

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional

Módulo 2

Gerontología Comunitaria e Institucional

Mónica Roqué - Adriana Fassio



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Secretaría Nacional de
Niñez, Adolescencia y Familia

Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional

MODULO 2: Gerontología Comunitaria e Institucional

Autoras:

Magíster Mónica Roqué

Doctora Adriana Fassio

ISBN: 978-987-544-224-5
3ra. edición. 2012.

Autoridades Nacionales

Presidenta de la Nación
Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministra de Desarrollo Social
Presidenta del Consejo Coordinador de Políticas Sociales
Dra. Alicia Kirchner

Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia
Dr. Gabriel Lerner

Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores
Magíster Mónica Roqué

Autoridades Universitarias

Rector de la Universidad Nacional de Mar del Plata
Lic. Francisco Morea

Decano de la Facultad de Psicología
Dr. Orlando Calo

Vicedecana de la Facultad de Psicología
Esp. Alicia Zanghellini

Subsecretaria de Posgrado y Relaciones Internacionales
Dra. Patricia Weissmann

Comité Académico

Doctora Alicia Kirchner, Ministra de Desarrollo Social de la Nación, Presidenta del Consejo Coordinador de Políticas Sociales. Miembro del Comité Académico de la Especialización en Abordaje Integral de Problemáticas Sociales en el Ámbito Comunitario de la Universidad Nacional de Lanús. Presidenta del Programa de Gestión de Transformaciones Sociales MOST de UNESCO.

Doctor Orlando Calo, Decano de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar de Plata.

Doctor Gabriel Lerner, Secretario Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

Especialista Alicia Zanghellini, Vicedecana de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar de Plata. Profesora de la Cátedra Grupo de Reflexión para el Aprendizaje, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Dra. Patricia Weissmann, Subsecretaria de Posgrado y Relaciones Internacionales, Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Doctora Isolina Dabove, Directora del Centro de Derecho de la Ancianidad, Universidad Nacional de Rosario. Profesora Titular de Derecho de la Ancianidad, Universidad Nacional de Rosario.

Doctor Ricardo Iacub, Profesor Regular Asociado de Psicología de la Tercera Edad y Vejez de la UBA; Investigador de la Universidad Nacional de Buenos Aires, la Universidad Nacional de Rosario y la Universidad Nacional de Mar del Plata. Profesor invitado de universidades nacionales y extranjeras.

Dirección

Directora de la Especialización: Magíster Mónica Laura Roqué, Directora Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Docente Experta de los cursos internacionales en Gerontología de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Profesora invitado de universidades nacionales y extranjeras.

Coordinadora Académica: Especialista Susana Ordano, Coordinadora del Área de Educación y Cultura de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social. Especialista en Educación de Adultos Mayores y de Educación a Distancia. Docente de la Especialización de Educación de Adultos Mayores de la Universidad Nacional de Rosario.

Subcoordinadora Académica: Magíster Claudia Josefina Arias, Magíster en Psicología Social. Docente de la cátedra Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación Psicológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora Grupo “Evaluación Psicológica” Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata.

Coordinadora Operativa: Lic. María Cruz Berra, Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata.

Asesora Pedagógica: Especialista Susana López. Docente de la Universidad de Buenos Aires. Docente de la Universidad Nacional de Quilmes. Docente de FLACSO. Especialista de Educación a Distancia.

Coordinadora de Tutores: Licenciada Estela Machain

Tutores

Región NEA: Especialista Daniel **Sulim**; Región NOA: Especialista Adriana **Cortese**; Región Centro: Dr. Carlos **Romano**; Región Cuyo: Especialista Viviana **Lasagni**; Región Capital y Conurbano: Licenciada Susana **Rubinstein**; Región Buenos Aires Interior: Licenciada Corina **Soliveres**; Región Patagonia Norte: Licenciada María Inés **Gaviola**; Región Patagonia Sur: Especialista Jorge **Castelli**

