

EUROsocial Salud
Programa regional para la cohesión social en América Latina
Línea de Intercambio I.1-2.08

**Poblaciones en condiciones especiales de vulnerabilidad:
Adultos Mayores y Dependencia**

CONTENIDO

I. Envejecimiento demográfico y población adulta mayor.....	3
I.1. Situación Demográfica.....	4
I.1.i Proyecciones de crecimiento de la población	5
I.2. Indicadores demográficos de Adultos Mayores por zona geográfica (Departamentos)	11
II. Principales indicadores de salud de la población adulta mayor.....	13
II.1. Indicadores de Salud de Adultos Mayores.....	13
II.2 Percepción de salud	15
II. 3 Discapacidad.....	15
III. Cobertura de salud, acceso y uso de los servicios de salud por parte de los adultos mayores.....	20
III.1. Cobertura	20
III.1.i. Cambios en el sistema de salud.....	21
III. 2. Acceso y uso.....	22
IV. Marco Institucional y Jurídico. Planes programas y actuaciones en materia de atención y promoción de la salud de los adultos mayores y de atención a las situaciones de dependencia.....	23
IV.1. Instrumentos Normativos y Estructura Organizativa	24
IV.2 Principales actuaciones dirigidas a la atención de salud de los adultos mayores.....	25
IV.2.i. El Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo como proyección comunitaria y aporte al cambio del modelo de atención a los adultos mayores.....	25
IV.2.ii. Hospital de Ojos.....	28
IV.2.iii. Programas del Banco de Previsión Social hacia personas con discapacidad..	30
IV.2.iv. Promoción de hábitos saludables	31
IV.2. v. Cuidados de larga duración	31
IV.2.vi. Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia.....	32
IV.2.vii. Programas de formación-investigación en gerontología y geriatría	32
IV.2.viii. Programas de formación y apoyo para los cuidadores formales e informales de adultos mayores	32
V. Red de recursos.....	33
V.1. Red de recursos sociosanitarios.....	33
V.2. Provisión de cuidados a las personas en situación de dependencia.....	35

V.2.i. Instituciones de larga estancia	35
V.2.ii. Cuidados domiciliarios.....	37
V.2.iii. Teleasistencia	40
VI. Necesidades insatisfechas y retos de futuro en materia de salud de la población mayor y atención de la dependencia	41
VI.1. Reflexión crítica sobre las principales necesidades en materia de salud de las personas mayores.....	41
VI.2. Dificultades y condicionantes existentes.....	43
VI.3. Algunas propuestas de líneas de trabajo	44

EUROsociAL Salud es un Proyecto de la Comisión Europea y un Consorcio compuesto por organizaciones de Europa y de América Latina cuyo objetivo es posicionar las políticas de salud con miras al logro de la Cohesión Social en las agendas políticas latinoamericanas.

Este informe (Dossier de Uruguay) forma parte del Programa regional para la cohesión social en América Latina de EUROsociAL, línea de Intercambio I.1-2.08, “*Extensión de la Protección Social en Salud a Poblaciones en condiciones especiales de Vulnerabilidad – Adulto Mayor y Dependencia*”.

De acuerdo a las directrices recibidas de parte de los responsables de este Proyecto, “los dossiers nacionales tienen como objetivo proporcionar información sobre la población mayor, la situación de salud de los adultos mayores, su acceso y uso de los servicios de salud, las políticas y programas de atención y promoción de la salud de los mayores y de atención a las situaciones de dependencia, los recursos existentes, las necesidades insatisfechas y los principales retos de futuro en materia de salud de la población mayor y atención de la dependencia. Esta información se utilizará como insumo para la elaboración de documentos y la planificación de actuaciones en el marco del intercambio.”

El informe se realiza en base al guión de contenidos establecidos para cada uno de los capítulos, en base a recopilación y resumen de información de trabajos antecedentes que se mencionan en cada ítem.

I. Envejecimiento demográfico y población adulta mayor

GUIÓN DE CONTENIDOS

El objetivo de este apartado del dossier será presentar las principales características del envejecimiento demográfico y describir la población adulta mayor de cada uno de los países participantes en el proyecto.

Se incluirán datos lo más actualizados posible sobre la población total, su distribución por sexo y grupos de edad (pirámide de población) y hábitat urbano-rural; las tasas de fecundidad, mortalidad y el saldo migratorio; la esperanza de vida al nacimiento y a los 60 años; el número de personas mayores de 60 años y la proporción que suponen respecto de la población total; la distribución por sexo y grupos quinquenales de edad de los mayores de 60 años, diferenciando cuando sea posible por hábitat urbano-rural de residencia, y, en su caso, las proyecciones de crecimiento de la población mayor para los próximos años. En la medida en que sea posible, sería adecuado aportar datos referidos a la distribución territorial de la población adulta mayor y a los índices de envejecimiento por Estados, Departamentos o Provincias (división territorial de segundo nivel de cada país). Debe especificarse la fuente y la fecha de referencia de los datos.

I.1. Situación Demográfica¹

Según la primera fase del Censo de 2004, la población total de Uruguay es de 3.241.003 personas. La población uruguaya es predominantemente urbana (el 91,8% reside en áreas urbanas, frente al 8,2% que habita en áreas rurales). La densidad de población es de 18 habitantes por km². La fecundidad es baja (2,1 hijos por mujer, con una tasa de natalidad de 15,1 nacimientos por mil habitantes), la tasa bruta de mortalidad es poco elevada (9,7 por mil), y el saldo migratorio, negativo (-4,2 por mil). La tasa de crecimiento vegetativo (nacimientos menos defunciones) es bastante moderada (5,4 por mil), y la tasa de crecimiento total (crecimiento vegetativo menos el saldo migratorio) muy baja, de sólo un 1,2 por mil anual. La tasa de mortalidad infantil (defunciones de menores de un año en relación con el número de nacidos vivos) es de un 13,9 por mil.

Uruguay tiene los mayores índices de envejecimiento de toda la región de América Latina y El Caribe. El número de personas mayores de 60 años residentes en Uruguay se cifra en 574.438 (un 17,7% de la población total). La proporción que suponen las personas mayores de 65 años sobre el conjunto de la población asciende al 13,3 por ciento, y la de los mayores de 85, al 1,4 por ciento.

	Total	Hombres	Mujeres	% sobre población total	% Hombres	% Mujeres
Total	574.438	239.174	335.264	17,7	41,6	58,4
60-64	141.457	65.586	75.871	4,4	46,4	53,6
65-69	122.377	54.233	68.144	3,8	44,3	55,7
70-74	118.627	49.919	68.708	3,7	42,1	57,9
75-79	87.848	34.928	52.920	2,7	39,8	60,2
80-85	58.887	21.269	37.618	1,8	36,1	63,9
85 y más	45.242	13.239	32.003	1,4	29,3	70,7

Fuente: INE. Censo Fase I, 2004.

Las mujeres son mayoría en la población adulta mayor de Uruguay. Mientras que en el conjunto de la población, teniendo en cuenta todos los grupos de edad, la proporción global de mujeres es del 51,7%, entre los mayores de 60 años esa proporción se eleva hasta el 58,4%, y sigue aumentando conforme lo hace la edad, pues las mujeres representan el 61,6% de los mayores de 70 años, y el 67% de los mayores de 80.

La esperanza de vida al nacer, calculada a partir de los datos del censo de 2004, es de 75,2 años (71,7 para los varones y 78,9 para las mujeres). A los 60 años, la esperanza de vida adicional se cifra en 23 años para las mujeres y 21 para los hombres.

Los adultos mayores uruguayos se concentran predominantemente, y en mayor proporción que la población global, en las áreas urbanas. Esa concentración en zonas urbanas se incrementa a medida que aumenta la edad y es más significativa en las mujeres. Así, mientras el porcentaje de residentes en áreas urbanas en la población total es del 91,8% (90,4% de los hombres y 93,1% de las mujeres), entre los mayores de 60

¹ Parte de la información para este capítulo fue extractada del Informe sobre Uruguay, del Proyecto "Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países del Cono Sur", dirigido por la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), en la que participó el Ministerio de Salud Pública y el Banco de Previsión Social.

años la proporción sube al 92,5% (89,7% de los hombres y 94,5% de las mujeres), y entre los mayores de 80 años, al 94,5% (92,2% de los hombres y 95,7% de las mujeres).

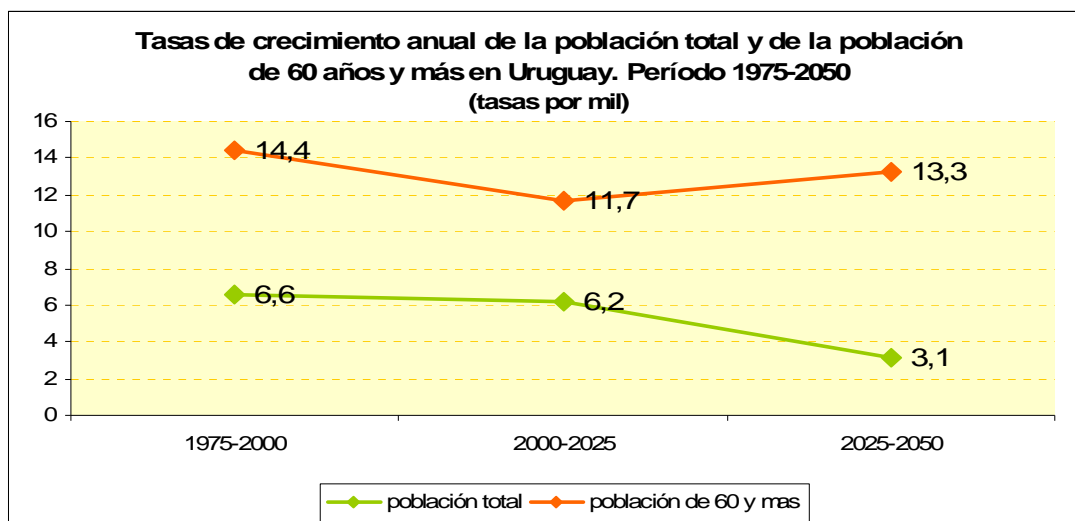
I.1.i Proyecciones de crecimiento de la población

De acuerdo con los datos recogidos por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía en el número 73 de su boletín demográfico (2004), sobre estimaciones de población para América Latina y el Caribe, en el año 1975 la población uruguaya ascendía a 2,8 millones de habitantes, de los que cerca de 400 mil eran mayores de 60 años, lo que en términos porcentuales significaba el 14,10%. En el año 2000 la población de adultos mayores representaba ya el 17,11% de la población total. Las estimaciones apuntan que el peso de los adultos mayores seguirá creciendo a lo largo de este siglo a tal grado que para el 2050 un cuarto de la población uruguaya tendrá más de 60 años.

CUADRO 2. URUGUAY- POBLACIÓN TOTAL Y ADULTOS MAYORES EN 1975, 2000, 2025 Y 2050 (MILES DE PERSONAS, A MITAD DEL AÑO)				
	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	2.829	3.337	3.900	4.219
Hombres	1.401	1.619	1.910	2.076
Mujeres	1.427	1.718	1.990	2.143
Hombres %	49,5	48,5	49,0	49,2
Mujeres %	50,4	51,5	51,0	50,8
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	399	571	767	1071
Hombres	181	239	323	475
Mujeres	220	334	443	595
Proporción s/ la población total %	14,1	17,1	19,7	25,4
Hombres %	45,4	41,9	42,1	44,4
Mujeres %	55,1	58,5	57,8	55,6

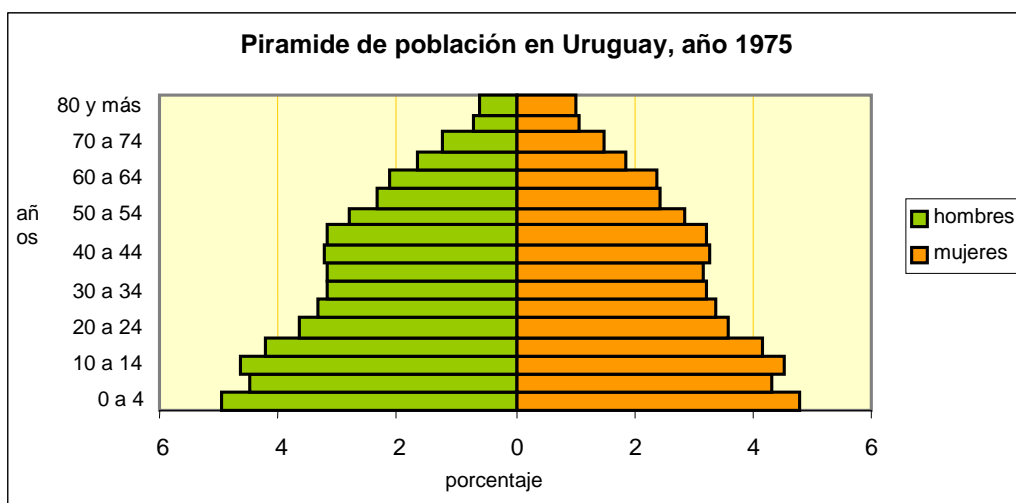
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

