancias prolongadas.

III.1.ii ESTRUCTURAS DE ALOJAMIENTO COLECTIVO

Otorgan mayor importancia a la dimensión colectiva que los hogares - residencia. Su función principal es la de dar alojamiento, no prestar asistencia médica. En países como Suecia donde hay una densidad alta de servicios médicos y estos son de alta calidad, suceden dos cosas. Primero, los ancianos son más independientes por sus condiciones sanitarias (por lo cual pueden apelar más a las soluciones habitacionales individuales) y segundo, la mayor densidad de la red asistencial permite una mejor coordinación entre las residencias y los centros de salud. Donde esto no es así (como en Bélgica) la autoridades apuntan a medicalizar una proporción de camas.

Estas soluciones están mal cubiertas por la seguridad social. Los gastos por asistencia médica son, en general, los únicos cubiertos por el sistema. Los demás gastos (alojamiento, alimentación, etc.) corren por cuenta de la persona o su familia.

III.1.iii CENTROS DE ASISTENCIA MÉDICA Y PARA ESTANCIAS PROLONGADAS

Aquellos que se alojan en estos centros tienen mayor grado de dependencia que quienes lo hacen en los hogares de ancianos, por lo cual están más medicalizados. Por eso es una población muy dependiente de la estructura de acogida.

Hay tres grandes tipos que dependen del grado de riqueza del país:

- Inferior a la media: Hospital

En los países que los centros de asistencia médica especializada no existe o son incipientes o de reciente creación, se han creado servicios para estancias prolongadas dentro de los hospitales generales (Francia y Bélgica) pero estando dentro del mismo hospital nos se rigen por el mismo sistema de financiación, con lo cual se distingue entre la cobertura médica y el alojamiento que corre por cuenta del internado o la familia. El problema que mantiene esta estructura es que no contempla los servicios sociales necesarios para esta población, al mantener un modelo técnico hospitalario con lo cual el problema de la edad avanzada está medicalizado.

Finalmente existen instituciones “nursing homes” usados por personal de edad avanzada que no precisan cuidados médicos especializados sino tratamiento paramédico o de enfermería. Son instituciones caras, se financian con el seguro de salud (parcialmente, o en forma privada y solo en Dinamarca son financiados enteramente por el estado). En general el problema con el que luchan todas estas instituciones es el de la guetización y el de la medicalización. Esta última situación es difícil de resolver y existen pocos casos localizados en Alemania, Países Bajos, Dinamarca).

Los hospitales no están pensados, generalmente para el tratamiento de las personas de edad avanzada. Algunos hospitales han incorporado secciones especializadas. Casi sin excepciones estos gastos corren por cuenta de los servicios de salud cuando no se contabilizan las estancias

prolongadas, en cuyo caso, el sistema de habitación es el responsable del pago (ya sea privado, público o mixto).

En Alemania donde el Hospital juega un rol importante en la atención a la población adulta mayor, se han detectado los siguientes problemas:

- una proporción muy baja de personas residiendo en nursing homes y residencias,
- predominio de enfoque biomédico sobre el social
- enfermedades crónicas son interpretadas como períodos de enfermedades agudas que precisan ser tratadas en hospital,
- se producen multiplicidad de ingresos al hospital como resultado de deficitarios tratamientos pos hospitalarios por inexistencia o debilidad e las instituciones comunitarias por lo cual los pacientes deben reingresar en los hospitales.
-

III.1.iv POLITICAS DE MANTENIMIENTO A DOMICILIO

En Europa se esta avanzando hacia políticas de mantenimiento domiciliario frente a políticas de institucionalización. En Bélgica, inclusive, desde 1977 la institucionalización esta sujeta a aprobación de una comisión municipal especial, lo mismo sucedía en Bélgica desde tiempo atrás. Esto se debe a dos motivos:

En primer lugar, se considera que la “deslocalización” el retiro de los ancianos de sus espacios de vida impacta negativamente sobre la autonomía, la integración social y las condiciones psicosociales.

Ayudas a domicilio

Hay dos tipos de ayuda: a) ayudas domésticas (relacionadas con las tareas del hogar) y b) servicios de cuidado de enfermería a domicilio. Estas últimas ayudas se brindan a personas que padecen enfermedades crónicas físicas o mentales más o menos invalidantes pero se dan también a aquellos que tienen que pasar períodos críticos. Además de las ayudas domésticas se da apoyo en trámites, compañía,

Hay un debate en torno a este punto pero, en general, se considera que estas medidas son más económicas y que promueven un ahorro importante de gasto público. Estas ayudas cobren mejor el medio urbano que el rural por la dispersión de la población de este último.

Mejora de las condiciones de vida y promoción de la autonomía

Estos programas permiten mantener la reposición de ciertos bienes que por la caída de los ingresos de los pasivos no sería sostenibles por la persona: mantenimiento de la vivienda, mecanismos que permiten una ágil comunicación con el exterior en caso de urgencia, mejoras en la accesibilidad y uso de las viviendas por parte de personas con algún tipo de deficiencia, etc.

Centros de asistencia médica de día, hospitalización a domicilio

Los hospitales de día son estructuras hospitalarias que evitan la institucionalización. Estas instituciones están más desarrolladas en los países nórdicos y ofrece una alternativa a la institucionalización y a la carga de cuidados familiares. En estos países las viviendas para adultos mayores tratan de construirse en las proximidades de instituciones del tipo aquí descrito.