Indice

Unidad I. La gerontología comunitaria e institucional	11
Unidad II. La transición demográfica en América Latina y en la Argentina	53
Unidad III. Niveles de vida y pobreza en la población de personas mayores	89
Unidad IV. El rol del Estado en la planificación y gestión de alternativas de promoción, prevención y asistencia de la población de edad. Los lineamientos de los organismos nacionales e internacionales en la temática	117
Unidad V. Los adultos mayores como actores sociales relevantes. Su articulación con organismos públicos estatales.....	155
Bibliografía del Módulo	195

Módulo 2: Gerontología Comunitaria e Institucional

Profesora Titular: Magíster Mónica Roqué

Profesora Asociada: Doctora Adriana Fassio

Introducción

En este módulo desarrollamos los lineamientos básicos de la Gerontología Comunitaria e Institucional que sirven de marco conceptual e ideológico de la Especialización. En esta dirección, el reconocimiento de la temática del envejecimiento poblacional como una modificación de la estructura demográfica de nuestras sociedades que impacta en todos los sectores de la sociedad y de las personas mayores como sujetos de derecho son dos ejes que atraviesan los contenidos de este módulo y de toda la Especialización.

La indeclinable responsabilidad del Estado y su capacidad de articulación con otros actores sociales públicos no estatales (en particular las organizaciones conformadas por los propios adultos mayores) y privados con fines de lucro, en las diversas alternativas de promoción, prevención y asistencia de la población mayor es otro de los ejes relevantes presente en los contenidos del módulo.

Objetivos

1. Definir un marco teórico conceptual sobre el paradigma gerontológico que propone pensar a las personas mayores como sujetos de derechos y no, como objetos de atención sanitaria y social.
2. Conocer la situación de las personas mayores en Argentina y en nuestra región y el mundo.
3. Describir los lineamientos de las políticas públicas para adultos mayores a partir del Plan Internacional sobre Envejecimiento, de Madrid 2002 y la Estrategia Regional para la Implementación del Plan Madrid.
4. Explicar los lineamientos de las políticas públicas para adultos mayores en la Argentina.
5. Reconocer los distintos actores que participan en las políticas sociales y la responsabilidad primaria del Estado en esta materia.
6. Interpretar fuentes de datos y lectura de la información existente.
7. Formular diagnósticos territoriales a partir de la situación de las personas mayores.
8. Planificar programas y proyectos sociales, cuya población objetivo sean los adultos mayores.

Contenidos

Unidad I. La gerontología comunitaria e institucional

Un nuevo paradigma teórico en la gerontología: La visión geriátrica frente a la visión gerontológica. Nociones y fundamentos de la gerontología social/comunitaria e institucional. Los Adultos Mayores como sujetos de derecho.

Unidad II. La transición demográfica en América Latina y en la Argentina

Sociodemografía del envejecimiento: Características regionales y nacionales y del proceso de envejecimiento. Situación de las personas mayores en Argentina y en la Región. El envejecimiento femenino. Factores condicionantes del envejecimiento poblacional: descenso de la natalidad, esperanza de vida y migraciones. Pirámides poblacionales.

Unidad III. Niveles de vida y pobreza en la población de personas mayores

Aspectos socioeconómicos de la población mayor. Niveles de vida y pobreza de la población adulta mayor. La medición de la pobreza en la vejez. Pobreza, vejez y derechos humanos.

Unidad IV. El rol del Estado en la planificación y gestión de alternativas de promoción, prevención y asistencia de la población de edad. Los lineamientos de los organismos nacionales e internacionales en la temática

El rol del Estado en la planificación y gestión de programas comunitarios e institucionales para adultos mayores en la República Argentina. Modelos de atención socio-sanitarios. Acuerdos internacionales en materia de adultos mayores. Organismos Nacionales e Internacionales.

Unidad V. Los adultos mayores como actores sociales relevantes. Su articulación con organismos públicos estatales

Estrategias organizativas de los adultos mayores en Argentina: Consejo Federal de Adultos Mayores. Organizaciones de adultos mayores.

Unidad I. La Gerontología Comunitaria e Institucional

En esta unidad desarrollamos los conceptos básicos que orientarán la mirada sobre los adultos mayores y el abordaje científico de la temática. Se centra en un cambio de paradigma en las políticas sociales que incluye a las personas mayores como sujetos de derechos.