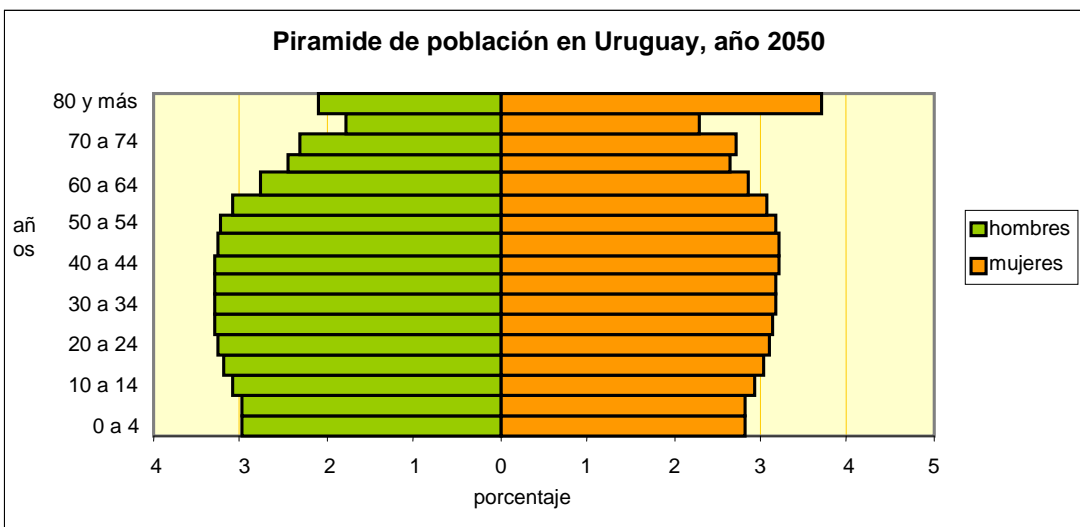
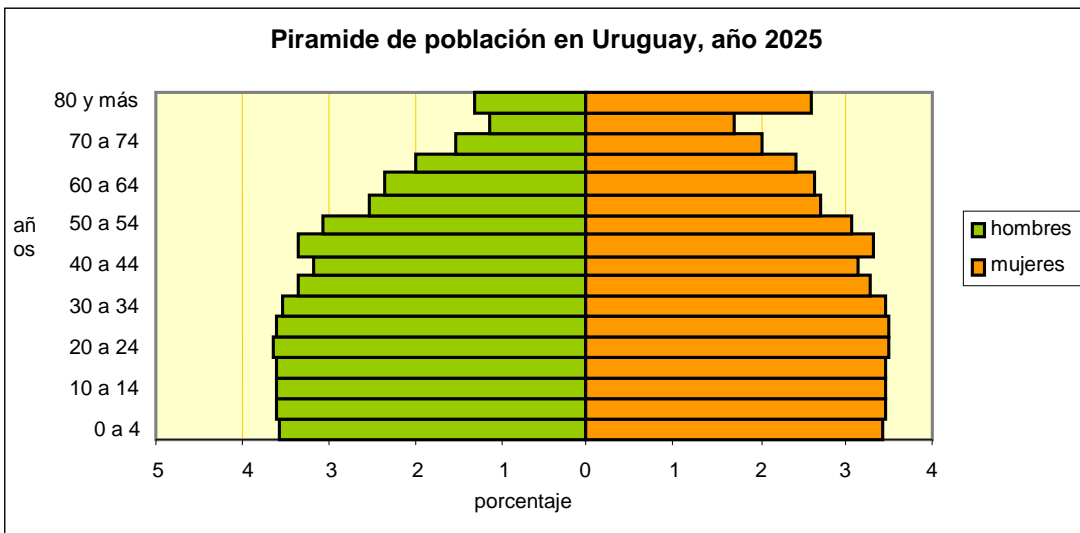
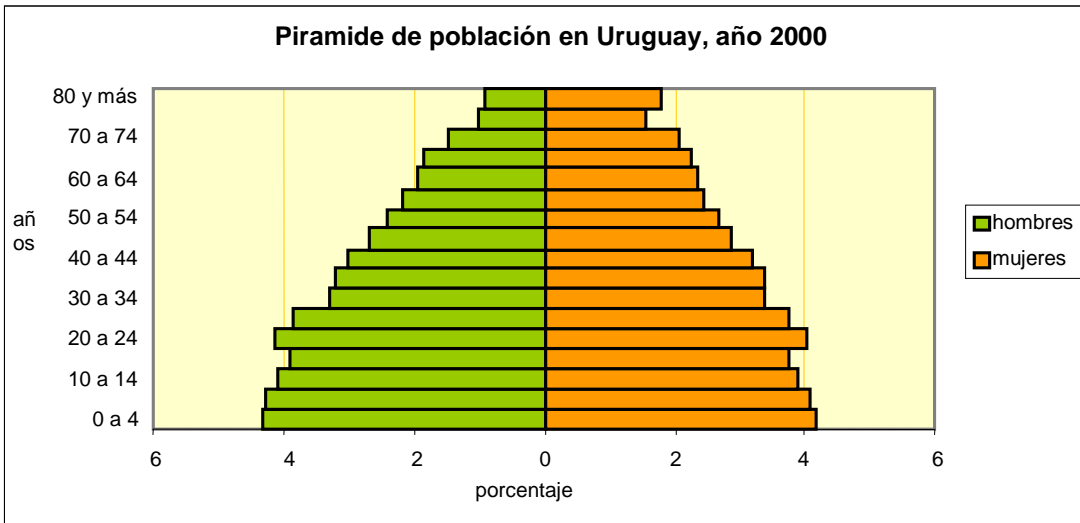
Frente al aumento de la población mayor destaca, por otro lado, el descenso en la tasa de crecimiento de la población total. El gráfico de las tasas anuales de crecimiento de la población total y de la población mayor es similar a un espejo que refleja una imagen invertida. Durante el período 1975-2000 la tasa anual media de crecimiento de los adultos mayores fue del 14,4 por mil, mientras que para el mismo período la población total crecía anualmente en 6,6 personas por cada mil habitantes. Para el primer cuarto del siglo XXI la tasa anual media de crecimiento del conjunto poblacional será muy similar a la del último cuarto del siglo XX (6,2%), mientras que la correspondiente a los adultos mayores, aunque será menor que la del cuarto de siglo precedente, crecerá a un ritmo doble, situándose en valores cercanos al 12 por mil. Las tasas de crecimiento proyectadas para una población y otra en el segundo cuarto del presente siglo apuntan que el crecimiento de los mayores será tres veces mayor que el de la población total.



Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 72, América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050.* CELADE, 2003.

Las pirámides de población en Uruguay correspondientes a los años 1975 y 2000, y las proyectadas para 2025 y 2050, muestran una estructura demográfica cada vez más envejecida. La imagen que reflejan estas pirámides se encuentra estrechamente ligada a la baja fecundidad y a una tasa de migración alta, dos circunstancias que explican una base estrecha, una desproporción en la distribución de varones y mujeres en las cohortes intermedias, especialmente en las pirámides de los años 1975 y 2000, además de un volumen y peso significativo de los adultos mayores a lo largo de todo el período. Las pirámides proyectadas para los años 2025 y 2050 ofrecen claramente un perfil rectangular donde las cohortes de más edad empiezan a tener más volumen que los correspondientes a la base. La edad media de la población uruguaya en el año 1975 era de 30 años, y se estima que a mitad de siglo se haya elevado hasta los 41,8 años.



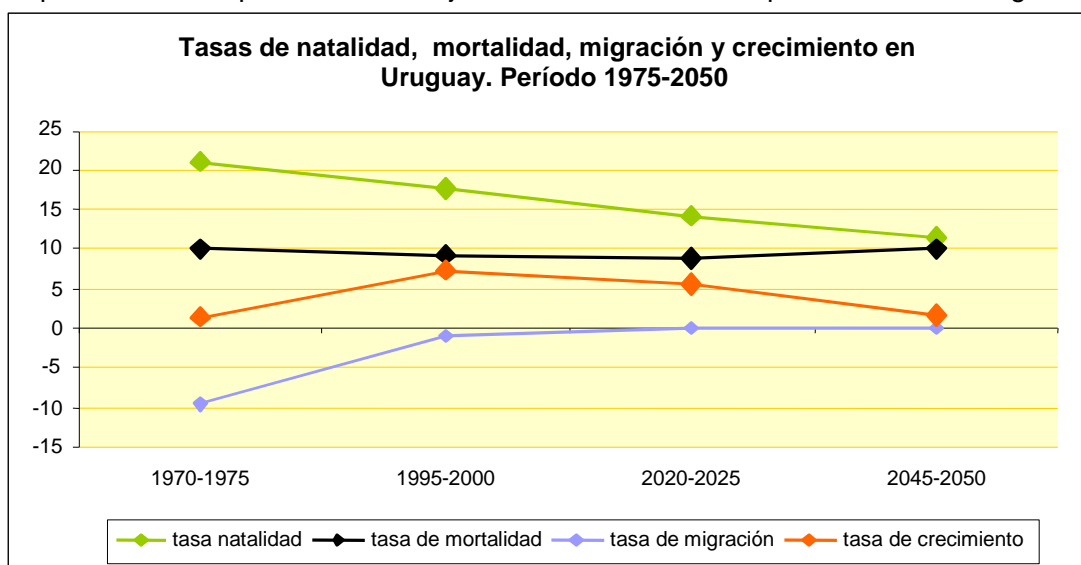


Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

La tasa global de fecundidad en Uruguay se ha caracterizado por unas cifras particularmente bajas a lo largo del siglo pasado. En el quinquenio 1950-1955 el número de hijos por mujer se situaba en 2,73 frente a los 5,91 de América Latina en su conjunto. Para el quinquenio 1970-1975, 20 años después, esta cifra había aumentado ligeramente hasta tres hijos por mujer, sin embargo en el período 1995-2000 este indicador se había reducido nuevamente a 2,4. Se estima que para los quinquenios 2020-2025 y 2045-2050 las tasas de fecundidad en Uruguay sean de 2,05 y 1,85 hijos por mujer respectivamente.

Durante el período 1970-2000, la tasa bruta de mortalidad se ha mantenido sin grandes cambios, con alguna oscilación, en torno a los 10 fallecimientos por cada mil habitantes.

Uruguay ha mantenido a lo largo del tiempo una tasa negativa de migración. En el quinquenio 1970-1975 las salidas de población experimentaron su momento álgido, con 9,65 personas menos por cada mil habitantes y año, una cifra cercana a la tasa de mortalidad, que en ese mismo período se situaba en 9,9 fallecimientos por cada mil personas. Si a estas dos variables unimos la baja fecundidad, podemos entender, que este país iniciara su proceso de envejecimiento mucho antes que el resto de la región.

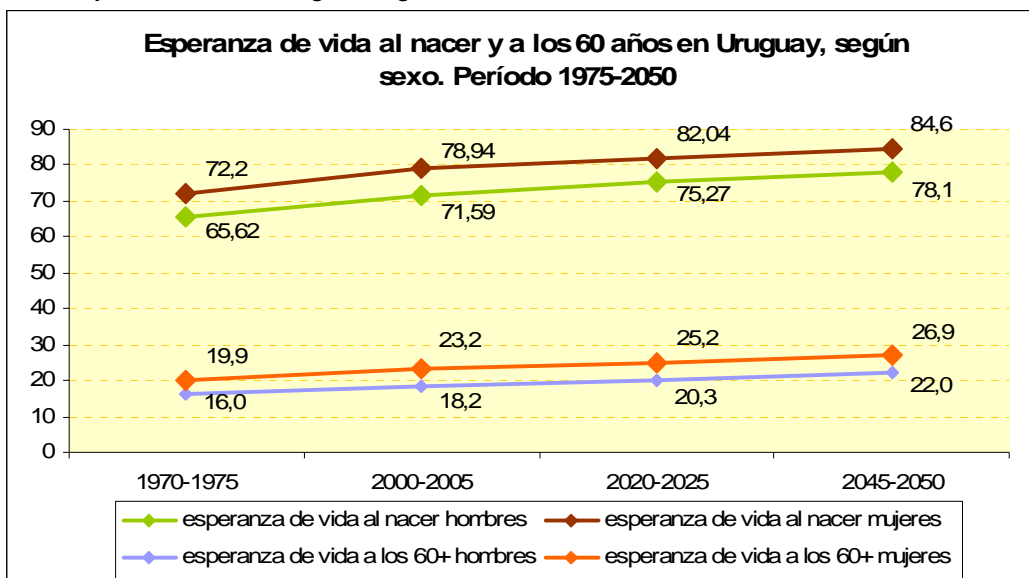


Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

La esperanza de vida al nacer ha pasado de los 68,3 años en el quinquenio 1970-1975 a los 75,2 años en el lustro 1995-2000, esto es, se ha incrementado en 7 años en el último cuarto de siglo. Las proyecciones apuntan que esta cifra puede llegar a los 81,3 años a mitad de siglo. Al caracterizar este indicador por género se observan diferencias a favor de las mujeres, que mantienen una expectativa vital superior respecto a los hombres.

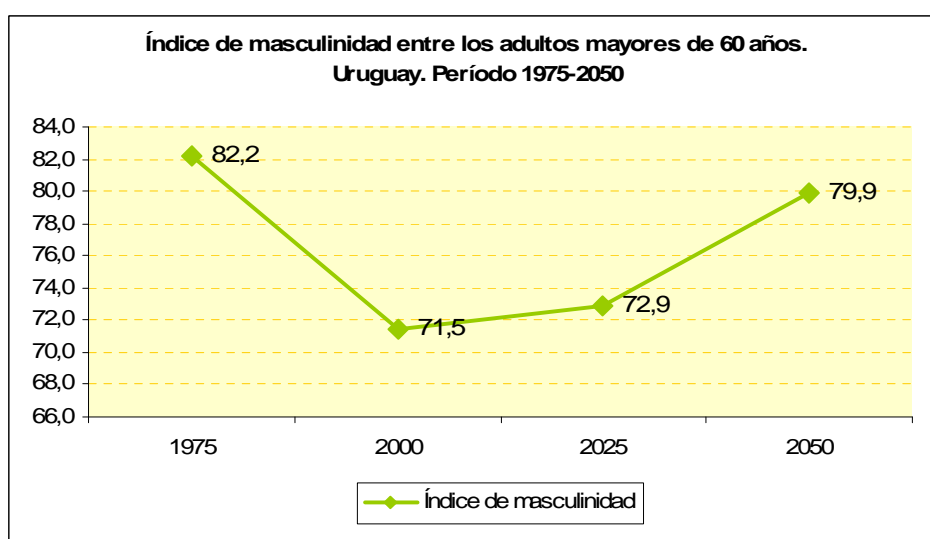
Por lo que se refiere al número de años que le restarían por vivir a una persona al cumplir los 60, para el quinquenio 1970-1975, los varones mantenían una expectativa vital de 16 años adicionales frente a los casi 20 de las mujeres. A mitad del presente siglo, se estima

que la esperanza de vida adicional a los 60 años será de 22 años para los varones y de 26,9 para las mujeres. Se estima que en el quinquenio 2000-2005, el incremento en la esperanza de vida permite, a los 80 años, que las expectativas de vida adicional sean de entre 7 y 9 años más, según el género.



Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL
Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025. CELADE, 2004.

La presencia de mujeres en el grupo de edad de 60 años y más convierte a la población adulta mayor uruguaya en una población feminizada. El índice de masculinidad refleja esta circunstancia: mientras en el año 1975 el índice se situaba en 82,2 varones por cada cien mujeres, en 2000 este indicador se redujo a 71,5 varones por cada cien mujeres; se estima que la proporción de varones entre los mayores de 60 años sea del 72,9% en 2025 y casi del 80% en el año 2050.



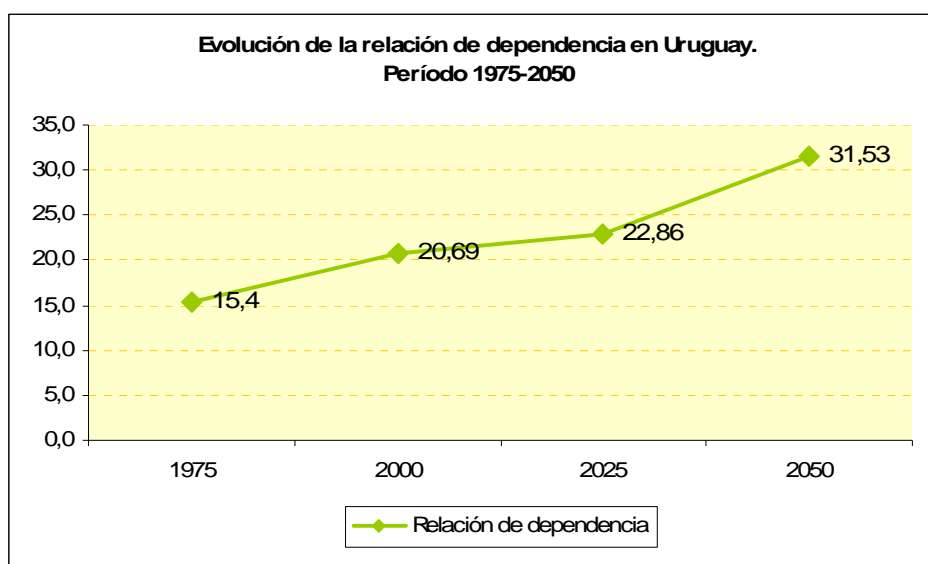
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 72, América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050*. CELADE, 2003.