La hospitalización domiciliar hace que el equipo médico y de enfermería se desplace a la residencia del usuario del servicio. Nuevamente la proximidad de la vivienda del centro de atención de salud es clave. Esto exige una fuerte interacción entre servicios sociales y médicos.

Centros de Sociabilidad

A los efectos de que el mantenimiento de los adultos mayores en la residencia individual no se constituya en un factor de aislamiento y de inseguridad, los centros de día y centros de noche ofrecen una gama de actividades sociales y recreativas importante.

III.3. MODELOS DE FINANCIAMIENTO



Los modelos de financiamiento que se grafican más arriba están estrechamente ligados con el modelo asistencial y de gestión de los diversos sistemas.

Así el modelo no contributivo que se financia a través de rentas generales es el modelo existente en los países nórdicos y en Holanda. Su modelo de atención y sus prestaciones tienen larga data y acompañaron el proceso de desarrollo del estado de bienestar de estos países. Es un modelo al cual se contribuye proporcionalmente a los ingresos pero los servicios son

derechos de ciudadanía a los que se accede simplemente por necesidad. Por este motivo es que no se realiza una comprobación de medios, no se requiere ser pobre para acceder. Los derechos son garantizados universalmente y la calidad es homogénea independientemente de la capacidad contributiva de las personas. Este sistema es el más caro y representa un alto porcentaje del gasto público, por la universalidad de su cobertura. Las prestaciones se brindan mayoritariamente en servicios que son gestionados municipalmente.

El segundo modelo el que se basa en las contribuciones directas (contribuciones sobre los salarios), son los llamados sistemas contributivos y están vinculados a la capacidad de pago de las personas que aportan al seguro social. Funcionan como un seguro que se financia con una contribución adicional a la seguridad social.

En este sistema las prestaciones monetarias tienen un peso mayor que en el sistema universal y los beneficios tienen un tope. En este caso los copagos tienen la naturaleza de instrumentos de cofinanciación y no de tasas moderadoras como suele verse en los sistemas de salud. Estos seguros son un pilar de la seguridad social pero su acceso no está limitado por una comprobación de medios (no hay que probar ser pobre), sino por la existencia de contribuciones previas al seguro social. Las prestaciones económicas están centralizadas los servicios descentralizados.

Su costo es más bajo que el del sistema universal ya que las prestaciones son más limitadas.

Este es el llamado modelo corporativo de países como por ejemplo Alemania y Austria y Francia.

Hay un tercer modelo en el cual el financiamiento es una función de la capacidad de pago de las familias. Se accede a los servicios vía mercado y solo cuando las personas prueban que carecen de medios y bajo ciertas condiciones, estas pueden acceder a prestaciones monetarias o de servicios generalmente a través de un voucher. En estos casos no hay un derecho al cuidado, y predominan las relaciones monetarias. Este modelo de Mercado o Residual esta presente en Gran Bretaña y los Estados Unidos.

El Documento del Grupo de Trabajo hace una clasificación que de alguna forma sintetiza en cuatro modelos las diversas formas asistenciales, de gestión y de financiamiento. Estos serían:

- a. Modelo Nórdico o Social-Demócrata (se aplica en: Suecia, Noruega, Dinamarca, Holanda). Este modelo enfatiza en los derechos universales, y brinda servicios basados en las necesidades individuales, en vez de restringidos a grupos sociales desfavorecidos (modelo asistencial) o ligados a la trayectoria de empleo (modelo corporativo). Hay una colectivización de las necesidades: el conjunto de la sociedad se responsabiliza de procurar bienestar a los individuos. La protección es universal, la financiación es mediante impuestos y es una provisión pública. (Puga, D. 2010)
- b. Modelo Continental o Corporativo (se aplica en: Alemania, Austria, Francia, Luxemburgo y Singapur) Los beneficios están basados en seguros, la protección social está ligada a la trayectoria de empleo. Es de protección individual mediante un Sistema de Seguridad Social, la financiación es mediante cotización individual (±obligatoria). Es de provisión público/privada. (Puga, D. 2010)

- c. Modelos de provisión de servicios sociales o Anglosajón o liberal-asistencial (se aplica en: Irlanda, Reino Unido, USA e Israel). Enfatiza formas de apoyo de mercado, los ciudadanos compran su nivel de bienestar en un mercado de servicios de atención personal. La cobertura del riesgo/seguridad es una cuestión de iniciativa individual. El estado solo provee cobertura para los más frágiles, la cobertura es limitada. Sistema público, financiado mediante impuestos, destinado a satisfacer las necesidades básicas de la población con insuficiencia de recursos. Provisión privada (Puga, D. 2010).
- d. Modelo Mediterráneo o Familiar-asistencial (se aplica en: España, Italia, Portugal y postula bases para algunos países de América Latina). El estado del bienestar está poco desarrollado. El mercado es poco flexible y eficaz. Las familias compensan estas instituciones poco eficaces. Las familias se responsabilizan del bienestar de sus miembros. La cobertura del riesgo/seguridad es una cuestión familiar. El estado solo provee cobertura para los más frágiles. Cobertura limitada. Sistema público, financiado mediante impuestos, destinado a satisfacer las necesidades básicas de la población con insuficiencia de recursos. Provisión privada. (Puga, D. 2010)

IV. ESCENARIOS Y PROPUESTAS A DISCUTIR: ELEMENTOS DE UN MODELO DE CUIDADOS PARA EL ADULTO MAYOR

IV.1. Regulación de prestaciones

La normativa que regula la atención a la tercera edad en el Uruguay la normativa de rango legal y reglamentario sobre protección de adulto mayor esta dispersa en un conjunto de normas de diferente naturaleza como:

- la ley Nº 17.066 de 24.12.98, que regula lo atinente a hogares de ancianos;
- el decreto Nº 320/999 de 01.10.99, que contiene la reglamentación técnica de los alojamientos privados para adultos mayores, en cumplimiento de lo dispuesto por la ley Nº 17.066;
- la ley Nº 17.866 de 21.03.05 (de creación del MIDES la cual le da competencia a dicho Ministerio en la ejecución, supervisión, coordinación, programación, seguimiento y evaluación de políticas, estrategias y planes en el área de adultos mayores, así como en la regulación, promoción, seguimiento y monitoreo de las actividades de las entidades estatales que actúan en esa materia
- el decreto Nº 360/004 de 07.10.04, que, en el marco de la financiación de soluciones habitacionales para pasivos del BPS, y teniendo en cuenta las situaciones de alto riesgo y de deterioro de autovalidez de algunas personas de este colectivo, estableció un subsidio para el pago de servicios de un hogar para adultos mayores,
- el decreto Nº 159/006 de 02.06.06, que regula la implementación del carné del adulto mayor, el cual debe completarse para toda persona de 65 años cuando entra en contacto con un efector de salud, y que contiene importante información sobre su situación de salud y las condiciones más relevantes para su atención;
- la ley Nº 18.222 de 20.12.07, que mandata al BPS a retener de las pasividades que paga, y dentro de ciertas condiciones, las cantidades que les comuniquen los hogares de ancianos registrados y adheridos al programa que administra aquel Instituto y las instituciones públicas con análogas funciones, sumas destinadas a cubrir las necesidades de los pasivos que residan allí;
- la ley Nº 18.617 de 23.10.09, que crea el Instituto Nacional del Adulto Mayor (INAM), en la órbita del MIDES. Entre sus competencias, están las de promover en forma integral a los adultos mayores, promover programas que logren su desarrollo pleno e integración social y económica, coordinar y coejecutar la aplicación efectiva de las políticas de salud integral, apoyo e integración social, y elaborar un Plan Nacional de Promoción, con los principios rectores que establece el art. 4º. Importa especialmente el numeral 1 de este artículo 4º, en tanto hace referencia al modelo de “cuidados progresivos” y a privilegiar “la atención con base

comunitaria, creando alternativas a la institucionalización y generando condiciones de apoyo para la atención en el ámbito familiar.”

Esta ley N° 18.617, en su art. 2º literal D, hace referencia a los derechos de los adultos mayores establecidos en la Plataforma de Acción de la Convención de Población y Desarrollo de 1994, derechos “cuyo ejercicio debe incorporarse en las acciones y programas dirigidos a esta población”. Y dicha Convención, entre los objetivos de acción hacia las personas de edad, tiene los siguientes:

“a) Aumentar, mediante los mecanismos adecuados, la autonomía de las personas de edad y crear condiciones que mejoren su calidad de vida y les permitan trabajar y vivir en forma independiente en sus propias comunidades tanto tiempo como puedan o deseen;

b) Establecer sistemas de atención de salud y sistemas de seguridad económica y social para las personas de edad, según proceda, prestando especial atención a las necesidades de las mujeres;

c) Establecer un sistema de apoyo social, en los planos oficial y no oficial, con vistas a aumentar la capacidad de las familias para hacerse cargo de las personas de edad”.

IV.2. HACIA LA CREACIÓN DE UN SISTEMA DE CUIDADOS PARA EL ADULTO MAYOR

La normativa reseñada, establece que los derechos de los adultos mayores deben contemplar políticas que se orienten a aumentar la autonomía de esta población. Esto significa que una política de cuidados debe estar orientada por dos grandes ejes rectores. El primero es el de actuar sobre las condiciones que genera la dependencia y se relaciona directamente con el desarrollo de políticas y programas de promoción y prevención que tiene que ver fundamentalmente con el sector salud pero también con el recreativo, deportivo, etc.

El segundo eje es el de la búsqueda del retraso de la institucionalización de las personas en situación de dependencia. Esto implica dos tipos de acciones. La primera son las relacionadas con el apoyo a las personas en situación de dependencia a través de programas que aumenten la autonomía de las personas tales como las ayudas técnicas (accesibilidad en los hogares, tele asistencia, etc.). La segunda tiene que ver con los servicios de atención y cuidados tales como servicios de atención en centros de día y noche (que son al mismo tiempo programas de respiro para los cuidadores familiares), servicios a domicilio para la atención de las necesidades del hogar y los cuidados personales y centros de atención a dependientes con discapacidad (como centros de rehabilitación).

Asimismo, tal cual lo declara el Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género (CNCPPIG) (2011) para que esta sea una política de derechos que también reconozca los derechos de las mujeres como “se deben enfatizar las acciones favorables a las mujeres mayores en la seguridad social y en el sistema de salud. Las acciones positivas para este colectivo, tienen claros fundamentos: la mayoría de las personas mayores son mujeres, la mayoría de las personas de la familia que cuidan son mujeres, la mayoría de las personas mayores con problemas de salud son mujeres y la mayoría de las personas mayores solas son

mujeres.” La afirmación del Consejo no es solo una declaración de principios, ella es correcta empíricamente, como hemos visto la mayor parte de las personas en situación de dependencia y la mayoría de las cuidadoras son mujeres.