I.1. Gerontología ¿cuál es su campo?

La **Gerontología** es una disciplina reciente, si bien Metchnikoff (1845 – 1916) utilizó ese término, en el sentido en el que hoy lo usamos, hace más de cien años. Procede del griego “geron/gerontos” que significa los más viejos/notables de la sociedad griega y “logos” que significa tratado/conocimiento. Una de las obras más antiguas sobre este tema es *De Senectute* de Cicerón (160-43 aC).

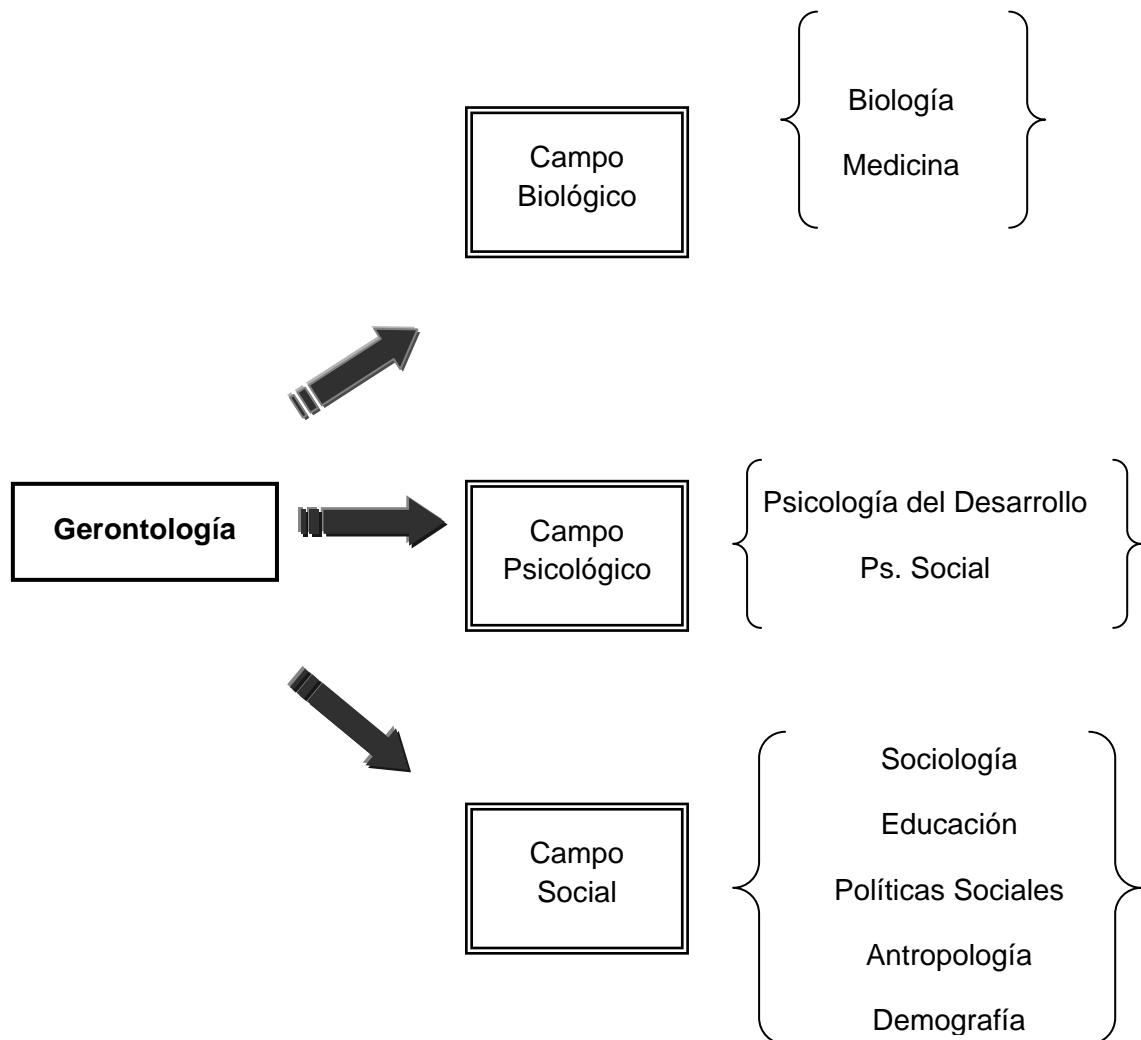
Por otro lado, en 1909 Ignaz Nasher, prestigioso clínico estadounidense de origen austríaco, creó el departamento de geriatría en los Estados Unidos, hecho que define el nacimiento de la geriatría como disciplina. Define a la palabra “geriatría” como aquella parte de la medicina concerniente a la vejez y sus enfermedades (José Manuel Rivero Casado, 2001).