En el año 1975 los mayores de 75 años suponían la cuarta parte de la población adulta mayor de 60 años y el 3,43% de la población total. Este grupo etario ha venido incrementando su volumen y peso tanto entre los adultos mayores como en el conjunto poblacional, de manera que en el año 2000 las personas de 75 años y más constituían el 5,25% de la población total. Las proyecciones apuntan que esta proporción puede alcanzar el 9,77% en el año 2050.

CUADRO 3. URUGUAY - POBLACIÓN DE 75 AÑOS Y MÁS EN EL PERÍODO 1975-2050 (MILES DE PERSONAS, A MITAD DEL AÑO Y PORCENTAJES)				
	1975	2000	2025	2050
Total	97	174	263	412
% respecto a la población de 60 y más años	24,3	30,5	34,3	38,5
% respecto a la población total	3,4	5,2	6,7	9,8

Fuente: 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.

Este aumento de las personas mayores repercute directamente en el índice de dependencia, que presenta una tendencia de carácter ascendente. Mientras en el año 1975 este índice se situaba en 15 adultos mayores por cada cien personas en edad laboral, en 2000 este indicador había aumentado alrededor de 5 puntos ubicándose en 20,7. Se estima que este índice seguirá creciendo y podrá alcanzar en el año 2050 los 31,5 adultos mayores por cada cien personas en edad laboral.



Relación de dependencia= (Población de 65 años y más / población de 15-64 años) x 100

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL *Boletín Demográfico No. 74, América Latina: Tablas de Mortalidad 1950-2025*. CELADE, 2004.

I.2. Indicadores demográficos de Adultos Mayores por zona geográfica (Departamentos)

Importa analizar indicadores desagregados por zonas geográfica, según Departamentos del país, con la finalidad de identificar comportamientos demográficos diferenciales, que justifiquen, en la eventualidad de encontrar diferencias significativas, la elaboración de políticas poblacionales diferenciadas territorialmente.

Se presentan los siguientes indicadores demográficos, por Departamento y por regiones en los que se agrupan Departamentos con valores similares en estos indicadores.²

Índice de envejecimiento total: Es el porcentaje de población de 65 años o más de edad con respecto a la población total. Es el indicador del grado de envejecimiento de una población.

IET = Población mayor de 65 años / Población total

Índice de envejecimiento masculino: Es el porcentaje de hombres de 65 años o más de edad con respecto al total de hombres en la población.

IEH = Cantidad de hombres mayores de 65 años / total de hombres en la población.

Índice de envejecimiento femenino: Es el porcentaje de mujeres de 65 años o más de edad con respecto al total de mujeres en la población.

IEH = Cantidad de mujeres mayores de 65 años / total de mujeres en la población.

Cuadro 4. Índices de envejecimiento por Departamentos

Departamento	IET	IEH	IEM
Artigas	9.3	8.2	10.5
Canelones	8.2	7.1	9.4
Cerro Largo	11.4	10.2	12.6
Colonia	10.6	8.8	12.4
Durazno	12.3	10.9	13.8
Flores	14.3	12.5	16.1
Florida	14.5	12.7	16.2
Lavalleja	15.1	13.2	17.1
Maldonado	10.9	9.5	12.2
Montevideo	15.0	11.7	17.8
Paysandú	12.2	10.8	13.6
Río Negro	11.1	10.1	12.2
Rivera	10.8	9.4	12.2
Rocha	14.0	12.4	15.7
Salto	10.7	9.4	11.9
San José	13.0	11.4	14.7
Soriano	13.4	11.9	14.8
Tacuarembó	11.2	10.1	12.4
Treinta y Tres	12.1	10.7	13.4

Los Departamentos con mayores indicadores de envejecimiento son: Montevideo, Lavalleja, Flores, Florida y Rocha. Les siguen con también altos valores San José,

² Información proporcionada por la Unidad de Información de ASSE – Administración de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, en base a datos del INE, Censo 2004.

Soriano, Treinta y Tres, Durazno y Paysandú. Los que cuentan con menores índices de envejecimiento son: Artigas y Canelones. Con valores intermedios en estos indicadores se encuentra el resto de los Departamentos.

Otro indicador importante para la formulación de políticas es la **Razón de Dependencia**, que indica la cantidad de personas menores de 15 años y mayores de 64 años (consideradas potencialmente inactivas) que hay por cada 100 personas entre las edades de 15 a 64 años.

RDT: Razón de Dependencia Total: (Población mayor de 65 años + Población menor de 15 años) / Población de 15 a 64 años.

RDN: Razón de Dependencia de niños: Población menor de 15 años / Población de 15 a 64 años.

RDM: Razón de Dependencia de adultos mayores: Población mayor de 65 años / Población de 15 a 64 años.³

Cuadro 5: Razón de dependencia por Departamento

Departamento	RDT	RDN	RDAM
Artigas	64.1	48.8	15.3
Canelones	59.5	40.1	19.4
Cerro Largo	63.8	45.0	18.8
Colonia	62.0	37.2	24.8
Durazno	66.5	46.0	20.5
Flores	64.0	40.5	23.5
Florida	63.6	39.9	23.7
Lavalleja	63.2	38.5	24.7
Maldonado	57.5	40.3	17.2
Montevideo	55.6	32.4	23.2
Paysandú	66.2	45.9	20.3
Río Negro	64.3	46.1	18.2
Rivera	55.9	40.6	15.3
Rocha	55.0	34.9	20.1
Salto	66.1	48.3	17.8
San José	52.2	34.0	18.2
Soriano	64.8	42.8	22.0
Tacuarembó	54.9	39.0	15.9
Treinta y Tres	55.2	38.0	17.2

Se observa que las relaciones de dependencia total, por niños y por adultos mayores, con relación a la población activa son altas, por lo que la sociedad uruguaya tiene un importante “peso” no sólo de sus niños, sino también de sus adultos mayores que cae en la población joven y adulta.

En lo que respecta a la relación de dependencia específica de adultos mayores, desagregada por Departamentos del país, los valores oscilan entre 15.3 a 24.7. Los

³ Para este trabajo, se realizó el cálculo para la RDAM como: $RDAM = RDT - RDN$, en base a los datos proporcionados por la Unidad de Información de ASSE - MSP.

Departamentos donde esta relación es más alta son Colonia, Lavalleja, Florida, Flores y Montevideo. Estos datos coinciden en gran medida con la distribución del índice de envejecimiento, con excepción del Departamento de Colonia, que tenía un nivel intermedio de envejecimiento pero alto nivel de dependencia, esto puede deberse a una menor cantidad de personas en el grupo etario de 15 a 64 años de edad.

II. Principales indicadores de salud de la población adulta mayor

GUIÓN DE CONTENIDOS

Este apartado del dossier proporcionará información sobre los principales indicadores de salud de la población adulta mayor, incluyendo, cuando estén disponibles, datos sobre situaciones de discapacidad en los mayores.

Se incluirán datos sobre las principales causas de morbilidad y mortalidad en los mayores, valoración del estado de salud percibida, hábitos y estilos de vida (consumo de tabaco y/o alcohol, actividad física, horas de sueño, etc.), nutrición (consumo de alimentos, índice de masa corporal, proporción de obesos, etc.), situaciones de discapacidad y limitaciones para realizar actividades de la vida diaria. Siempre que sea posible los datos se referirán a mayores de 60 años (cuando la población de referencia sea diferente, se deberá indicar). En la medida de lo posible, los resultados se desglosarán por grupos quinquenales de edad, género, hábitat urbano-rural, región geográfica o división territorial de segundo nivel (Estados, Departamentos o Provincias), nivel de ingreso, nivel educativo y origen étnico. Debe especificarse la fuente y la fecha de referencia de los datos.

II.1. Indicadores de Salud de Adultos Mayores

En la Asesoría en Políticas de Seguridad Social, de la Asesoría General en Seguridad Social, se está trabajando en la elaboración de indicadores de adultos mayores, en el marco del Proyecto “*Sistema de información en relación a grupos de Poblaciones Objetivo - Análisis de Indicadores sobre Adultos Mayores*”.

Entre los indicadores que se incluyen en el sistema de información, tomando el modelo de formulación de CELADE - CEPAL, se encuentran indicadores de *salud, cobertura, acceso y uso de servicios*, así como *discapacidad* de adultos mayores. Esto facilita contar con información para este capítulo y parte del capítulo III, en los que transcribimos los cuadros N° 6 a N° 36, elaborados por dos funcionarios de esta Asesoría (Inés Nuñez y Santiago Sosa Barón).

Cuadro N°6 – Algunos indicadores de salud de las Personas Mayores en Uruguay

INDICADOR	FÓRMULA	Dato Estadístico	Fuente de Información
Porcentaje de adultos mayores con algún tipo de enfermedad crónica	Relación entre adultos mayores que padecen alguna (s) enfermedad (es) crónica (s) y el total de adultos mayores, por	47,8%	INE – ENHA 2006

	cien.		
Porcentaje de adultos mayores que padecen de enfermedades crónicas específicas (diabetes, hipertensión, etc.)	Relación entre el número de adultos mayores que padecen una enfermedad crónica determinada y el total de adultos mayores, por cien.	Asma – 5,3% Hipertensión – 35,8% Diabetes ID – 1,6% Diabetes NID – 8,9%	INE – ENHA 2006
Porcentaje de adultos mayores con alguna enfermedad o problema de salud en el último mes	Relación entre los adultos mayores que tuvieron alguna enfermedad o problema de salud en los últimos 30 días y el total de adultos mayores, por cien.	5,3%	INE – ENHA 2006
Tasa de mortalidad para las cinco principales causas de muerte en los adultos mayores	Cociente entre los adultos mayores fallecidos en el último año por cada uno de los cinco grupos de causa más frecuentes y el total de adultos mayores, por cien mil.	- Enfermedades del sistema circulatorio: 1.474 - Tumores (neoplasias): 1.034 - Enfermedades del sistema respiratorio: 431 - Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos: 329 - Enfermedades del sistema nervioso: 188	Estadísticas Vitales del MSP
Porcentaje de adultos mayores obesos		23,7%	MSP – 1er. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo.

Fuente: Elaborado por Inés Nuñez y Santiago Sosa Barón, Asesoría en Políticas de Seguridad Social de la AGSS, en base a microdatos de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada (ENHA) del año 2006 del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Cuadro N°7 – Principales Causas de Mortalidad en A M - Año 2006

	<i>Cantidad AM</i>	<i>Porcentaje</i>
Enfermedades del sistema circulatorio.	8830	34,7%
Tumores [neoplasias].	6195	24,4%
Enfermedades del sistema respiratorio.	2583	10,2%
Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos	1973	7,8%
Enfermedades del sistema nervioso.	1130	4,4%
Otras Enfermedades	4701	18,5%
TOTAL	25.412	100%

Fuente: Estadísticas Vitales del MSP – Uruguay 2006

Importa señalar que entre los 60 y los 69 años, los tumores ocupan el primer lugar como causa de muerte seguidos de las enfermedades cardiovasculares. Entre los 70 y 80 años,

esto se invierte predominado las causas del aparato circulatorio, seguidas por las neoplasias.

II.2 Percepción de salud⁴

Según los datos de la encuesta ENEVISA (Encuesta sobre estilos de vida y salud), la “sensación de bienestar” entendida como los sentimientos que el individuo mantiene con relación a si mismo y con relación al entorno que lo rodea (la familia, la vivienda y el barrio): el 55,1% de los mayores de 55 años posee una sensación de bienestar alta, siendo más alta en los hombres (57,9%) que en las mujeres (53,1). En los hombres la variable de mas peso fue la autoestima.

En las edades mas avanzadas la autoestima disminuye, por lo tanto la sensación de bienestar también desciende, llegando a 48,6% en la población de 80 y mas años de edad. Se relacionó esta variable con la correspondiente al estado de salud, encontrándose que el 80% de los que tenían una sensación de bienestar alta presentaban un estado de salud de nivel bueno y muy bueno independientemente del sexo.

En cuanto a la variable “miedos y temores”, aquellos que experimentaron miedos o temores en relación a dos o más situaciones vitales personales destacan el temor a padecer alguna incapacidad física o mental, a que algún allegado tenga un problema de salud, a quedarse solo o a que se le presenten problemas económicos que no pueda enfrentar.

Los resultados por grupos de edad indican que el grupo de 55 a 64 años presenta mayores temores que las personas de 65 años y más, lo que se explica por los temores propios de la situación de transición hacia la vejez.

Las situaciones que generan mayor miedo o temor son las de quedar incapacitado física o mentalmente y/o a que un familiar experimente un problema grave de salud.

II. 3 Discapacidad

En la Asesoría en Políticas de Seguridad Social (APSS), de la Asesoría General en Seguridad Social (AGSS), se está trabajando con información sobre la discapacidad de los adultos mayores, con información relevada por el INE, a través de la Encuesta de Hogares efectuada en los períodos 2003-2004 y la base de datos de la Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad, realizada en la misma etapa, en las localidades de 5.000 o más habitantes del país. A continuación se presentan algunos cuadros que resumen dicha información:

⁴ Para este ítem se extractó información de Informe de OISS “Personas mayores, dependencia y servicios sociales. Seguridad Económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los Adultos Mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico”

Cuadro N°8. Población con al menos una discapacidad en la población total.