Por esto motivos el Consejo entiende que los servicios prioritarios:

- a. servicios de atención domiciliaria en tres modalidades: preventiva, asistencial y socio-educativa.
- b. tele-asistencia.
- c. residencias diurnas y nocturnas.
- d. licencias de respiro para cuidadoras/es familiares.
- e. espacios de escucha o intercambio colectivo entre cuidadores/as.

También para las situaciones de gran dependencia se hace imprescindible mejorar la vigilancia, monitoreo y evaluación de los centros residenciales, lo cual estaría a cargo del Instituto del Adulto Mayor tal cual lo establece la Ley.

La normativa también establece que el sistema de cuidados debe tener una naturaleza progresiva, es decir que el menú de servicios debe ordenarse con una lógica sistémica que se estructure avanzando desde la promoción hasta el cuidado de los grandes dependientes. Esto se deberá hacer adoptando algún modelo que respete la institucionalidad existente pero que apunte a mejorar las condiciones de regulación tanto de los servicios como del mercado de trabajo.

En el año 2007 se elaboró un documento interinstitucional (ASSE, BPS, MIDES, MSP) llamado Bases para la creación de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor que avanza en un modelos asistencial posible que precisamente reconoce los cuidados para los adultos mayores como derechos ciudadanos (lo cual supone universalidad), así como las nociones de progresividad (de baja a alta complejidad, de corta a larga duración), de continuidad (no interrupción de la prestación de servicios), de integralidad (sanitarios y sociales) y de coordinación (local, sectorial, interinstitucional y participación ciudadana). Además se propone la creación de un centro de referencia con capacidad de derivación y una atención basada en la persona.

El documento del Sub Grupo de Trabajo de Adultos Mayores hace una enumeración exhaustiva de los servicios que un sistema de cuidados debería incorporar. Lo hace tomando en cuenta niveles de dependencia que puedan detectarse en los adultos mayores. La enumeración de los servicios que realiza este documento es la siguiente:

- a. Servicio de ayuda a domicilio: Se constituye con el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria.
- b. Servicio de tele-asistencia: Este servicio facilita asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios

personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia, o de inseguridad, soledad y aislamiento.

- c. Centros de día o de noche: Centros que ofrecen una atención integral durante el periodo diurno o nocturno a las personas en situación de dependencia, con el objetivo de mejorar o mantener el mejor nivel posible de autonomía personal y apoyar a las familias o cuidadores. En particular cubre las necesidades de asesoramiento, prevención, rehabilitación, orientación para la promoción de la autonomía, habilitación o atención asistencial y personal.
- d. Centros de rehabilitación: Constituyen un conjunto muy variado de recursos, tanto dentro del sistema de salud como en el ámbito de los servicios sociales.
- e. Centros ocupacionales: Tienen como finalidad asegurar los servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social a las personas con discapacidad.
- f. Centros residenciales: El servicio de atención residencial ofrece servicios continuados de carácter personal y sanitario. La estancia en estos puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o periodos de descanso de los cuidadores no profesionales.
- g. Viviendas tuteladas: Grupo de viviendas especialmente diseñadas para recibir equipamiento asistencial necesario, de tal manera que puedan brindar servicios en 3 áreas: mantenimiento y seguridad, abastecimiento, mejorar y estimular la socialización.
- h. Centros de respiro familiar: Destinados a prestar servicios de atención integral por un período limitado de tiempo a miembros de una unidad familiar, con el fin de permitir a sus cuidadores espacios de tiempo libre y descanso.
- i. Servicios de prevención de las situaciones de dependencia: Conjunto de programas, ayudas y personal que atienden las necesidades y tiene por finalidad prevenir la aparición, el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.

Todas estas prestaciones en un Sistema de Cuidados deben ordenarse por niveles de complejidad con una visión sistémica.

Un modelo de sistema asistencial posible aunque no el único, debería estructurarse en torno a dos áreas verticales de intervención, sanitaria y social. Estas áreas estarían fuertemente coordinadas e integradas desde la base por un modelo de gestión que tenga en su vértice el Instituto Nacional del Adulto Mayor.

Estos a través de un sistema de “gestión de casos” valorarían funcional y socialmente a los potenciales beneficiarios. Para esto se requeriría, como ya hemos dicho, un baremo que mida la situación funcional de los potenciales beneficiarios pero la situación socioeconómica de las personas para que el ingreso al sistema se realice sobre bases objetivas. Un baremo que determine situación socioeconómica solo es necesario si el modelo de inclusión es progresivo, tal cual hemos discutido más arriba.

El sistema, estaría basado en un modelo de cuidados progresivo que retrase la dependencia y que privilegie, de acuerdo al nivel de complejidad de las necesidades socio-asistenciales de las personas, la atención a domicilio sobre la institucionalización.

De esta manera los servicios enumerados arriba se ordenan por niveles de complejidad.