La Gerontología se ha desarrollado fundamentalmente en la segunda mitad de siglo XX. Al respecto Fernández Ballesteros (2004) señala que la gerontología científica se inaugura con el estadounidense Cowdry (1939) con el texto por él dirigido “Problemas en el envejecimiento”. En esta obra no sólo se abordan las condiciones médicas y físicas en relación a la edad, sino que se incorporan aspectos psicológicos y sociales, por lo que puede ser considerado un primer tratado de gerontología.

Mientras que la **Geriatría** es la rama de la ciencia médica que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos y preventivos relacionados con el proceso salud-enfermedad de las personas mayores, la **Gerontología** estudia la vejez y el proceso de envejecimiento desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Es decir, que los desarrollos científicos, tecnológicos, biomédicos, educativos y sociales han contribuido a que las personas vivamos más tiempo.

Pero la cuestión no es sólo vivir más años, sino cómo se viven; por lo tanto, no alcanza el conocimiento desde la perspectiva biológica, sino que el conocimiento está ligado a una finalidad: la Gerontología se ocupa de conocer el para qué las personas vivimos más y también se ocupa de que vivamos mejor.

La Gerontología es un saber **multidisciplinario** en la medida en que se nutre de las ciencias biológicas, sociales y psicológicas, puesto que el envejecimiento impacta en la vida individual de las personas y también en los distintos sectores e instituciones de la sociedad (economía, seguridad social, salud, educación, etc.).



La Gerontología reconoce la vejez y el envejecimiento como un fenómeno en el que confluyen condiciones biológicas, culturales, sociales y psicológicas, por lo que es necesario un abordaje interdisciplinario para dar cuenta de los desafíos que se presentan. La geriatría es la especialidad médica que aborda el proceso salud-enfermedad de las personas mayores. Es una de las disciplinas que aporta a la gerontología, enfatizando los aspectos biológicos de la salud y la enfermedad.

Ahora bien ¿podemos decir qué es la vejez?

La Gerontología tiene distintos objetos de estudio: la persona mayor, la vejez y el envejecimiento, abordados desde perspectivas de investigación básica y aplicada. La vejez como una etapa de la vida es la última. El envejecimiento es un proceso largo que comienza cuando nacemos y finaliza con la muerte. Desde el punto de vista individual es inexorable. En esta dirección la edad física es una variable relevante, pero no la única, puesto que no todas las personas envejecen o cambian físicamente al mismo tiempo, sino que la historia de vida, su salud, educación, trabajo, nutrición, relaciones familiares, etc., diferencian a las personas en la vejez.

No existe un único concepto de vejez; es una etapa del ciclo vital que es construida socialmente, ya que la edad es sólo una de las variables a tener en cuenta para describirla y delimitarla.

Por lo tanto, debemos distinguir entre la definición cronológica de la vejez y la construcción social que se realiza de ella. Existe un creciente reconocimiento de la diversidad hacia el interior de la población mayor (Huenchuán Navarro, 2004b; Northmore, Ball, y Smith, 2005; Rodríguez Rodríguez, 2002) construida a partir de la combinación de diversas características, que variarán en importancia según la propia experiencia de vida, edad, género, sexualidad, etnicidad e identidad cultural, religión y fe, discapacidad, nivel educativo, nivel económico, lugar de residencia y trayectoria laboral.