Población	Proporción
Con discapacidad	7.6%
Sin discapacidad	92.4%
Total	100%

Cuadro 9. Personas con y sin discapacidad, según tramo de edad

	Con discapacidad	Sin discapacidad	Total
(En porcentaje de la población total urbana)			
0 a 59	3,2	76,3	79,5
60 y más	4,4	16,1	20,5
Población total	7,6	92,4	100,0
(En porcentaje de la población del tramo de edad)			
0 a 59	4,0	96,0	100,0
60 y más	21,5	78,5	100,0
(En porcentaje de la población de la categoría)			
0 a 59	41,9	82,6	79,5
60 y más	58,1	17,4	20,5
Total	100,0	100,0	100,0
Apertura de las Personas Mayores por tramo de edad			
60 a 64	7,3	4,6	4,8
65 a 69	8,4	4,1	4,4
70 a 74	11,6	3,9	4,5
75 a 79	10,9	2,6	3,2
80 y más	20,0	2,3	3,6
Total AM	58,1	17,4	20,5

Cuadro N°10 - Personas con Discapacidad por Sexo, según tramo de edad

	Hombre	Mujer	Total
Total Personas con discapacidad			
	43,0	57,0	100,0
Tramo Edad			
0 a 59	50,4	35,5	
60 y más	49,6	64,5	
Total	100,0	100,0	
Apertura de las Personas Mayores según tramo de edad			
60 a 64	7,1	7,4	
65 a 69	7,6	9,0	
70 a 74	10,2	12,6	
75 a 79	9,9	11,6	
80 y más	14,8	23,9	
Total 60 y más	49,6	64,5	

Cuadro N°11 – Porcentaje de personas por tramo de Edad y Sexo, según Tipo de Discapacidad

Tipo de Discapacidad:	Tramo de Edad por Sexo			
	Hombre 100%		Mujer 100%	
	0 a 59	60 y más	0 a 59	60 y más
Ciego	42,8	57,2	32,0	68,0
Sordo	31,4	68,6	50,7	49,3
No Habla	67,6	32,4	54,0	46,0
No Camina	40,2	59,8	16,1	83,9
Sin Movilidad	41,9	58,1	19,1	80,9
Limitaciones Mentales que dificultan el Relacionamiento	75,0	25,0	59,1	40,9
Limitaciones Mentales que dificultan el Aprendizaje	93,3	6,7	84,5	15,5
Otras Limitaciones Permanentes	65,9	34,1	53,3	46,7

Cuadro N°12 - Origen de la Discapacidad por Sexo y Tramo de Edad

Origen de la Discapacidad	Sexo Masculino por tramo de edad			Sexo Femenino por tramo de edad		
	100%			100%		
	0 a 59	60 y más		0 a 59	60 y más	
Nacimiento	94,7	5,3	100,0	84,9	15,1	100,0
Enfermedad	38,4	61,6	100,0	31,1	68,9	100,0
Accidente	54,8	45,2	100,0	35,0	65,0	100,0
Envejecimiento	3,2	96,8	100,0	4,0	96,0	100,0
Otro	60,5	39,5	100,0	63,7	36,3	100,0

Cuadro N°13 - Personas con Discapacidad con Necesidad de Ayudas Técnicas por sexo según tramo de edad

	Hombre	Mujer	Total
Total Personas con necesidades de ayudas técnicas			
	39,8	60,2	100,0
Tramo Edad			
0 a 59	37,0	26,0	
60 y más	63,0	74,0	
Total	100,0	100,0	
Apertura de las Personas Mayores según tramo de edad			
60 a 64	7,7	6,6	
65 a 69	8,5	9,2	
70 a 74	14,9	12,8	

75 a 79	11,9	14,4	
80 y más	19,9	31,0	
Total 60 y más	63,0	74,0	

Cuadro N° 14. Porcentaje de Personas con Discapacidad con necesidad de asistencia o ayuda de otra persona para relacionarse con los demás, por sexo según tramo de edad.

	Hombre	Mujer	Total
Total Personas con necesidades de ayuda de otra persona			
	52,0	48,0	100,0
Tramo Edad			
0 a 59	57,1	44,4	
60 y más	42,9	55,6	
Total	100,0	100,0	
Apertura de las Personas Mayores según tramo de edad			
60 a 64	5,3	3,9	
65 a 69	4,5	6,2	
70 a 74	6,3	7,3	
75 a 79	8,6	9,8	
80 y más	18,2	28,5	
Total 60 y más	42,9	55,6	

Cuadro N° 15 - Porcentaje de Personas con Discapacidad con necesidad de asistencia o ayuda de otra persona para desplazarse dentro del hogar, por sexo según tramo de edad.

	Hombre	Mujer	Total
Total Personas con necesidades de ayuda de otra persona			
	41,8	58,2	100,0
Tramo Edad			
0 a 59	34,1	19,9	
60 y más	65,9	80,1	
Total	100,0	100,0	
Apertura de las Personas Mayores según tramo de edad			
60 a 64	5,1	4,6	
65 a 69	9,0	4,9	
70 a 74	13,5	12,4	
75 a 79	10,6	13,5	
80 y más	27,7	44,8	
Total 60 y más	65,9	80,1	

Cuadro N°16. Porcentaje de Personas con Discapacidad con necesidad de asistencia o ayuda de otra persona para integrarse al aprendizaje, por sexo según tramo de edad.

	Hombre	Mujer	Total
Total Personas con necesidades de ayuda de otra persona			
	52,8	47,2	100,0
Tramo Edad			
0 a 59	81,4	61,9	
60 y más	18,6	38,1	
Total	100,0	100,0	
Apertura de las Personas Mayores según tramo de edad			
60 a 64	2,7	2,7	
65 a 69	1,9	4,4	
70 a 74	2,2	5,1	
75 a 79	3,6	4,7	
80 y más	8,2	21,1	
Total 60 y más	18,6	38,1	

Cuadro N°17. Personas con discapacidad o limitaciones que necesita algún tipo de ayuda por sexo según tramo de edad según si la recibe y en que grado.

	Hombres por tramo de edad:		Mujeres por tramo de edad:			Total
	0 a 59	60 y más	0 a 59	60 y más	100,0	
Personas con discapacidad		100%		100%		
que necesitan ayuda por grado de apoyo:						
Si reciben apoyo	47,4	52,6	31,6	68,4	59,5	
Solo parcialmente	52,1	47,9	28,2	71,8	12,5	
No la reciben	52,3	47,7	39,2	60,8	28,1	

Cuadro N°18. Porcentaje de Personas con Discapacidad, que tienen Necesidades de Ayudas o Asistencia por tramo de edad

Tipo de Necesidades	Hombre		Mujer	
	100%		100%	
	0 a 59	60 y más	0 a 59	60 y más
Ayudas Técnicas	37,0	63,0	26,0	74,0
Necesidades de asistencia o ayuda de otra persona para:				

Necesidad de asistencia o ayuda de otra persona para cuidarse a si mismo	41,9	58,1	26,9	73,1
Necesidad de asistencia o ayuda de otra persona para relacionarse con los demás	57,1	42,9	44,4	55,6
Necesidad de asistencia o ayuda de otra persona para desplazarse dentro del hogar	34,1	65,9	19,9	80,1
Necesidad de asistencia o ayuda de otra persona para desplazarse fuera del hogar	37,4	62,6	21,3	78,7
Necesidad de asistencia o ayuda de otra persona para integrarse al aprendizaje, por sexo según tramo de edad.	81,4	18,6	61,9	38,1

III. Cobertura de salud, acceso y uso de los servicios de salud por parte de los adultos mayores

GUIÓN DE CONTENIDOS

El propósito de este apartado del dossier es proporcionar los datos más relevantes sobre la cobertura, el acceso y el uso de los servicios de salud por parte de los mayores en cada uno de los países participantes en el proyecto.

Se incluirá información sobre la cobertura de salud de los adultos mayores, especificando, siempre que sea posible, cuántos mayores están cubiertos por regímenes contributivos, por esquemas de prepago y por regímenes públicos no contributivos; sobre el uso de los servicios de salud por parte de los adultos mayores (número de consultas de atención primaria, número de ingresos hospitalarios, utilización de medios diagnósticos, etc.) ofreciendo, cuando sea posible, datos desglosados según el régimen de provisión o la titularidad de los servicios de salud; consumo de medicamentos; datos y opiniones de los mayores acerca de las barreras y condicionantes para el uso de los servicios de salud, etc. Se incluirá asimismo información sobre utilización de ayudas técnicas para compensar limitaciones de movilidad, falta de accesibilidad y para facilitar la realización de las actividades de la vida diaria con autonomía. Siempre que sea posible los datos se referirán a mayores de 60 años (cuando la población de referencia sea diferente, se deberá indicar). En la medida de lo posible, los resultados se desglosarán por grupos quinquenales de edad, género, hábitat urbano-rural, región geográfica o división territorial de segundo nivel (Estados, Departamentos o Provincias), nivel de ingreso, nivel educativo y origen étnico. Debe especificarse la fuente y la fecha de referencia de los datos.

III.1. Cobertura

Cuadro N° 19. Derechos vigentes en alguna institución de asistencia a la salud (1) (2) por tramo de edad, según tipo de Institución Año 2006

	Tramos de Edad							
	0 a 59	60 y más	Total	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 y más
Instituciones públicas	56,2%	41,1%	53,3%	44,1%	44,3%	41,3%	38,4%	35,5%
MSP	41,7%	30,5%	39,5%	31,3%	33,1%	30,8%	29,0%	27,2%
Hospital Clínicas	1,4%	1,3%	1,4%	1,2%	1,6%	1,7%	1,2%	1,1%

Sanidad Policial	2,9%	3,0%	2,9%	3,7%	3,2%	2,8%	2,5%	2,7%
Sanidad Militar	4,4%	3,7%	4,3%	5,0%	3,6%	3,6%	3,5%	2,5%
Políclinica Municipal	4,4%	2,5%	4,0%	3,0%	2,9%	2,4%	2,2%	1,9%
BPS	1,4%	0,0%	1,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%
Instituciones Privadas	39,6%	56,4%	42,8%	52,4%	52,9%	56,8%	60,0%	62,5%
Mutualista Seguro Salud Total	37,1%	53,8%	40,3%	50,1%	50,5%	54,2%	57,3%	59,3%
Seguro Parcial Médico	1,0%	0,6%	0,9%	0,8%	0,6%	0,2%	0,5%	0,6%
Seguro Parcial Quirúrgico	1,5%	2,0%	1,6%	1,4%	1,7%	2,3%	2,0%	2,5%
Otro	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%
Otro	0,4%	0,7%	0,4%	0,7%	0,6%	0,6%	0,8%	0,9%
Sin cobertura	3,9%	1,7%	3,5%	2,8%	2,2%	1,3%	0,8%	1,1%
Total	100,0%	156,4%	142,8%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Elaborado por Núñez, Inés y Sosa Barón, Santiago, Asesoría en Políticas de Seguridad Social de la AGSS, en base a microdatos de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada de los años 2006 del INE

(1) Las personas pueden tener derechos en más de una Institución

(2) Respuesta a la pregunta: ¿Tiene derechos vigentes en alguna de las siguientes Instituciones de Asistencia a la Salud? Si / No

III.1.i. Cambios en el sistema de salud.

La información procesada, correspondiente al año 2006, muestra una diferencia importante en el tipo de cobertura por edad, donde los adultos mayores aparecen cubiertos por instituciones mutuales en mayor proporción que las personas de 0 a 59 años. Esta situación ha cambiado con la implantación del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), a partir de enero de 2008.

Por Ley N° 18.211 de 5 de diciembre de 2007, se reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y se establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud, habilitando a los usuarios del sistema a elegir un prestador público o privado.

En este sistema, se incorpora a los hijos menores de 18 años o mayores con discapacidad, de los trabajadores en general y de los jubilados de menores ingresos. Como resultado de esta política, un importante número de menores de edad que no tenían cobertura por las instituciones mutuales porque su familia no podía costear el pago de la cuota, han ingresado a las mismas. Se puede afirmar que esta situación disminuye la brecha de cobertura entre personas menores y adultos mayores.

Asimismo, los adultos mayores que se jubilen a partir de enero de 2008, y que tengan bajos ingresos jubilatorios, ingresan al sistema mediante el aporte del 3% de su pasividad.

Esto también permite que muchos adultos mayores que se encontraban sin cobertura mutual, la obtengan.

El Sistema Nacional Integrado de Salud que se está implementando, promueve cambios en el modelo de atención privilegiando la atención integral y jerarquizando la promoción y la prevención de salud que fortalecerá el primer nivel de atención. Se plantea conformar sistemas locales de salud; brindar cobertura universal en materia de salud e integrar el trabajo en equipos multidisciplinarios con un enfoque integral. Pretende incorporar a la población en su gestión, promoviendo la creación y fortalecimiento de comisiones de salud. La participación social implicará el ejercicio del control ciudadano sobre la calidad y la disponibilidad de las prestaciones.

III. 2. Acceso y uso

Cuadro N°20. Atención en servicios de salud (1) por tramo de edad, según tipo de institución- Año 2006. En porcentajes

Servicios de Salud	Tramos de edad							
	0 a 59	60 y más	Total	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 y más
M.S.P.	43,1	30,4	40,6	31,8	33,2	30,7	28,6	26,6
Hospital de Clínicas	0,2	0,5	0,3	0,4	0,6	0,7	0,5	0,5
Sanidad Policial	2,7	2,6	2,7	3,2	2,9	2,3	2,1	2,1
Sanidad Militar	4,3	3,3	4,1	4,4	3,3	3,3	3,0	2,1
Policlínica municipal	2,6	1,1	2,3	1,4	1,4	1,1	0,9	0,7
BPS	1,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
IAMC	40,2	57,5	43,5	53,7	53,8	58,1	61,0	63,3
Seguro privado de salud parcial médico	1,1	1,5	1,2	0,9	1,3	1,6	1,7	1,9
Seguro privado de salud parcial quirúrgico	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Seguro privado de salud total	1,0	0,5	0,9	0,8	0,6	0,2	0,5	0,6
Otro	0,8	1,0	0,8	1,0	0,9	0,8	1,1	1,2
No se atiende	3,0	1,5	2,7	2,3	1,9	1,3	0,6	0,8
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Nuñez, Inés. Elaborado a partir de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada, 2006 del INE (1) Respuesta a la pregunta: Con respecto al cuidado de la salud, ¿dónde se atiende principalmente?

Cuadro N°21 – Uso de servicios sanitarios por las personas mayores

INDICADOR	FÓRMULA	Dato Estadístico Año 2006
Porcentaje de adultos mayores que consultaron a un profesional de la salud, en el último mes por problemas de salud o enfermedades	Relación entre los adultos mayores que realizaron una consulta de salud en el último mes y el total de adultos mayores, por cien.	26,1%

crónicas.		
Porcentaje de adultos mayores que realizaron consultas de salud en el último mes en el sector público.	Relación entre los adultos mayores que realizaron consultas en centros públicos de salud en el último mes y el total de adultos mayores que realizaron consultas de salud, por cien.	33,3%
Porcentaje de adultos mayores internados en algún establecimiento de salud en los últimos 6 meses. (Nota 1)	Relación entre los adultos mayores internados en establecimientos de salud en los últimos 6 meses y el total de adultos mayores, por cien.	11,5%
Porcentaje de adultos mayores con necesidades insatisfechas de atención en salud. (Nota 2)	Relación entre adultos mayores que necesitaron atención en salud en el último mes pero no la recibieron por el costo, la distancia o la mala calidad de los servicios, y el total de adultos mayores, por cien.	0,8%

Fuente: Elaborado por Núñez, Inés y Sosa Barón, Santiago, Asesoría en Políticas de Seguridad Social de la AGSS, en base a microdatos de la Encuesta Nacional de Hogares Ampliada de los años 2006 del INE.

Nota 1: CEPAL proyecta el indicador de internación por un período de los últimos 6 meses, la ENHA releva la información de los últimos 12 meses: MS27 En los últimos doce meses, ha estado hospitalizado o se ha realizado alguna intervención quirúrgica? (SI / NO).