La regulación de un sistema de este tipo requiere una fuerte coordinación interinstitucional entre las autoridades del área social y sanitaria. Hay un primer nivel de gobernanza que se establecería desde el Instituto del Adulto Mayor y con una coordinación que podría establecerse en algo parecido a una Junta Nacional de Cuidados. Los cuidados de acuerdo a su complejidad, podría estar ordenados en niveles como el sistema sanitario

IV.3 LAS ETAPAS DE CONSTRUCCIÓN DEL SISTEMA

La construcción de una política de Cuidados para el adulto mayor enfocado en la dependencia supone el diseño de un sistema que tenga en cuenta los aspectos específicamente sociales de los mismos así como también los aspectos sanitarios. La construcción de este sistema debe relacionar estrechamente ambos sectores y avanzar hacia la definición de un sector de cuidados sociosanitarios. En primer lugar porque muchas de las situaciones de discapacidad y de dependencia tienen su origen en afecciones de la salud que no fueron debidamente atendidas y/o prevenidas. Por ese motivo en una visión sistémica retrasar la aparición y/o profundización de afecciones crónicas y degenerativas que pueden dar lugar a discapacidad y posteriormente a dependencia deben ser una de las tareas de un sistema de esta naturaleza. En segundo lugar porque sin bien los cuidados hacia las personas en situación de dependencia demandan calificaciones esencialmente de tipo social, los niveles de vulnerabilidad física y psíquica de los adultos mayores puede requerir de intervenciones sanitarias en distintos momentos de la vida de la persona dependiente.

Esta visión sistémica requiere una arquitectura que tenga en cuenta los diferentes grados de dependencia de las personas los cuales son valoradas con distintas escalas según el sistema que se analice en el mundo.

Pero un sistema completo no es solo su arquitectura, son también sus recursos de infraestructura, humanos, materiales y financieros. Es también una población heterogénea con grados y tipos diversos de dependencia que relaman servicios y atención diferenciada. La incorporación de toda la población basada en una lógica de derechos (accede al sistema quien lo necesite) implica un desafío para el país que hoy es inviable si se desea incorporar en un breve plazo a toda la población adulta mayor en situación de dependencia.

Por estos motivos se afirma que el sistema se construirá por etapas incorporando en primer lugar a los adultos mayores en situación de dependencia más vulnerables. La vulnerabilidad

puede ser entendida como grado de dependencia funcional y la incorporación podría darse paulatinamente pasando de los grandes dependientes a los dependientes leves o moderados. Pero en un país con recursos escasos habrá que avanzar hacia la construcción de un instrumento de medición de la dependencia/vulnerabilidad que incorpore los aspectos funcionales pero también los económicos y sociales. Es decir se puede ser gran dependiente funcionalmente pero no se es dependiente desde el punto de vista de los recursos disponibles para reducir o mitigar la dependencia y aumentar la autonomía mediante la compra de servicios o su provisión por redes sociales o familiares.

En tercer lugar la dependencia se mitiga y la autonomía se promueve mediante el empleo de ciertos instrumentos propios de las tecnologías de cuidados (servicios especializados). Este trabajo (y otros disponibles en el país) muestran que en términos comparativos Uruguay tiene una gama limitada de servicios que no dan cuenta de todas las necesidades. Por lo tanto avanzar en un sistema implica la incorporación de las personas en situación de dependencia pero también la incorporación de estas personas a servicios concretos que en algunos casos existen y están desarrollados, en otros solo lo están parcialmente y en otros casos directamente el país no cuenta con ellos.

En este trabajo hemos avanzado limitadamente en la identificación de la población de adultos mayores dependientes. Esto nos permite hacer una primera aproximación al problema. Sin embargo la información con que cuenta el país para dimensionar el problema de la dependencia es insuficiente. Sabemos que el acceso a servicios de cuidados es esencialmente familiar, y en segundo lugar de naturaleza mercantil. La naturaleza familiar de los cuidados penaliza a las mujeres y en particular a las mujeres más pobres. La naturaleza mercantil de los servicios sesga las posibilidades de acceso desfavoreciendo a los más pobres, a las mujeres, a los dependientes que viven solos y a los que viven con su pareja.

Esta primera etapa nos permite afirmar entonces que la población de adultos mayores que hay que incorporar primero tiene ese perfil sociodemográfico. Pero hoy, con la información disponible, sabemos poco de la necesidad específica de cuidados que esa población requiere. No es lo mismo el gran dependiente que el dependiente moderado, no es igual el tipo de servicio que puede precisar quien requiere de ayudas técnicas para desplazarse en su hogar o fuera de él que aquel que está precisado de institucionalización o de terapia de rehabilitación.

Por este motivo proponemos que como segunda etapa de esta consulta se lleve adelante una encuesta específica sobre dependencia que pueda relevar cabalmente, las necesidades de la población.

En tercer lugar sugerimos que se revise el catálogo de prestaciones existente y que se comience con un proceso de mejora de los mismos, tanto en lo que hace a la calidad como al financiamiento y la accesibilidad. Esto implica avanzar en la mejora de los hogares colectivos existentes administrados por el tercer sector y que se los dote de los recursos financieros necesarios, al mismo tiempo que se apoye el fortalecimiento de su gestión.

En cuarto lugar debería avanzarse en la adecuación de las residencias para autovalidos administradas por el BPS. Esto significa dotarlas de servicios mínimos de cuidado que pueden realizarse en coordinación con los servicios sociosanitarios y socioasistenciales del MIDES de

ASSE y del sistema mutual. Si bien en este estudio no hemos realizado un relevamiento de las condiciones socioasistenciales y sociosanitarias de la población que viven en los hogares y en las residencias su población está en el entorno de los ocho a nueve mil ancianos. Son viviendas individuales (los complejos residenciales) y colectivas (los hogares) orientados hacia población autoválida. Son muy diferentes en uno y en otro caso, pero lo importante es que la capacidad de respuesta del sistema ante situaciones de dependencia hoy es baja. Por este motivo es que usando la infraestructura existente y la experiencia de gestión del tercer sector y del estado, se podría avanzar hacia la creación de servicios con un costo marginal bajo si se lo compara con iniciar acciones de creación de servicios de este tipo desde cero.