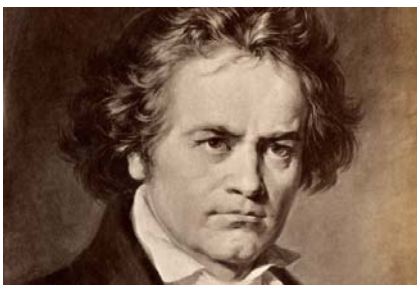
Podemos decir entonces que existen varias edades:

- ↪ **La Edad Cronológica:** es la edad en años de vida. Hay responsabilidades y privilegios dados por la edad: la edad del voto, la mayoría de edad, la edad de jubilación, el servicio militar.
- ↪ **Edad social:** Establece y designa el rol individual que se debe desempeñar en la sociedad en que cada individuo se desenvuelve (padre, hijo, abuelo), al igual que el género se construye.
- ↪ **Edad fisiológica:** Es el Estado de funcionamiento orgánico. Es el que determina en los individuos su edad biológica y por tanto el grado de funcionalidad y de deterioro de sus órganos y tejidos. No todos los órganos envejecen al mismo tiempo.

↳ **Edad psíquica:** definida por los efectos psicológicos que el paso de los años represente para cada individuo.

“Sin duda, la edad (Maddox; 1999:39) sigue teniendo un significado obviamente práctico en la vida cotidiana, pero éste varía a lo largo del tiempo y del espacio. Y si bien las edades se construyen socialmente y se aprenden como parte del sistema de socialización, es necesaria una continua revisión, a fin de mantener la equidad de las reglas que rigen la distribución de los recursos entre las distintas categorías de edad a partir de las políticas sociales”.

En el Siglo XIII, se era viejo o vieja a los 30 años y en el siglo XVIII, a los 40.



Isabel la Católica

1451-1504

**Ludwig van
Beethoven [1770](#) -
[1827](#)**

El criterio cronológico, es decir, la edad de entrada a la vejez es una convención variable según los países. La definición cronológica de la edad es un asunto sociocultural.

Naciones Unidas propone que la edad que determine la vejez para los países desarrollados sea a partir de los 65 años y para los países en vías de desarrollo, a

partir de los 60. Tomamos entonces para la Argentina la edad de **60** (sesenta) años, adoptada por Naciones Unidas en la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento, realizada en Viena, en el año 1982, como límite para ingresar en la vejez. Si bien la esperanza de vida en estos veinte años se ha incrementado y las distintas etapas del ciclo vital se posponen y alargan en el tiempo (Neugarten, 1999), como nunca ha ocurrido en la historia de la Humanidad, la edad de 60 años sigue siendo una convención a la que adhieren las políticas públicas en nuestro país y en la región.

Por otro lado, como veremos en la unidad II, en las sociedades el envejecimiento poblacional está determinado por la proporción de personas mayores respecto de la población total, proceso que no es ni lineal ni irreversible en la medida en que las sociedades pueden rejuvenecer o envejecer en distintos momentos históricos.

Para ampliar este punto, la bibliografía recomendada es:

Fernández-Ballesteros, R. (2004) Gerontología Social. Una introducción. En R. Fernández- Ballesteros (Directora), *Gerontología Social*, (pp. 31-53). Madrid: Pirámide

1.2 ¿Qué entendemos por Gerontología Comunitaria?

Lo comunitario se relaciona con la participación de las personas en su barrio, en su comunidad, en el medio local.

Las personas se organizan en asociaciones voluntarias (Sirvent, 2004:137) y según sus funciones y objetivos pueden ser: a) creadas para resolver problemas de infraestructura y servicios sociales y b) creadas para satisfacer intereses subjetivos de sus miembros en relación a la cultura, el deporte o la recreación. Sirvent afirma que estos espacios permiten la participación de los sectores populares en las decisiones que afectan su vida cotidiana, sin dejar de reconocer que, en muchos casos, reproducen y transmiten modelos autoritarios, jerárquicos y represivos.

Una de las claves para interpretar y comprender la participación comunitaria pasa por indagar el verdadero poder que tienen los actores para modificar la realidad. La participación real implica la capacidad de las organizaciones/personas para modificar las estructuras de poder, es decir, democratizar la toma de decisiones (Sirvent, 2004:131) en la medida en que presupone la articulación de intereses sociales desde una perspectiva colectiva más que individual.