Nota 2: Se organizó una variable de No cobertura teniendo en cuenta las preguntas MS10 (¿En los últimos 30 días se sintió enfermo?), MS 12 (¿Consultó al médico?) y MS13 (¿Por qué no consultó?) de la ENHA Tercer Trimestre Apartado J – Situación de Salud y Morbilidad.

IV. Marco Institucional y Jurídico. Planes programas y actuaciones en materia de atención y promoción de la salud de los adultos mayores y de atención a las situaciones de dependencia.

GUIÓN DE CONTENIDOS

El objetivo de este apartado del dossier es facilitar una información básica acerca de las leyes y normas que regulan la atención de la salud de los adultos mayores, las instituciones competentes en la materia y los planes, programas y actuaciones que se desarrollan en cada país.

Se ofrecerá información sobre las leyes y otros instrumentos normativos que regulan el derecho a la salud de los adultos mayores, sobre las instituciones que mantienen la responsabilidad directa sobre la atención de salud de los adultos mayores, y se detallarán las principales actuaciones dirigidas a la atención de salud de los adultos mayores: Planes de salud que contemplen de forma específica la atención de los mayores; planes gerontológicos; programas de promoción del envejecimiento activo; actuaciones de carácter preventivo para evitar o paliar las enfermedades crónicas vinculadas a la vejez; actuaciones específicas para prevenir y detectar enfermedades crónicas o

discapacidades; programas de cuidados sociosanitarios (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, residencias y hogares, etc.); programas de apoyo a cuidadores; programas de promoción de la accesibilidad programas y provisión de ayudas técnicas; programas de formación de recursos humanos; programas de investigación, etc.

IV.1. Instrumentos Normativos y Estructura Organizativa

La Constitución de la República establece que el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y asistencia a los indigentes o carentes de recursos suficientes. El Ministerio de Salud Pública (MSP) es el encargado de cumplir este mandato constitucional.

La Ley N° 18.211, de creación, funcionamiento y financiación del Sistema Nacional Integrado de Salud, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios integrales de salud.

El art. 2° de esta ley, señala que le compete al Ministerio de Salud Pública la implementación del Sistema Nacional Integrado de Salud que articulará a prestadores públicos y privados de atención integral a la salud, y que dicho sistema asegurará el acceso a servicios integrales de salud a todos los habitantes residentes en el país.

La estructura de los servicios de salud se caracteriza en Uruguay por una fuerte presencia de las denominadas Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC). Son instituciones de carácter privado sin fines de lucro, que constituyen un sistema de atención de salud prepago, con pago de cuota mensual. Proporciona cobertura total o en algunos casos parcial por razones de edad o enfermedades relevantes en la instancia de ingreso a las mismas.

Al crearse el SNIS, las cuotas mensuales a las entidades prestatarias de los servicios de salud, para aquellas personas amparadas por el sistema, ya no son abonadas directamente por el usuario, sino por medio del Seguro Nacional de Salud (SNS). Este seguro funciona en base a aportes de los usuarios que se vierten al Fondo Nacional de Salud (FONASA).

El Banco de Previsión Social realiza una gestión integral de los aportes: recauda, realiza la fiscalización, la determinación tributaria y vierte lo recaudado al FONASA.

Además, por vías y modalidades diversas, determinados sectores de trabajadores estatales, pertenecientes a las Fuerzas Armadas y a las Fuerzas Policiales acceden a la prestación de servicios de salud, por el Hospital Militar y el Hospital Policial.

Existen también instituciones privadas que otorgan a sus afiliados o a sus funcionarios, derechos específicos para la atención de salud como la Caja Notarial y la de Profesionales Universitarios.

IV.2 Principales actuaciones dirigidas a la atención de salud de los adultos mayores

IV.2.i. El Centro Geriátrico Dr. Luis Piñeyro del Campo como proyección comunitaria y aporte al cambio del modelo de atención a los adultos mayores.

Este centro geriátrico depende de la Administración de Servicios de Salud del Estado (A.S.S.E.), del Ministerio de Salud Pública, y es el primer y único centro socio sanitario geriátrico integral de Uruguay.

Está dirigido a la atención geriátrica integral de personas adultas mayores vulnerables usuarias de ASSE de Montevideo, a través del desarrollo de servicios de corta estadía, media estancia, larga estancia e inserción familiar y comunitaria. Es pro activo en el impulso de la articulación de un sistema y modelo integrado de servicios, para el cambio del modelo de atención a los adultos mayores.

Como lo explica su Director, “ha evolucionado de lo que fue en sus inicios un asilo, por medio del trabajo en ejes y áreas estratégicas de intervención en base a modelos; un modelo de gestión de los cuidados y proceso de atención; un modelo de gestión institucional en los recursos materiales y humanos; un modelo de gestión ambiental y adaptación de la planta física; un modelo de gestión del conocimiento; y la gestación, impulso y activa promoción de espacios de participación y ejercicio de la autonomía de los usuarios.”⁵

A continuación se resume información de la presentación del Dr. Savio:

Recursos Humanos: Cuenta con Equipo Básico de la Unidad: Geriatra, Lic. en enfermería y Asistente Social. Así como Equipo ampliado: Psiquiatra, Psicólogo, Fisiatra, Fisioterapeuta, Odontólogo, Pedicuro, Musicoterapeuta, Aux. Enfermería, Nutricionista, Terapeuta ocupacional, Cuidador, Administrativos, otros.

Organización y segmentación de los usuarios en Unidades de Atención diferenciadas y especializadas:

Unidades Internas y de larga estadía: (A) Unidad de Alta Dependencia y Cuidados Paliativos, (B) Unidad de Válidos - Dependientes leves y Unidad de Media Estancia – Rehabilitación, (C) Unidad de Psicogeriatría, (D) Unidad de Demencias (Demencias de moderadas a severas).

- U.M.E. (Unidad de Media Estancia, Convalecencia Y Rehabilitación Geriátrica): U.M.E. Unidad Servicio geriátrico instalado en contexto asistencial que se agota con conexiones a centros de mayor complejidad, destinado a programa consolidación de altas y mejora de gestión de camas en relación a centros de agudos, destinado a pacientes A. Mayores con entorno socio familiar y potencial de rehabilitación.
- Unidades Externas – Corta Estadía: (1) Centro Diurno: Servicio de Atención e Inserción Comunitaria (S.A.I.C.):

⁵ Dr. Italo Savio. Presentación realizada en el Seminario de EUROsociAL – SALUD: Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones espaciales de vulnerabilidad. Adulto Mayor y Dependencia. Montevideo y Buenos Aires. Octubre 2008.

- Unidad de Evaluación Geriátrica (E.G.I.): es una unidad funcional y equipo de tres profesionales (Geriatra, Lic. Enfermera y As. Social) que manejan casos geriátricos, evalúan casos para la UME y manejan – gestionan casos y los vinculados a equipos del primer nivel de atención.

Conjunto de prestaciones:

- Atención socio sanitaria Integral: médica especializada geriátrica, psiquiátrica, odontológica, de enfermería, fisioterapia, psicológica, podológica, social, terapia ocupacional, higiene y confort básicos – hotelería, biblioteca, gimnasia recreativa, recreación, servicios religiosos y velatorios, etc.
- Medicación (dosis unitaria), dispositivos para incontinencias (pañales, etc), auxiliares de marcha y desplazamiento (bastones, andadores, sillas de rueda). Prótesis dentarias.
- Ropa, calzado y otras necesidades básicas.
- Inter consultas y tratamientos en otras unidades (agudos, diálisis, etc.).
- Sistema de traslados y apoyo en cuidados (cuidadores) cuando ingresan a unidades de agudos.
- Gestión de beneficios sociales económicos y no económicos (Dpto. Servicio Social: gestión de pensiones y jubilaciones, investigación de vínculos, terapia social grupal, etc.).
- Asesoría legal: personal y colectiva.
- Gestión de cobro de pensiones y jubilaciones en el centro (pagos, manejo cuenta corriente, etc).
- Servicio de Cantina y abastecimiento de productos personales.

Realiza una importante Gestión del Conocimiento:

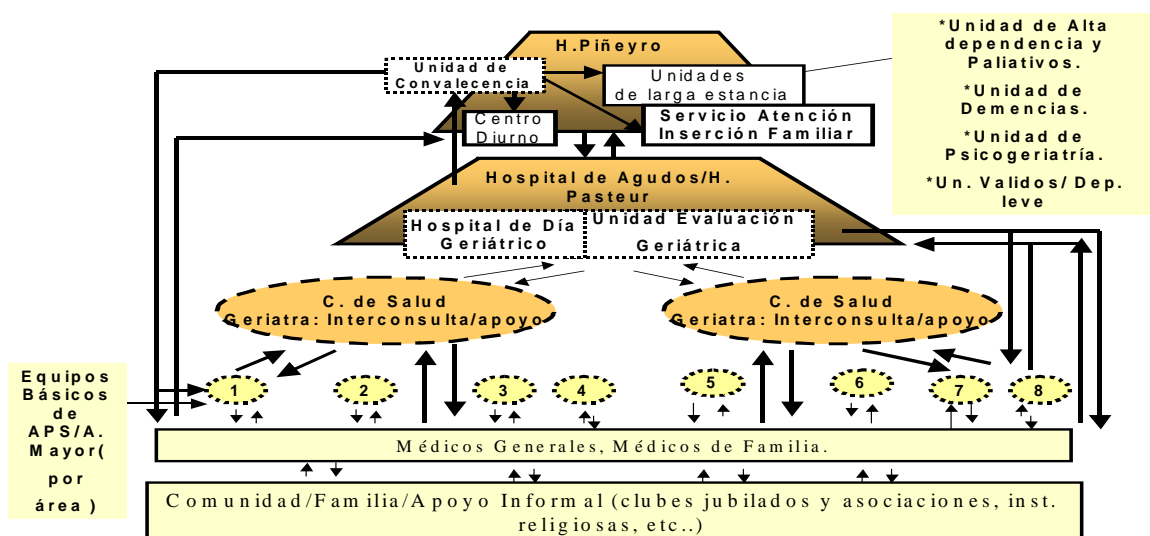
- Integración de pasantías: UDELAR: Facultad de Enfermería: 150 pasantes /año desde 2001, Dpto. de Geriatría (hasta 2003), C. Psiquiátrica, Esc. de Nutrición, Fac. de Odontología, Residentes de Medicina Familiar y Comunitaria, Postgrados de UCUDAL – Enfermería; Comunicación, U. De Montevideo: Pasantía social de administración (bases de datos de usuarios, sistema de costos por nivel de dependencia, sistema de información de inventarios), Universidad ORT.
- Curso de cuidadores/capacitación continua.
- Curso de capacitación para cuerpo de voluntarios.
- Capacitación continua de personal técnico.
- Programas de cooperación con: JICA (Agencia de Cooperación del Japón): 1 Experto en Gestión Enfermería (2004), 5 Becas de Entrenamiento n Gestión de Cuidados Médicos, Social para Mayores y de Enfermería (2001-2004), “ Voluntarios” Esquema Senior Volunteer (2 trainer of Care Worker y 1 Nurse- Social Worker, Total 2 cada 2 años).
- Cooperación con Israel – Mashav; Curso Servicios para la Tercera Edad en la Familia y la Comunidad:. Haifa Israel(MCTC): 3 Licenciadas Enfermeras, 2 trabajadores Sociales, 1 Fisioterapeuta, 4 Geriatras.
- España – AECl: Cursos CIF- : 8 (As. Sociales, Médicos).
- Capacitación de Recursos Humanos de la Salud del Primer Nivel de Atención (N=>600) desde 2005 a 2008.
- Capacitación de Cuidadores en Coordinación con JICA: Curso 2008, N=100.
- Capacitación para Programas de Reinserción Laboral (Curso en conjunto con MIDES, 2007).

- Diseño, elaboración y edición de video - DVD sobre técnicas de cuidados para familiares y ejercicios para adultos mayores (cooperación con JICA- Japón, Programa de Voluntarios Senior, 2008).
- Introducción de programas de intervención para promover la autonomía : Programa MOVVIDA (Voluntarios Senior JICA- Japón y Centro Piñeyro del Campo).
- Desarrollo de un espacio de Horticultura terapéutica (Cooperación Centro Geriátrico /Com, de Apoyo, MGAP, IMM, ANTEL, Min. Min. Industria y Energía, CAMBADU, Organizaciones de la S. Civil: Club de Pesca Montevideo, Empresas Privadas, 2006-2008).
- Gestión ante UDELAR de Habilitación como Institución –Unidad Docente Asociada (Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina, 2008)

Proyección del Centro a la Comunidad: Contribución y participación en la creación de un modelo regional integral, integrado y replicable, para el cambio de la atención a la salud de los adultos mayores:

Junto a otras Instituciones - A.S.S.E./ MSP: RAP-SSAE. UU.AA. Hospital Pasteur; S.S.E./ MSP-Adjuntos Dirección, Unidad Central de Información; DI.GE.SA. – MSP : PRONAM.; Intendencia Municipal de Montevideo (IMM), SAS (Servicio de Atención a la Salud)- División Salud; Universidad de la República; Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMCs); Banco de Previsión Social y Sociedades Científicas y Organizaciones Sociales – el Centro Geriátrico Piñeyro del Campo, se encuentra trabajando en un Modelo de Articulación y Cambio del Modelo de Atención a la Salud de los Adultos mayores.

Esquema del Modelo de Sistema Regional y Estructuras de Servicios Propuestos y en Desarrollo.



Proyectos en Desarrollo:

- Desarrollo de servicios externos en relación a complejos del BPS (coordinación socio – sanitaria).
- Desarrollo de una oferta de Centros diurnos para Demencias en el predio del Piñeyro y en cooperación con el BPS.
- Desarrollo de un área de horticultura terapéutica (en cooperación con la Intendencia Municipal de Montevideo y el Ministerio de Ganadería, Agricultura y Pesca).
- Desarrollo de un área de hidroterapia anexa a la Unidad de Demencias.
- Odontología colectiva hacia complejos habitacionales zonales de BPS.
- Coordinación con BPS para el desarrollo de una unidad regional de “comidas sobre ruedas” hacia complejos habitacionales de jubilados.

IV.2.ii. Hospital de Ojos

A continuación se presenta información extractada de la presentación del Director del Hospital de Ojos, en el Seminario de EUROsociAL, octubre 2008.⁶

En Uruguay, las características demo-epidemiológicas de la población unido a la escasa oferta de atención oftalmológica en los servicios públicos de salud, han determinado en la población más carenciada una acumulación de patologías oculares en su mayor parte evitables.

Revertir esta situación de gran inequidad requiere el diseño de planes y políticas que impulsen la Atención Primaria en salud ocular y la instalación en el subsector público de salud de tecnología y recursos para el diagnóstico y tratamiento de las patologías oftalmológicas prevalentes en la población.

En esta línea se implementó este proyecto, en base a un acuerdo asistencial – científico – técnico entre Uruguay y Cuba, enmarcado dentro de la iniciativa denominada “Operación Milagro”, distribuida en mas 35 países con 50 centros oftalmológicos.