En quinto lugar, como hemos visto hay una población en situación de dependencia, en primer lugar en hogares unipersonales y en segundo lugar en hogares biparentales que precisando ayuda para las actividades de la vida cotidiana, no la está recibiendo. No sabemos cual es el tipo de ayuda que precisa y, presumiblemente, no deben ser grandes dependientes porque de lo contrario estos no podrían sobrevivir. Esta población podría ser sujeto de ayudas por parte de los servicios de acompañantes del sector privado hoy existentes pero, que para poder cumplir con esta función de ayuda domiciliaria, deberían reconvertir al menos parte de sus funciones.

Pero veamos en mayor detalle las primeras estimaciones que es posible realizar a partir de nuestro análisis de las encuestas de 2006 y 2004 de la magnitud y vulnerabilidad funcional, económica y social de la población adulta mayor y como ello debiera guiar prioridades, servicios y coberturas. .

En función de las fuentes disponibles y en grandes números, en el país **hay 111.000 adultos mayores con alguna discapacidad**. De esos 111.000 adultos mayores 70.000 son mujeres y 40.000 son hombres. De ese total más de la mitad (66.000) son adultos de más de 75 años de los cuales 66% son mujeres (44.000). Es claro entonces, la población de 75 años y más, particularmente femenina, con presencia de discapacidad, constituye el colectivo cuya magnitud es la más próxima para el dimensionamiento de las situaciones de dependencia sobre las que los servicios de cuidados debería comenzar focalizando.

Otro subconjunto de las personas mayores vulnerables son aquellas que viven solas y entre estas las mujeres. En el país, como hemos visto hay 111.000 adultos mayores viviendo solos (76% mujeres y 24% hombres) de los cuales mas de 31.000 tienen alguna discapacidad permanente. De estos 111.000 adultos mayores con alguna discapacidad permanente más de 31.000 viven solos lo que significa un grado aún mayor de vulnerabilidad.

La encuesta de discapacidad de 2004 revela que personas, siendo portadoras de alguna discapacidad permanente, no pueden valerse por si mismas para actividades de la vida cotidiana y precisan ayuda de terceros. También nos dice quienes de estos dependientes precisan ayuda y la reciben, quienes no y quienes la reciben solo parcialmente. Los valores que registran las respuestas a estas preguntas nos permitirían acercarnos a un índice de vulnerabilidad si bien no al grado de dependencia por limitaciones funcionales.

De los algo más de 92.000 adultos mayores con alguna discapacidad permanente que registra la encuesta del 2004, 54.350, es decir casi un 60% precisa ayuda de terceros para realizar

actividades de la vida cotidiana (la encuesta de discapacidad de 2004 registran cerca de 93.000 adultos mayores con alguna discapacidad frente a 111.000 de la de 2006, lo cual puede deberse a variaciones en la población y diferencias en el diseño muestral).

De estos 54.000 solo 4.994 no reciben ningún tipo de ayuda y 7.323 la reciben en forma parcial. Es decir que los más vulnerables entre los vulnerables (adultos mayores que viven solos y que precisan ayuda pero no la reciben o solo la reciben parcialmente) hay algo más de 12.000 personas.

De esta forma podemos definir los dos primeros colectivos de más alta vulnerabilidad:

- a. **En primer lugar adultos mayores dependientes que viven solos y que precisando ayuda de un tercero para desempeñarse en las actividades de la vida cotidiana no reciben esa ayuda o la reciben parcialmente (12.000 personas).**
- b. **En segundo lugar dependientes pertenecientes a los quintiles de ingresos más bajos (1 y 2) donde la carga del cuidado familiar y las dificultades para acceder a servicios de cuidados son altas por las barreras impuestas por el mercado. En estos casos habría que privilegiar el ingreso al sistema de los dependientes y sus familias en primer lugar cuando estas son biparentales sin hijos y luego cuando son biparentales con hijos de ambos.**

Hay 3.800 adultos mayores miembros de hogares biparentales con necesidades insatisfechas de cuidados. En estos casos además de los servicios adecuados para los dependientes hay que avanzar en la construcción de servicios para los cuidadores informales. Debería crearse servicios de respiro, como cuidados a domicilio y en segundo lugar debería valorarse la creación de transferencias monetarias para las cuidadoras así como su reconocimiento ante la seguridad social.

Los hogares extendidos y compuestos poseen un porcentaje inferior de personas dependientes que no reciben cuidados (cerca del 17%) porque muy probablemente la estructura familiar pueda dar cuenta de los cuidados. Aquí, nuevamente, habría que crear servicios de respiro y transferencias a los cuidadores.

Para estos casos se debería desarrollar servicios de respiro, centros diurnos y centros nocturnos. La oferta en este caso puede ser pública municipal, privada o del tercer sector si este reconvierte parte de su infraestructura con estos cometidos. Servicios de este tipo tendrían un efecto directo sobre las personas de los hogares que dedican tiempo al cuidado de los adultos mayores. Como hemos visto estas personas se concentran en los dos quintiles de ingreso inferior representando un 50% de las personas que cuidan adultos mayores. Con programas de este tipo se podrían obtener un impacto no solo sobre la calidad de vida de los mayores sino también sobre las cuidadoras, su empleabilidad y sus proyectos de vida. En este caso estamos hablando de unos 20.000 cuidadores (posiblemente un número inferior de hogares).