El desarrollo del campo social de la Gerontología está especialmente dedicado al impacto de las condiciones sociales, culturales, económicas, familiares y ambientales del envejecimiento y la vejez. Por ello resulta fundamental la participación activa de la comunidad para mejorar estas condiciones. De esta forma, el campo de la Gerontología Comunitaria está constituido por los temas del sujeto y su entorno, su desarrollo social, su integración, los problemas sociales y políticos que allí se desarrollen, los modelos de inserción socioeconómica y la salud entendida desde un marco biopsicosocial.

La Gerontología Comunitaria pretende ser transformadora de la realidad. Promueve espacios genuinos de participación de las personas, las familias, la comunidad, las organizaciones políticas y no gubernamentales en un trabajo colectivo donde el protagonista principal es el adulto mayor.

Para ampliar este punto recomendamos:

Licha, I. (2000). *Participación comunitaria. Conceptos y enfoques de la participación comunitaria*. Washington D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.

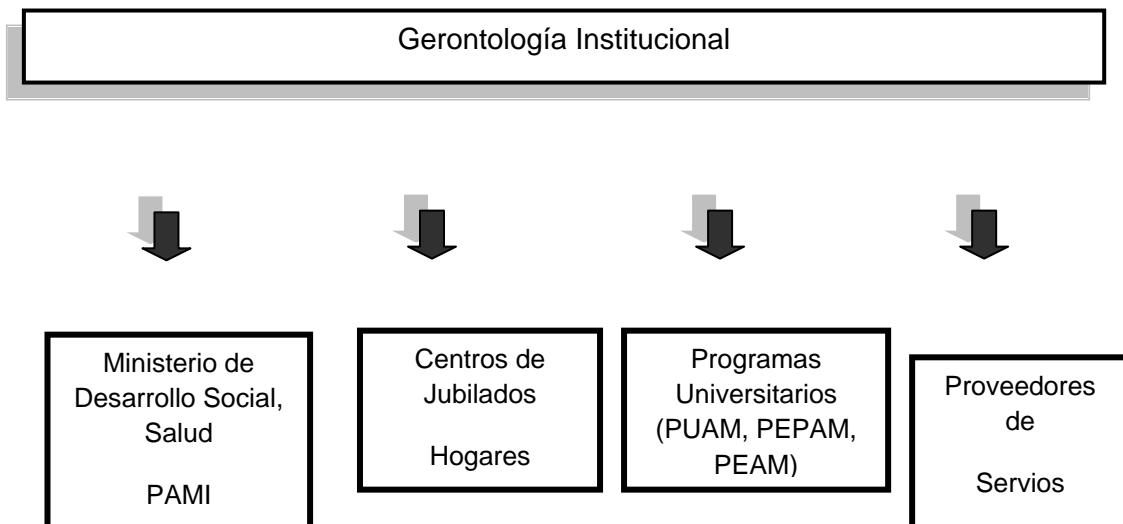
Sirvent, M. T. (2004:129-141). *Cultura popular y participación social*. Buenos Aires: Miño Dávila-Eudeba.

I.3. ¿Cuál es el campo de la Gerontología Institucional?

Para empezar a definir el aspecto institucional debemos comenzar definiendo el campo organizacional. El campo organizacional (Di Maggio y Powell, 1991; Fassio, 2001) está conformado por aquellas organizaciones que constituyen en conjunto un área reconocida de vida institucional: proveedores, normativa reguladora, consumidores y otras organizaciones que producen productos o servicios similares.