El gobierno de Cuba aporta recursos humanos y tecnológicos de última generación y por su parte el gobierno uruguayo la infraestructura edilicia y recursos humanos.

Comenzó en octubre del 2005 cuando los primeros uruguayos captados en el procedimiento denominado Pesquisas (actividad que se realiza fundamentalmente fuera del hospital, extramuros) viajaron a Cuba para ser intervenidos, actividad que finalizó en agosto del 2007, para luego ser retomada en el actual hospital de ojos.

Hoy es un Hospital de Ojos con recursos humanos altamente calificados y tecnología de ultima generación para brindar atención médico-quirúrgica de excelencia en esta especialidad, constituyéndose en un referente en la especialidad en el Sistema Nacional Integrado de Salud .

⁶ Dr. Yamandú Bermúdez Labanca. Presentación realizada en el Seminario de EUROsociAL – SALUD: Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones espaciales de vulnerabilidad. Adulto Mayor y Dependencia. Montevideo y Buenos Aires. Octubre 2008.

Las actividades que se realizan son: Consulta Externa, Cirugía de catarata y Pterigium, Consultas en las diferentes especialidades, Glaucoma, Retina, Cirugía Plástica ocular, Cirugía Refractiva, Métodos de Diagnostico y Tratamiento.

Los beneficiarios son: Usuarios de ASSE- MSP, y por convenios, Jubilados y pensionistas que perciban hasta 10 BPC (Base de Prestaciones y Contribuciones, actualmente \$U 17.750) acceden al servicio de cirugía de Cataratas y Pterigium.

Como resultado de este convenio se crea un servicio con características especiales, denominado: Centro Tarará – Prado, adquirido por el Fondo Nacional de Viviendas para Jubilados y Pensionistas del BPS.

iv.2.ii.1 Centro Tarará - Prado

Objetivo general: Brindar alojamiento transitorio a aquellas personas que habiendo obtenido el alta hospitalaria y en tratamiento ambulatorio carecen de familia contenedora o vivienda adecuada.

Objetivos específicos:

- Brindar asistencia integral a los usuarios de ASSE y/o incluidos en convenio BPS, que sean intervenidos oftalmológicamente.
- Brindar asistencia integral transitoria a los usuarios con alta hospitalaria y en situación extrema de vulnerabilidad biopsicosocial.

Es de destacar que para el funcionamiento de este centro, se cuenta con una importante integración pública interinstitucional, en la que participan los siguientes organismos: ANTEL, MSP, ASSE, MIDES, BPS.

Cuadro N°22. Resumen de Datos estadísticos

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• 51.744 pacientes asistidos desde diciembre 2007.• 3.852 operados.• 3.639 operados de cataratas.• 83 operados de cirugía refractiva.• 12.784 controlados en el postoperatorio• 5.206 jubilados pesquisados, 2.801 con diagnóstico de cataratas. |
|---|

Cuadro N°23. Distribución de Usuarios operados de cataratas, según sexo y edad.

EDAD DEL USUARIO	SEXO		TOTAL	FRECUENCIA
	FEMENINO	MASCULINO		RELATIVA
Menor de 19 años	9	3	12	0,3
De 20 a 44 años	85	56	141	3,9
De 45 a 64 años	372	265	637	17,5
De 65 a 74 años	688	430	1118	30,7
Mayor de 74 años	1168	563	1731	47,6
TOTAL	2322	1317	3639	100 %
Frecuencia relativa	63,8	36,2	100 %	

IV.2.iii. Programas del Banco de Previsión Social hacia personas con discapacidad

- Transferencias monetarias:
 - Jubilación por incapacidad total (prestación contributiva):
 - Incapacidad absoluta y permanente para todo tipo de trabajo,
 - Ocurrida en actividad (mínimo: 6 meses previos),
 - Al menos se deben acreditar 2 años de servicios
 - Si sobreviene luego de 2 años del cese de actividad se requiere un mínimo de 10 años de actividad registrada
 - Si el beneficiario es menor de 25 años se requieren un período de actividad –mínimo- de 6 meses previos a la incapacidad.
 - Subsidio transitorio por incapacidad parcial (prestación contributiva):
 - Período máximo de 3 años,
 - Incapacidad para el *trabajo habitual*,
 - Resultante de causas y con condiciones semejantes a la jubilación por incapacidad total.
 - Se convierte en jubilación por incapacidad total si esta se verifica para *todo tipo de trabajo*
 - Pensiones por discapacidad no contributivas
 - Todos aquellos que estén incapacitados en forma absoluta y permanente para trabajar
 - Apoyo a Hogares de Ancianos (residencias sin fines de lucro), 86 en todo el país con una población de 3.000 residentes:
 - Reciben jubilados y pensionistas del BPS,

- Se les retiene entre un 70 y un 80% de su pasividad.
- Los Hogares reciben:
 - Asistencia técnica,
 - Apoyos económicos
 - Reciben población auto-válida
 - Si deviene dependiente, continúa alojada,
 - Se ha creado un programa llamado “cupo cama” que deriva habitantes de las soluciones habitacionales a Hogares cuando así se determine en función de vulnerabilidad (discapacidad)
 - En segunda etapa se derivarán directamente, individuos no auto-válidos,
 - Existe un proyecto no aprobado de Hogares Asistidos
- Líneas de Préstamos Sociales para prótesis y ortesis

El Banco de Previsión Social otorga préstamos a jubilados y pensionistas de menores ingresos (hasta 3 BPC), para financiar tratamientos odontológicos, prótesis en general, ortesis, lentes, audífonos y similares.

Dirigido a beneficiarios de menores recursos, se trata de una línea de préstamos sociales, a bajas tasas de interés, para fomentar la mejora de la calidad de vida de este sector de la población.

|

IV.2.iv. Promoción de hábitos saludables

El Programa Nacional del Adulto Mayor (PRONAM) del Ministerio de Salud Pública, cuenta con proyectos en proceso de diseño y ejecución, donde se ha comenzado por la elaboración de fichas temáticas y material comunicativo impreso para la difusión de prevención y hábitos saludables, sobre alimentación, actividad física, descanso y sueño, prevención de caídas, memoria, sexualidad saludable, convivencia con adultos mayores, etc.

Tanto el PRONAM, como el BPS, la Intendencia Municipal de Montevideo, algunas ONG's vinculadas a la temática del adulto mayor, así como grupos de promoción y prevención en Gerontología de las IAMC (mutualistas y sociedades médicas), están trabajando en la comunidad principalmente en talleres y charlas educativas.

La metodología empleada es el trabajo con la población, comunicando y educando sobre como lograr hábitos saludables, a través de charlas interactivas, juegos, demostraciones, exposiciones y distribución de folletos.

IV.2. v. Cuidados de larga duración

Los cuidados de larga duración para los adultos mayores, se realizan en Residencias privadas, Hogares de ancianos, por cuidadores privados y por servicios del MSP (gratuito para personas de bajos recursos) o IAMC (Instituciones de asistencia médica colectiva) en forma paga para sus socios. Algunos Hogares de ancianos tienen convenio con MSP, por el cual el Ministerio provee de un médico geriatra.

El Centro Geriátrico Hospital Dr. Piñeyro del Campo, dependiente del Ministerio de Salud Pública, como ya se señaló, además de hospital para crónicos, cuenta con un Centro Diurno, Unidades de media estancia, y cuidados domiciliarios.

Hay algunas IAMC (Instituciones mutuales y sociedades médicas) que ofrecen cuidados de enfermería a sus socios en sus viviendas particulares.

Se encuentra en la agenda de algunas instituciones públicas – el Ministerio de Salud Pública a través del PRONAM, y el Banco de Previsión Social – proveer servicios de ayuda a domicilio.

IV.2.vi. Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia

A través del Fondo Nacional de Recursos se otorgan ayudas técnicas y ortopedia: prótesis de cadera por artrosis o fracturas y prótesis de rodilla por artrosis, a solicitud de médico tratante. El paciente elige el IMAE (Institución Médica de Asistencia Especializada) donde se quiera operar.

La cobertura es total, y comprende el acto médico de la operación, dos días de internación y la prótesis. La rehabilitación se realiza en la institución de la cual procede el paciente.

IV.2.vii. Programas de formación-investigación en gerontología y geriatría

En la Facultad de Medicina de la Universidad de la República existe un postgrado de Gerontología y Geriatría, solo para médicos.

En la Universidad Católica de Uruguay Dámaso Antonio Larrañaga (UCUDAL), hay un Programa de Gerontología Social que proporciona una formación general sobre el tema de la vejez. No se trata de una formación académica. Se realizó un postgrado de Geriatría y Gerontología para Licenciadas en Enfermería.

Entre los programas de investigación, destacan los que desarrolla la cátedra de Gerontología y Geriatría de la Facultad de Medicina. Actualmente, la Sociedad Uruguaya de Geriatría y Gerontología está elaborando un proyecto de investigación sobre el tema.

IV.2.viii. Programas de formación y apoyo para los cuidadores formales e informales de adultos mayores

Diversas instituciones uruguayas organizan cursos de formación para los cuidadores de los adultos mayores. Entre ellas destacan la Sociedad Uruguay de Geriatría y Gerontología (SUGG) el BPS, el Centro Geriátrico Hospital Dr. Piñeyro del Campo y la Comunidad Israelita de Uruguay. Los servicios privados con fines de lucro, que emplean personas para trabajar como acompañantes o cuidadores de enfermos y adultos mayores realizan también, a veces, cursos para sus empleados.

V. Red de recursos

GUIÓN DE CONTENIDOS

Esta sección presentará, en la medida de lo posible, un mapa básico de recursos dirigido a la atención de salud y la provisión de cuidados sociosanitarios a los mayores (hospitales, geriátricos, unidades geriátricas en hospitales generales, hospitales de larga estancia, residencias y hogares de mayores, centros de día, etc.). Siempre que sea posible, se facilitará una descripción de cada tipo de recurso, así como información sobre la titularidad de los recursos, el número de centros y la población atendida.

V.1. Red de recursos sociosanitarios

El principal recurso sociosanitario público para adultos mayores en Uruguay es el Centro Geriátrico “Hospital Piñeyro del Campo”, del Ministerio de Salud Pública, que fue detallado en el punto iv.2.i.

Asimismo el Hospital de Ojos y el Centro Tarará – Prado, que fueron detallados en el punto iv.2.ii.

Hay, además, unos 1.500 residencias privadas para ancianos, 86 Hogares de ancianos sin fines de lucro, un servicio de teleasistencia, que es prestado por una empresa privada y servicios de acompañantes para sanatorio y domicilio post internación, que son empresas privadas, y sólo cumplen algunas funciones de cuidados.

A continuación se presenta información proporcionada por el Área de Prestaciones Sociales del BPS, en la que se lleva un Registro Nacional de Instituciones, muchas de las cuales están adheridas a programas sociales del Banco de Previsión Social.



GERENCIA DE PRESTACIONES SOCIALES

PROGRAMA: FORTALECIMIENTO DE LA SOCIEDAD CIVIL ORGANIZADA

SUB PROGRAMA: PERSONAS MAYORES

INSTITUCIONES ADHERIDAS CON CONVENIO	
Hogares de Ancianos	76
Comisiones Pro Hogares de Ancianos	5
Clubes de Adultos Mayores	79
Asociaciones de Jubilados y Pensionistas	99
Servicios Externos - Centros Diurnos	5
Servicios Externos - UNI 3	13
Servicios Externos - Albergues Nocturnos	5
Servicios Externos - Centros Estadía Transitoria	2
Servicios Externos - Otros	11
Federación, Confederación o Plenario	5
Agrupaciones de Personas Mayores	0
TOTAL	300

INSTITUCIONES REGISTRADAS COMO RECURSO COMUNITARIO -- SIN CONVENIO	
Hogares de Ancianos	10
Comisiones Pro Hogares de Ancianos	0
Clubes de Adultos Mayores	88
Asociaciones de Jubilados y Pensionistas	37
Servicios Externos - Centros Diurnos	2
Servicios Externos - UNI 3	4
Servicios Externos - Albergues Nocturnos	1
Servicios Externos - Centros Estadía Transitoria	0
Servicios Externos - Otros	17
Federación, Confederación o Plenario	6
Agrupaciones de Personas Mayores	4
TOTAL	169

TOTAL INSTITUCIONES DE ADULTOS MAYORES REGISTRADAS:

469

SUB PROGRAMA: PERSONAS CON DISCAPACIDAD

INSTITUCIONES ADHERIDAS CON CONVENIO	
Centros de Orientación y Difusión	26
Centros de Rehabilitación	13
Centros Educativos	18
Talleres de Habilitación Ocupacional	19
Talleres Terapéuticos	9
Talleres Protegidos de Producción	3
Discapacidad múltiple	12
Hogares de Discapacitados	9
Otros	5
TOTAL	114

INSTITUCIONES REGISTRADAS COMO RECURSO COMUNITARIO -- SIN CONVENIO	
Centros de Orientación y Difusión	4
Centros de Rehabilitación	7
Centros Educativos	4
Talleres de Habilitación Ocupacional	4
Talleres Terapéuticos	7
Talleres Protegidos de Producción	1
Discapacidad múltiple	0
Hogares de Discapacitados	1
Otros	1
TOTAL	29

TOTAL INSTITUCIONES DE DISCAPACITADOS REGISTRADAS:

143

TOTAL 612

Nota: Información acumulada histórica al 31/12/2007

Las actividades y servicios que se realizan en algunas de las instituciones sociales antes relacionadas son:

HOGARES:

- Actividades sociales, culturales, recreativas, religiosas, jurídico notariales.
- Servicios de alojamiento, rehabilitación, alimentación (4 comidas), ropería/lavandería, peluquería.

ASOCIACIONES DE JUBILADOS Y PENSIONISTAS

- Actividades gremiales, sociales, difusión, físicas, educativas Y culturales.
- Servicios de peluquería, podología, y atención jurídico-notarial.

La proporción de adultos mayores que participan en asociaciones, con respecto al total de jubilados y pensionistas del BPS mayores de 60 años es de aproximadamente el 11%.

CLUBES DE ADULTOS MAYORES

- Actividades culturales, educativas, recreativas, sociales, sala de lectura.

La proporción de adultos mayores que participan en clubes de adultos mayores, con respecto al total de jubilados y pensionistas del BPS mayores de 60 años es de aproximadamente el 4%.

V.2. Provisión de cuidados a las personas en situación de dependencia

Para este ítem se extrajo información del Proyecto de OISS "*Personas Mayores, Dependencia y Servicios Sociales en los países iberoamericanos – Seguridad económica, Salud, Atención de la Dependencia y Participación de los adultos mayores en los países del Cono Sur*". Junio 2008.

V.2.i. Instituciones de larga estancia

Del 5% al 7% de los adultos mayores viven en instituciones de larga estancia, unas 25.000 camas, que equivalen al doble de las camas de hospitales de agudos públicos y privados.