Finalmente, como ya hemos afirmado es preciso relevar adecuadamente la población y construir sistema de información adecuado para relevar necesidades. En una etapa posterior

cuando el sistema este funcionando se deberá crear el baremo que mencionábamos más arriba, que tenga en cuenta variables funcionales pero también económico sociales. Adicionalmente y en paralelo con la creación de información adecuada sobre necesidades, hay que construir una línea de base de servicios. La información registral disponible hoy no permite, con facilidad, recabar información confiable sobre los servicios existentes. Vale la pena recordar que, por ejemplo, que la Encuesta de Hogares no registra hogares colectivos con lo cual no sabemos cuantas “casas de salud” residenciales y hogares hay. No tenemos una idea clara de que servicios hay ni cuantos son ni cuanta población cubre. Esta es otra necesidad de conocimiento (ahora desde el lado de la oferta) que se precisa conocer para tomar decisiones de política pública informadas. El censo provee en este sentido una oportunidad única que no debe ser desaprovechada.

A modo de cierre se estructura un planteo propositivo para avanzar en una primera etapa de la construcción del sistema de cuidados para el adulto mayor dependiente estableciendo el objetivo general, la información necesaria para avanzar hacia dicho objetivo y un conjunto posible de medidas que podrían considerarse:

Objetivo General	Información a relevar	Primeras acciones del sistema de cuidados
Desarrollo de un entorno favorable y servicios sensibles al envejecimiento activo	Censo de accesibilidad en ciudades Censo de de casas diurnas Relevamiento de políticas y acciones comunitarias de actividad con adultos mayores Informe sobre núcleos habitacionales y población de núcleos BPS	Revisión y reforma de normativa en construcción pública y licitación para garantizar estándares de accesibilidad. Requerimiento de renglón de inversión en infraestructura ciudadana accesible en rendiciones y presupuestos (Intendencias, alcaldías y gobierno nacional) Congreso Nacional de envejecimiento activo con organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil Modelo de servicios y apoyos para núcleos BPS
Desarrollo de una línea de apoyo para población con dependencia leve	Relevamiento de dicha población mediante encuesta de dependencia Construcción de Baremo	Subsidio a aseguramiento en servicio de acompañante y servicios de ayuda a domicilio (baremo más quintiles 1 y 2) Desarrollo de un modelo habitacional BPS que permita

		<p>residencia de población dependiente muy moderada y leve con servicios de apoyo (plan piloto para adultos mayores de quintiles 1 y 2)⁴</p> <p>Servicio de visita a solicitud de Asistente Social y Nurse para población con dependencia moderada y leve en hogares unipersonales de bajos ingresos (quintiles 1 y 2).</p>
<p>Desarrollo de una línea de apoyo para dependencia moderada a severa</p>	<p>Relevamiento de dicha población mediante encuesta de dependencia</p> <p>Construcción de Baremo</p>	<p>Subsidio a aseguramiento en servicio de acompañante y servicios de ayuda a domicilio (baremo más quintiles 1 y 2)</p> <p>Servicio de visita periódica mensual o bimensual de Asistente Social y Nurse para población con dependencia moderada y leve en hogares unipersonales de bajos ingresos (quintiles 1 y 2)</p> <p>Servicios de Respirio Familiar. Centros diurnos y nocturnos con componentes socio-sanitarios (todos los quintiles, focalización por zonas de menores ingresos).</p> <p>Subsidio estatal para familias de bajos ingresos para internaciones e institucionalización en centros residenciales por períodos cortos de tiempo (Baremos más</p>

⁴ El BPS cuenta con un programa de soluciones habitacionales. El mismo tiene un componente para población autoválida (vivienda) y otro para habitantes de complejos de vivienda que devienen dependientes (los cupos cama que ya se han mencionado). Los hogares de ancianos que tienen convenio con el BPS dan albergue a casi 3.000 ancianos. Son instituciones sin fines de lucro de implantación local (barrios localidades) gestionados por diversas organizaciones sin fines de lucro. Cumplen un importante rol social pero tienen límites financieros muy duros que desgasta a sus autoridades. Estos programas y políticas albergan más de 8.000 adultos mayores. Las viviendas de jubilados y pensionistas administradas por el BPS tienen el límite que impone que alberguen a población autoválida. Una propuesta de sistema de cuidados progresivos como la que planteamos supondría una readecuación de este programa habitacional que permitiera el desarrollo de viviendas protegidas en aquellos complejos que lo permitan. De esta forma utilizando un programa público que ya cuenta con financiación se podría aumentar la oferta de servicios a población adulta mayor que cubierta por de esta manera podría retardar su ingreso a instituciones para dependientes. Así se complejizaría la arquitectura del sistema reforzando el segundo nivel de servicios para población semidependiente.

		quintiles 1 y 2).
Desarrollo de una línea de apoyo para dependencia crónica o gran dependiente	<p>Relevamiento de dicha población mediante encuesta de dependencia</p> <p>Construcción de Baremo</p>	<p>Subsidio a aseguramiento en servicio de acompañante y servicio de ayuda a domicilio (baremo)</p> <p>Servicios de Respiro Familiar. Centros diurnos y nocturnos con componentes socio-sanitarios</p> <p>Subsidios para centros residenciales y casas de salud⁵ e internación permanente o subsidios a familiares para cuidado del dependiente (baremo).</p>

⁵ Es imprescindible que el estado asuma el financiamiento de los hogares de ancianos que hoy se financian bajo una modalidad que combina la beneficencia con el pago de los institucionalizados con sus jubilaciones y pensiones (las cuales son insuficientes para financiar en condiciones de buena calidad estas instituciones): Este sector ya tiene experiencia de gestión y financiamiento público condicionado a cumplimiento de estándares de calidad eficiencia y eficacia.