El 90% de esta población se encuentra en establecimientos del sector privado con fines de lucro (Residencias) y 10% en instituciones no lucrativas publicas y privadas (Hogares).

La tasa de crecimiento intercensal de la población alojada en estas instituciones muestra que su número se duplica cada década, lo que puede deberse al escaso desarrollo de programas y respuestas intermedias (centros de día, cuidados domiciliarios, apoyo al cuidador familiar, servicios de rehabilitación geriátricos y unidades de atención en el sector sanitario, etc.).

Los Hogares de Ancianos son asociaciones sin fines de lucro administradas por voluntarios, que en su gran mayoría son adultos mayores. Como ya se señaló, actualmente hay 86 en todo el país. Reciben asesoramiento técnico y apoyos económicos del Banco de Previsión Social fundamentalmente para mejoras edilicias,

ampliaciones y equipamiento. Los costos operativos y de funcionamiento están a cargo del aporte de sus usuarios mediante un porcentaje de sus jubilaciones o pensiones y de donaciones de la comunidad. El mayor problema que enfrentan los Hogares de Ancianos es la atención a la dependencia. Las personas dependientes y semidependientes son la mayoría de los residentes actuales (se estima en un 75%), tanto por nuevos ingresos como por los que ingresaron como autoválidos y se volvieron dependientes.

Solo cinco de los Hogares cuentan con recursos de infraestructura y personal capacitado para atender dependientes. Estos 5 Hogares, que disponen en total de unas 300 plazas, ampliaron sus edificios con pabellones especiales con varios dormitorios que se anexa al Hogar como un ala independiente de las instalaciones de los autoválidos. Como equipamiento tienen camas especiales, sillas de rueda, y distribución específica del comedor, también cuentan con personal de enfermería más capacitado. Los Hogares que no se han adaptado al aumento de residentes dependientes presentan problemas tanto en lo que respecta a la atención así como al financiamiento, aumentaron sus costos porque tuvieron que asumir esta atención sin la infraestructura, equipamiento y personal idóneo.

El costo por persona dependiente se ha calculado en aproximadamente \$U 9.000. El costo por residente autoválido varía según la zona geográfica, estimándose en aproximadamente \$U 7.000. El Hogar retiene el 80% de la jubilación o pensión que percibe el residente. La mayoría de los residentes no llegan a cubrir el costo. Se estima que el déficit se sitúa entre \$U 900 y \$U 1.200 por residente, que se cubre por lo que abonan los que tienen pasividades más altas y por apoyo comunitario.

Actualmente está comenzando a implementarse un sistema de cupos cama en Hogares de Ancianos, dentro del Programa Viviendas y Otras Soluciones Habitacionales para jubilados y pensionistas del Banco de Previsión Social. Está dirigido a beneficiarios del mencionado programa, que dejaron de ser autoválidos y por lo tanto no se encuentran en condiciones de seguir habitando la vivienda que se les había adjudicado, porque en los complejos de viviendas no cuentan con la atención que necesitan. Este tipo de solución habitacional consiste en institucionalizar al beneficiario en un Hogar de Ancianos, donde recibirá la atención que requiere, mediante una contraprestación por parte del BPS hasta alcanzar los \$U 9.000 que es la cantidad estipulada para el costo por persona. Al beneficiario se le retiene el 80% de su pasividad y el resto lo abona el BPS.

No se dispone de información actualizada sobre el número de Residencias privadas con ánimo de lucro para ancianos existentes en Uruguay, aunque se estima que atienden aproximadamente a unas 22.500 personas mayores. El censo de 2004 identificó 838 Residencias de Ancianos, con 12.634 residentes, de los que 8.651 eran mujeres y 3.883 varones, pero seguramente esos datos están subestimados debido a que hay bastantes residencias que funcionan sin la debida habilitación del Ministerio de Salud Pública.

En nueve hogares de ancianos privados sin ánimo de lucro del Interior, situados a las localidades de Nueva Helvecia, Rosario, Cardona, Tarariras, Mercedes, Dolores, Juan Lacaze, Miguelete y Conchillas, se brinda el servicio de centro diurno, al que asisten personas semidependientes. No tienen usuarios en forma continua, en algunos meses tienen muchos y en otros no hay ningún usuario, pero el servicio siempre se encuentra disponible.

V.2.ii. Cuidados domiciliarios

No hay a nivel público cuidados de larga duración prestados a personas en situación de dependencia en su propia vivienda.

En un trabajo realizado en la Asesoría en Políticas de Seguridad Social⁷, se señalaba que la actividad de acompañar como actividad comercial, es realizada en la actualidad por cuidadores externos al hogar en carácter de trabajadores por cuenta propia y, cada vez más, por empresas conformadas al efecto.

En éstas la forma de contratación del servicio se realiza como un seguro privado, mediante la modalidad de prepago, con una cuota mensual que varía en función de determinados parámetros como la edad, el número de horas por día contratadas, así como del lugar donde se preste el servicio: sanatorio /hospital o domicilio.

Los afiliados se aseguran una eventualidad: la necesidad de recibir cuidados en caso de enfermedad, durante los días de internación fundamentalmente y en algunos casos de post internación en domicilio.

No todas las empresas brindan servicios de cuidados domiciliarios que no sean post internación. Las que lo ofrecen, lo hacen por menos cantidad de días que en el sanatorio y cobran una cuota considerablemente mayor. Y fundamentalmente las funciones de cuidado no abarcan todas las necesidades de ayuda para realizar las actividades de la vida cotidiana.

Un trabajo antecedente que presenta información sobre estos servicios, es el de Patricia González Romer (2006)⁸, del cual transcribimos algunos cuadros.

Cuadro N°24. Empresas de compañía de Montevideo, según su tamaño

Tipo de Empresa	Personal empleado	Casos
Micro	1 a 5 personas	0
Pequeña	6 a 30 personas	10
Mediana	31 a 80 personas	3
Grande	81 o más personas	6
Sin datos de N° de empleados		4
Total		23

⁷ Pugliese, Leticia. *Servicios de Cuidados Domiciliarios a los Adultos Mayores. Una perspectiva desde el Sistema de Seguridad Social*. En Comentarios de la Seguridad Social. Asesoría General en Seguridad Social BPS. N°19. Abril-Junio 2008.

⁸ González Romer, Patricia. Tesis de la Licenciatura en Sociología. Ese trabajo se enmarca en el Proyecto de CSIC "Género y cuidados familiares ¿quién se hace cargo del cuidado y la atención de adultos mayores en Montevideo?", realizado en la Fac. de Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

Cuadro N°25. Cantidad de socios por tamaño de empresas

Cantidad de socios	Tamaño de la empresa				
	Total	Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos de N° empl.
N°	178.170	5.070	58.600	114.110	400
%	100	2.8	33	64	0.2

Cuadro N°26. Alcance geográfico de los servicios de las empresas de compañía. En Porcentajes.

Zona Geográfica	%
Solo Montevideo	65
Montevideo y Canelones	13
Todo el país	22
Total	100

Cuadro N°27. Servicio de compañía en sanatorio por tamaño de la empresa, según tipo de servicio. En Porcentajes.

Tipo de Servicio	Total	Tamaño de la empresa			
		Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos de N° empl.
Higiene	100	100	100	100	100
Alimentación	100	100	100	100	100
Recreación	87	90	100	66	100
Compras y gestiones	56	50	67	67	50
Traslados	48	40	67	83	0

Cuadro N°28. Servicio de compañía en domicilio por tamaño de la empresa, según tipo de servicio. En Porcentajes.

Tipo de Servicio	Total	Tamaño de la empresa			
		Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos de N° empl.
Higiene	96	90	100	100	100
Alimentación	96	90	100	100	100
Recreación	96	90	100	100	100
Compras y gestiones	56	50	33	83	50
Traslados	39	40	33	67	0
Compañía de personas no enfermas	69	70	67	50	100
Servicio de enfermería	52	60	33	67	25

Todas las empresas prestan servicios de *higiene* y *alimentación* mientras el paciente está internado y prácticamente también cuando es atendido en su domicilio. La tarea de *recreación* la realizan mayormente en domicilio (todas las empresas medianas y grandes y la gran mayoría de las pequeñas); mientras que en los casos de internación la tarea de *recreación* se realiza en menor medida. *Compras y gestiones* son realizadas por más de

la mitad, en ambos lugares, aunque con diferencias según el tamaño de las empresas. En los casos de internación la mayor proporción de esta tarea la realizan las empresas medianas y grandes, y en los domicilios es realizada principalmente por empresas grandes. *Traslados del paciente* es la que tiene menor proporción, especialmente de las empresas de menor tamaño.

En la situación de atención en domicilio, aparecen otras tareas *compañía de personas no enfermas y servicio de enfermería*. Esta última es realizada sólo por la mitad de las empresas, probablemente una de las razones de la baja proporción sea la necesidad de contar con la habilitación del Ministerio de Salud Pública para realizarlo, que muchas empresas no tienen.

En relación a la *Compañía de personas no enfermas*, en su domicilio, la proporción total es del 69%, pero sólo la mitad de las empresas grandes lo realizan, siendo éstas las que concentran el 64% de los socios, por lo que se desprende que la mayoría de las personas afiliadas a estos servicios no cuentan con esta posibilidad.

Se considera que esto es una importante carencia, porque los cuidados o ayudas domiciliarias que necesitan los adultos mayores, no se limitan a situaciones de enfermedad, sino que en muchos casos los necesitan en su vida cotidiana, y como se constata en esta información, no los tienen ni siquiera todos los que pueden pagar una cuota de afiliación a empresas de acompañantes.

Cuadro N°29. *Límite de días en el año que se puede utilizar los servicios, por tamaño de empresa, según lugar de atención. En Porcentajes.*

Pone límite	Tamaño de la empresa				
	Total	Pequeña	Mediana	Grande	Sin datos de N° empl.
Sanatorio					
SI	17	30	0	16	0
NO	83	70	100	84	100
Domicilio					
SI	87	90	66	100	75
NO	13	10	44	0	25

Fuente: González Romer, Patricia. Op. Cit. 2006

El máximo de días de cobertura está limitado, en una baja proporción (17%) en los casos de internación, y en una alta proporción (87%) en los casos de atención en domicilio.

Otra vez se encuentra limitaciones a la atención de cuidado y compañía en el hogar. Sólo un 10% de las empresas chicas y un 44% de las medianas no pone límites, en cambio el 100% de las empresas grandes – que como se recordará concentran el 64% de los socios - pone límites de días en los servicios que ofrece en domicilio.

Como conclusión, se entiende que el mercado no cubre adecuadamente la necesidad de cuidado de los adultos mayores. El derecho de los adultos mayores de recibir cuidado y apoyo para el desempeño de sus actividades cotidianas, significa mucho más que el acompañamiento y cuidado que el mercado les ofrece.

La actividad mercantil de acompañamiento surgió y se desarrolló en el marco de la crisis del sistema de salud, donde la atención durante la internación en sanatorio o en hospital

ha sido insuficiente, demandando la atención de otra persona ajena al sistema, que por mucho tiempo la desempeñaron las mujeres de la familia del enfermo; situación acentuada en la etapa de convalecencia en el domicilio.

El mercado dio una respuesta mínima – aunque necesaria - para ayudar a la familia en estas situaciones, mientras no surjan otras respuestas la población seguirá haciendo uso de estos dispositivos, al menos quienes tengan capacidad de pago suficiente para acceder a estos servicios.

V.2.iii. Teleasistencia

Como se señalaba en el trabajo citado (Pugliese – Sosa. 2008), el servicio de Teleasistencia en Uruguay es brindado desde el año 2000 por una empresa multinacional.

El objetivo es que los adultos mayores reciban asistencia inmediata en casos de emergencia de cualquier tipo, problemas de salud, caídas, sensación de angustia o confusión, e incluso situaciones de copiamiento.

Está basada en un desarrollo tecnológico que consiste en un dispositivo que actúa como un teléfono en miniatura. Puede ser usado en la muñeca (con forma de reloj) o como colgante, que al pulsarlo se comunica con la central. Mientras la operadora lo tranquiliza y aconseja, otros operadores se comunican con la familia, con la emergencia médica móvil, con un vecino, la mutualista o la policía, según la situación, para que reciba ayuda en cuestión de minutos.

Esta empresa presenta su oferta como una opción de uso muy sencillo, indicando que la persona no tiene necesidad de buscar un teléfono ni acordarse de un número, sólo pulsa el dispositivo y se comunica. Pero especialmente lo presenta como una opción de independencia, uno de los avisos en medios de prensa expresa “La teleasistencia ofrece la posibilidad de vivir en forma independiente, con la tranquilidad y seguridad que significa tener ayuda inmediata al alcance de un botón. Sin depender de la familia y sin necesitar tener una persona extraña dentro del hogar.”

La cobertura es de 24 horas, la cuota mensual es de \$ 610, no varía por edad. La colocación del equipo en el domicilio es de \$ 1.790 por única vez.

VI. Necesidades insatisfechas y retos de futuro en materia de salud de la población mayor y atención de la dependencia

El objetivo de este apartado del dossier es proporcionar información sobre los principales problemas no resueltos en materia de salud de los adultos mayores y de atención a las situaciones de dependencia, y sobre las iniciativas adoptadas para solucionarlos.

A partir de los datos incluidos en los apartados anteriores del dossier, del conocimiento directo de la realidad que tienen las instituciones que elaboran el dossier y de otras fuentes, se espera que en este apartado se incluya una reflexión crítica sobre las principales necesidades en materia de salud de las personas mayores y atención a la dependencia que están pendientes de resolver en el país, sobre las dificultades y condicionantes existentes, sobre las iniciativas o medidas que se han adoptado para contribuir a su solución y sobre las líneas de trabajo que se considera necesario desarrollar en el futuro para hacer frente a estos retos.

VI.1. Reflexión crítica sobre las principales necesidades en materia de salud de las personas mayores.

Retomando algunas consideraciones realizadas en el Informe Nacional, presentado en la Reunión convocada por CEPAL, sobre la *Aplicación de la Estrategia Regional de Implementación para América latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*, realizada en Brasilia, Brasil, en diciembre de 2007, se plantea:

Con relación a la legislación y políticas dirigidas a las personas mayores: Uruguay no cuenta con política nacional ni plan nacional dirigido a las personas mayores. La única ley de Promoción Integral de las Personas Mayores no ha sido reglamentada. Las políticas existentes son sectoriales, fragmentadas y con superposición de acciones en muchos casos. Muchas políticas surgen de las organizaciones de la sociedad civil, pero con un impacto limitado. La evaluación es escasa o inexistente.

Un aspecto relevante para el trabajo con adultos mayores es la formación de los recursos humanos, siendo insuficiente en nuestro país su formación en la atención de los adultos mayores.

Si bien existen múltiples actores vinculados a la temática del adulto mayor, **las estructuras de carácter comunitario e intermedio en la atención a los adultos mayores son escasas** (centros diurnos, servicios de ayuda domiciliaria, etc.) así como aquellas destinadas a la rehabilitación.

Las perspectivas de crecimiento en el número de personas mayores, la sobrecarga de las familias y el agotamiento del modelo de atención que redundan en crisis familiares contribuye a **las institucionalizaciones**, así como a **situaciones de maltrato, requiriéndose acciones de apoyo** a través de estructuras del fomento de las estructuras de carácter comunitario e intermedio.

Una de las carencias detectadas cuando se analiza el tema de adultos mayores es **la falta de coordinación socio-sanitaria**. Esta carencia es mas pronunciada en la atención a personas dependientes.

Hay una importante carencia de recursos públicos y privados de carácter formal y profesional para la atención a la dependencia, por lo tanto **el cuidado es mayoritariamente informal**, provisto por las familias, más precisamente por las mujeres de la familia, o en la contratación por parte de éstas **de personal no calificado**, que además de no estar capacitados realizan el trabajo sin registrarse en instituciones de la seguridad social, con todas las consecuencias que esto trae aparejado, tanto para el trabajador/a, como para la sociedad.

Retomando la información proporcionada por los indicadores de salud, resumidos en los capítulos II y III, encontramos:

Necesidad de **realizar prevención de las enfermedades que representan las principales causas de mortalidad, actuando sobre sus factores de riesgo:** enfermedades del sistema circulatorio, neoplasias, enfermedades del sistema respiratorio y del sistema nervioso.

Necesidad de **realizar prevención de enfermedades crónicas más prevalentes**. Cerca del 50% (47.8%) de los adultos mayores padece alguna enfermedad crónica. Las más prevalentes son hipertensión, diabetes y asma.

Asimismo se encuentra un porcentaje significativo (23.7%) de adultos mayores obesos. Como se señala en el trabajo del que se tomó la información⁹, este dato importa en la medida en que la obesidad puede incidir en otras enfermedades, y es prevenible a través de programas de atención primaria por medio de actividades de promoción en salud.

De acuerdo a la información presentada en el cuadro N°28, el 52% de las personas de 60 y más años de edad, con discapacidad, tienen **necesidad de ayudas técnicas**, y el 45 % de ellas **necesita ayuda de otra persona** para desplazarse fuera del hogar. Por lo tanto, las necesidades de ayudas técnicas y de la ayuda de personas para el cuidado de los adultos mayores, es un requerimiento indispensable para mantener la autonomía personal.

De acuerdo a la información presentada en el cuadro N°28, el 52% de las personas de 60 y más años de edad, con discapacidad, tienen **necesidad de ayudas técnicas**, y el 45 % de ellas **necesita ayuda de otra persona** para desplazarse fuera del hogar. También se encuentran proporciones importantes que necesitan ayuda personal para diferentes actividades. Por lo tanto, las necesidades de ayudas técnicas y de la ayuda de personas para el cuidado de los adultos mayores, es un requerimiento indispensable para mantener la autonomía personal y para evitar la institucionalización ante los primeros signos de dependencia.

⁹ Nuñez, Inés. Asesoría General en Seguridad Social del BPS. Op. Cit.

VI.2. Dificultades y condicionantes existentes

En Uruguay hay diversos programas para adultos mayores, pero no hay políticas que enmarquen y orienten a esos programas. Especialmente no existe una política de cuidados, que es lo que los adultos mayores (junto con los discapacitados y los niños pequeños) necesitan.

Esa necesidad se basa por un lado, en la situación demográfica de Uruguay, cuyos indicadores actuales y proyectados, que se presentan en el primer capítulo de este trabajo, muestran un importante y creciente envejecimiento de la población. Por otro lado, en la situación de cambios en la esfera familiar, principalmente en lo que respecta a la función de “cuidadora familiar” que ha tenido tradicionalmente la mujer, y su creciente participación en el mercado laboral, con la consecuente dificultad de conciliar el tiempo de trabajo intra y extra hogar.

En base a esto, se encuentra en la agenda política, una serie de interrogantes sobre qué y cómo implementar políticas adecuadas a nuestra realidad, muchas de las cuales fueron planteadas por uno de los Directores del Banco de Previsión Social, en el reciente Seminario de EUROsocial¹⁰. Se resume algunos de los planteos de su exposición:

- ¿Es posible desarrollar una política para la dependencia en Uruguay?
 - ¿Cuáles serían las ventajas y cuáles las desventajas?
 - ¿Con qué recursos?
 - ¿Con que modelo de financiación?
 - ¿Por cuáles recursos competiría?
 - ¿Qué recursos institucionales existen en Uruguay para la prestación de servicios a la población en situación de dependencia?

- ¿Como se estimaría el costo de una política de este tipo?

- Alternativas:
 - Política pública por demanda:
 - Focalizada en la tercera edad
 - Focalizada en edades tempranas (0 a 3 años)
 - Focalizada en discapacidad
 - Política que sintetice una alternativa de intervención a los problemas detectados
 - Política de cuidados para:
 - infancia,
 - tercera edad,
 - discapacidad
 - Provisión:
 - Pública o privada
 - Focalizada o Universal

¹⁰ Dr. Jorge Papadópulos. Presentación realizada en el Seminario de EUROsociAL – SALUD: *Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones espaciales de vulnerabilidad. Adulto Mayor y Dependencia*. Montevideo y Buenos Aires. Octubre 2008.

Que nos falta conocer? . Hacia una agenda de investigación

- Gastos de bolsillo de las familias,
- Costo de oportunidad,
- Repertorio de prestaciones e instituciones,
- Repertorio de recursos humanos,
- Impacto de la política de cuidados en la generación de empleo, formalización, creación de capital humano, desarrollo de nuevas tecnologías, construcción, inversión privada, etc.
- Dimensionamiento del problema en todos sus aspectos.

VI.3. Algunas propuestas de líneas de trabajo

Los **desafíos** planteados por Uruguay en el Informe Nacional, presentado en la Reunión convocada por CEPAL, Brasilia, 2007, son los siguientes:

- **Avanzar hacia la concreción de un Sistema Nacional de Atención al Adulto Mayor**, el cual ha sido promovido por el Banco de Previsión Social, con la participación de otros Organismos vinculados al tema. Se trabajó en la definición de sus bases y lineamientos estratégicos. Este Sistema apunta a cubrir las necesidades y demandas de los adultos mayores (culturales, sociales, educativas, recreativas, sanitarias, servicios de apoyo, etc.), teniendo en cuenta el Modelo de Cuidados Progresivos y Continuados, que promueve una visión integral del adulto mayor en el marco del Paradigma del Envejecimiento Activo. El sistema incluiría el fomento a los sistemas de apoyo a la familia, la creación de servicios en la comunidad acorde a las necesidades identificadas de los adultos mayores a nivel local, así como la coordinación socio – sanitaria, a partir de una articulación interinstitucional y apuntando a evitar superposición de acciones, racionalizando los recursos disponibles.
- **Contribuir a un cambio de imagen del adulto mayor en la sociedad**, percibiéndolo como sujeto de derecho y actor relevante en el desarrollo de la sociedad a partir de la contribución activa de sus experiencias, conocimientos, habilidades, etc. y su transferencia a nuevas generaciones.
- **Reestructura del modelo residencial**, generando mecanismos de estimulación para la reconversión de dicho sector en procura de la mejora de la calidad de los servicios que ofrecen en la atención al adulto mayor residente, así como su transformación en servicios integrados en la comunidad, en tanto prestadores de otros servicios tanto hacia los adultos mayores, como a las familias con adultos mayores a cargo y/o población en general.
- **Transformación de las organizaciones de adultos mayores en “efectores comunitarios”** en el marco de un sistema socio-sanitario de base comunitaria.

En el trabajo mencionado de la Asesoría en Políticas de Seguridad Social (Núñez, Inés 2007) se realizan algunas propuestas que transcribimos:

- Construir indicadores sobre la “esperanza de vida en bienestar”, “sin enfermedad” o sin “discapacidad”, como forma de estudiar en que condiciones llega la población en edades más avanzadas, y poder generar programas de prevención y promoción de salud, a fin de evitar el desarrollo de enfermedades o discapacidades.
- En esta línea, los indicadores sobre las principales causas de mortalidad en la población adulta mayor, nos deberían orientar al momento de efectuar acciones sanitarias de prevención, tanto a nivel de adultos mayores como en el resto de la población, como asimismo incidir sobre los factores de riesgo.
- En este sentido, la orientación hacia la atención primaria de salud, sería un enfoque oportuno, a fin de evitar la aparición temprana de enfermedades o prevenir situaciones de incapacidad, por lo que las instituciones sin fines de lucro de personas mayores, son un instrumento válido para desarrollar acciones promocionales. Por lo que podría corresponder protocolizar y otorgar un marco referencial a las actividades que viene desarrollando la Oficina de Prestaciones Sociales del BPS.
- Las Sucursales y Agencias del BPS deberían continuar con el proceso de descentralización que se viene implementando, lo que está llevando a que sea un organismo de referencia territorial a nivel de las comunidades y localidades del país. De esta forma se podría ir orientando hacia acciones de desarrollo local, como forma de contemplar aún más las demandas y necesidades sentidas de la población, siendo la temática de salud un referente importante dentro del Organismo y que podría ampliar sus acciones dentro de esta línea de trabajo propuesta.
- Con relación al acceso a los servicios de salud, si bien los indicadores desarrollados informan sobre algunas situaciones que se presentan en este grupo de edad, sería de gran importancia relevar información más calificada respecto a las necesidades y requerimientos específicos de las personas mayores. La utilización de una metodología cualitativa, así como la utilización de las Encuestas de Opinión sobre la satisfacción de los servicios del BPS. pueden ser herramientas válidas para el estudio y seguimiento de estas situaciones.

Una importante iniciativa que se está desarrollando, es el **Primer Debate Nacional sobre Políticas Sociales, Envejecimiento y Territorio - “En busca de la equidad generacional”**, convocado por el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), que comenzó en abril de 2008 y se prevé que finalice en abril de 2009.

El objetivo y características de este Debate fueron presentados en el Seminario de EUROsociAL de octubre 2008, por el Director Nacional de Políticas Sociales del MIDES¹¹, de cuya exposición resumimos lo siguiente:

Este trabajo constituye un aporte para el conocimiento de la realidad nacional respecto a las modalidades de intervención por parte del Estado orientadas hacia la población adulta mayor y la forma en que este ubicará sus intervenciones para los próximos 20 años con las perspectivas de creciente envejecimiento demográfico.

¹¹ Christian A. Mirza, Presentación realizada en el Seminario de EUROsociAL – SALUD: *Extensión de la protección social en salud a poblaciones en condiciones espaciales de vulnerabilidad. Adulto Mayor y Dependencia*. Montevideo y Buenos Aires. Octubre 2008.

Instituciones participantes

- MIDES- Dirección Nacional de Políticas Sociales. Dirección Nacional de Coordinación Territorial (Mesas Interinstitucionales- Consejos Sociales).
- MSP- Programa Nacional del Adulto Mayor.
- BPS – Banco de Previsión Social
- Congreso de Intendentes- IMM/IMC.
- UdelaR- Universidad de la República. Red Temática de Envejecimiento/Servicio de Psicología de la Vejez (Facultad de Psicología).
- ONAJPU
- Fondo de Población de las Naciones Unidas
- CEPAL

Objetivo: Elaborar un sistema de recomendaciones que a mediano y largo plazo permitan superar algunas de las dificultades ocasionadas por la falta de articulación, atomización y fragmentación de las políticas sociales para las personas mayores.

1ra. Etapa de trabajo:

- Diagnóstico referido a la modalidad de organización de recursos y dispositivos de intervención por parte del Estado a partir de la Base de Repertorio Social.
- Conocer las modalidades de ejecución a nivel local desde el trabajo en territorio.

Algunos elementos del diagnóstico:

- El 29,5% de los organismos públicos ejecutan en forma solitaria.
- El 16,7% ejecutan una única prestación.
- Hay una serie organismos públicos autorreferenciados que brindan más de una prestación sin una coparticipación clara de otra entidad pública.
- Hay una multiplicidad de entidades ofertantes o “bocas de entrada” para prestaciones posiblemente similares.

Consecuencias:

- Dificultades para satisfacer distintas necesidades que traducen los diferentes grupos de población.
- Cierta grado de desaprovechamiento de las capacidades institucionales.
- Complejidades adicionales en la pretensión de coordinación interinstitucional.
- Posibles superposiciones de las prestaciones en los grupos beneficiarios así como al interior del sistema de protección y bienestar en su conjunto.

2da. Etapa de Trabajo:

- Elaborar a partir de una definición participativa el diseño de una estrategia de articulación institucional en materia de políticas sociales para las personas adultas mayores.
- Recomendar en materia de políticas sociales el diseño de estrategias más integrales de intervención.

A modo de conclusión

Los nuevos riesgos sociales demandan nuevas respuestas por parte del sistema de protección social. El envejecimiento de la población es uno de los resultados de la evolución de los componentes del cambio demográfico (fecundidad, mortalidad y migración). Este cambio incide tanto en el crecimiento de la población como en su composición por edades. En nuestro país, la evolución de esas variables demográficas han provocado un significativo proceso de envejecimiento, de “feminización del envejecimiento” y de “envejecimiento del envejecimiento”.

Asimismo los cambios en las estructuras familiares, el desgaste del rol cuidador de la familia, la asunción de roles extra familiares de las mujeres, principalmente su cada vez mayor participación en el mercado de trabajo, inciden fuertemente en la demanda de servicios de cuidados para los miembros de la familia, principalmente adultos mayores, así como también niños pequeños y discapacitados.

Como respuesta a esta demanda se dio en Uruguay un proceso de surgimiento y crecimiento de empresas de acompañantes, dirigido principalmente a enfermos en situación de internación y post internación. La cobertura es parcial y eventual, no obstante, como ha sido señalado en estudios antecedentes¹², con todas sus deficiencias este sistema funciona, surgen nuevas empresas, ofrecen opciones diferenciales, con interesantes ofertas para competir entre ellas, captando cada vez más afiliados. Si bien el mercado no cubre adecuadamente la necesidad de cuidado, responde a una necesidad que el Estado no cubre.

Los diagnósticos realizados y algunas de las iniciativas planteadas, denotan que la situación de los adultos mayores en Uruguay, y de otros grupos con necesidad de cuidados, está en la agenda de los decidores de políticas. Hay coincidencia en encarar este tema por parte del Estado, en el marco de un Sistema de Protección Social, en el que el Estado debe plantearse estrategias de intervención más complejas y articuladas que las que se han realizado hasta el momento.

No están resueltas algunas cuestiones centrales que tienen que ver con la alternativa de política (focalizada o universal, en la provisión y en la selección de la población objetivo); la definición de los recursos financieros e institucionales, del modelo de financiación, del modelo de gestión, de la forma de coordinación interinstitucional, público – privado, y la definición de cual sería el organismo rector.

Avanzar en estas definiciones permitirá pasar a trabajar en las cuestiones operativas que viabilicen la puesta en funcionamiento de un sistema de protección social para todas las generaciones.

¹² Pugliese, Leticia. Asesoría General en Seguridad Social del BPS. Op. Cit.