BIBLIOGRAFIA

Aguirre, Rosario. (Ed.) 2009. *Las Bases Invisibles del Bienestar Social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo: UNIFEM

Aguirre, Rosario y Karina Batthyány. 2005. *Uso del tiempo y trabajo no remunerado. Encuesta en Montevideo y Área Metropolitana*. Montevideo: UNIFEM, Universidad de la República

Aguirre, Rosario. (Coordinadora). 2007. *Encuestas sobre el Uso del Tiempo y Trabajo no Remunerado*. Uruguay: UNIFEM, PNUD, Universidad de la República.

Berriel, Fernando, Roberto Pérez y Soledad Rodríguez. 2011. *Vejez y Envejecimiento en Uruguay*. Montevideo: Ministerio de Desarrollo Social.

Batthyány, Karina. 2009. Cuidado de Personas Dependientes y Género en Aguirre, Rosario (ed.), *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo: UNIFEM.

Calvo, Juan José y Pablo Mieres. (Eds.) 2008. *Nacer, Crecer y Envejecer en el Uruguay. Propuestas Concretas de Políticas de Población*. Montevideo: UNFPA-Rumbos

CEPAL, UNFPA. 2009. *El Envejecimiento y las Personas de Edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile: ONU

Consejo Nacional Coordinador de Políticas Públicas de Igualdad de Género. 2011. *Contribuciones para el Diseño del Sistema Nacional de Cuidados con Enfoque de Género y Derechos*. Montevideo: Mimeo

Engler, Tomás A. y Martha B. Peláez (Eds.). 2002. *Más Vale por Viejo*. Washington D.C.: BID, OPS.

EASP, Federación Andaluza de la Vejez, OPS, BID. s/f. *Estudio del Adulto Mayor en Argentina, Chile y Uruguay. Informe de Síntesis Uruguay*. Ver en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/DEMOG005_Virgolini.pdf

Esping-Andersen, Gosta, Duncan Gallie, Anton Hemerijck y John Myles. 2001. *A New Welfare Architecture for Europe? Report submitted to the Belgian Presidency of the European Union*. Ver en: http://www.euro.centre.org/data/1182414898_63513.pdf

Geissler Birgit y Birgit Pfau-Effinger. 2005. Change in European Care Arrangements. En Pfau-Effinger Birgit y Birgit Geissler, *Care and Social Integration in European Societies*. UK, Bristol: The Policy Press.

Guillemard, Anne Marie. 1992. *Análisis de las políticas de vejez en Europa*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.

Huenchuan, Sandra. 2009. *Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas*. Santiago de Chile. Cepal.

Huenchuan, Sandra. 2009. *Escenarios Futuros en Políticas de Vejez. Estudio Delphi Comparado en Países Seleccionados*. Santiago de Chile: ONU

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 POLÍTICAS PÚBLICAS. Montevideo, Núcleo Interdisciplinario sobre la Vejez y el Envejecimiento. Universidad de la República- UNFPA.

Lewis, Jane. 2006. Employment and Care: The Policy Problem, Gender Equality and the Issue of Choice. *Journal of Comparative Policy Analysis*, Vol. 8, Nº 2, 103-114, June.

Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia. España

Lloyd-Sherlock, Peter G. 1999. *Ancianidad y Pobreza en el Mundo en Desarrollo*. Buenos Aires y Madrid: Miño y Dávila Editores-Ciepp.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO. 2005. *Atención a las Personas de Situación de Dependencia en España. Libro Blanco*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, IMSERSO.

OIT. 1992. *La OIT y las personas de edad avanzada*. Ginebra: OIT.

OPS, CEPAL, CSIC. 2008. *La Economía Invisible y las Desigualdades de Género. La Importancia de Medir y Valorar el Trabajo no Remunerado*. Washington: OPS

Pfau-Effinger Birgit y Birgit Geissler. 2005. *Care and Social Integration in European Societies*. UK, Bristol: The Policy Press.

PNUD, OIT. 2009. Trabajo y Familia: Hacia Nuevas Formas de Conciliación con Corresponsabilidad Social. Santiago de Chile: PNUD, OIT.

Rodríguez García, María Jesús. 2009. *Familia, Políticas Públicas y Bienestar. El efecto de Estrategias Estatales de Atención a la Familia en Perspectiva Comparada*. Buenos Aires: Miño y Dávila Editores.

Rodríguez, Federico y Cecilia Rossel. (Coordinadores). 2009. *Panorama de la Vejez en Uruguay*. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay y UNFPA.

Subgrupo de Trabajo sobre Adultos Mayores. 2011. *Documento Conceptual: Personas Adultas Mayores y Dependencia*. Montevideo: Mimeo

Ungerson, Clare. 2005. Gender, Labor Market and Care Work in five European Funding Regimes. En Pfau-Effinger Birgit y Birgit Geissler, *Care and Social Integration in European Societies*. UK, Bristol: The Policy Press.

Vizcaino Martí, Jordi. 2000. *Envejecimiento y atención social*. Barcelona: Empresa Editorial Herder, S.A..