La estructura del campo organizacional no puede ser definida a priori sino que debe partir de la investigación empírica. Los campos existen en la medida en que son institucionalmente definidos. Es decir, que el campo de la Gerontología Institucional

estaría conformado por los organismos públicos en sus distintas jurisdicciones de los que emerge normativa, promoción y control relacionados con la población y temática de los adultos mayores (Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores; Instituto de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; ANSES; Áreas provinciales de Adultos mayores; Comisiones que tratan la temática de los mayores en el Congreso de la Nación; Programa Federal de Salud; etc.); las organizaciones conformadas exclusivamente por personas mayores; las que incluyen adultos mayores como miembros o como población objetivo; las que prestan diversos servicios a los mayores relacionados con su salud o con su bienestar en general (servicios de atención progresiva públicos y privados, prepagos o mutuales que tienen programas de atención y de prevención en salud, programas alimentarios para mayores, etc.); los proveedores de servicios de turismo y recreación; las universidades públicas y privadas que tienen áreas de enseñanza, investigación y desarrollo en la temática gerontológica; los profesionales y asociaciones científicas relacionados con el tema, etc.



Para ampliar este punto recomendamos:

Fassio, A. (2001) Organizaciones de la sociedad civil y redes solidarias entre personas de edad. *Centro de Estudios Organizacionales, 1 (2)*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Económicas, UBA.

Roqué, M. (2005) El envejecimiento poblacional: un desafío con futuro. Estrategias gerontológicas de la Dirección Nacional de Adultos Mayores en Hogares Públicos de la República Argentina. En L. Golpe y C. Arias (editoras). *Cultura Institucional y Estrategias Gerontológicas* (pp.15-27). Mar del Plata: Suárez.

I.4. No todos envejecemos de igual modo. El concepto de envejecimiento diferencial y los modelos de envejecimiento

Las formas de conceptualizar el envejecimiento, desde teorías biológicas, psicológicas y sociales, intentan dar una explicación sobre este proceso, pero es claro que ninguna de ellas por separado puede dar cuenta de este fenómeno multidimensional.

Desde el enfoque psicosocial utilizamos la teoría del desarrollo de Erikson, ya que contribuyó a romper con el paradigma del deterioro en la vejez, en tanto pudo encontrar que en cada una de las etapas de las crisis vitales se daban resoluciones positivas o negativas. Estas etapas o crisis del ego son diferentes en cada momento y el logro de cada una de estas dará lugar a nuevos recursos de la personalidad. Cada etapa se organiza en torno a un nuevo conflicto nuclear que agrega un nuevo criterio de fortaleza humana acumulada. En la vejez, Erikson (psicólogo estadounidense de origen alemán) muestra un conflicto entre la integridad y la desesperación. En otras palabras, la aceptación de la vida individual, con todos los cambios y limitaciones que impone esta etapa, en la que su resolución positiva dará lugar a la sabiduría y la integración de la especie humana como parte del sí mismo. La desesperación, por el contrario, expresa la carencia de tiempo y la falta de aceptación de los cambios biopsicosociales.



Esta teoría contribuyó al enfoque del ciclo vital, el cual posteriormente se ha visto reforzado desde otras perspectivas como la de la psicología cognitiva y desde parámetros sociales. Por un lado, esta teoría sostiene que los eventos que ocurren en la vida de las personas y los roles que las personas asumen a lo largo de sus vidas, son parte del autoconcepto y de la propia identidad. Por otro lado, los presupuestos de este enfoque demuestran que, a lo largo de la vida, existe un balance entre crecimiento y declive (pérdidas y ganancias), se incrementa la variación entre las personas que transitan la misma etapa vital, existe una capacidad de reserva a lo largo de la vida que da la posibilidad de compensar las pérdidas mediante entrenamiento o manipulación externa; se puede envejecer de forma diversa (normal, patológica y con éxito) y para ello las personas pueden entrenarse.

Uno de los ejes a indagar es cómo y en qué medida los cambios en el entorno afectan la vida de las personas. El concepto de personalidad da cuenta de la interacción entre el organismo biológico y el contexto social y desde el punto de vista sociológico lo que intentamos ver es esta relación desde la organización social.

El significado de los roles que desarrollan las personas como una serie de comportamientos específicos variará según sea visto desde una perspectiva individual o grupal.

La personalidad es entonces un concepto que articula la suma de los roles sociales ejercidos por el individuo

El proceso de socialización por el cual un niño es transformado en un miembro de la sociedad implica el aprendizaje de los papeles que deberá desempeñar en ella, se prolonga durante toda la vida, lo que conlleva a nuevos aprendizajes en la vida adulta, en respuesta a los cambios sociales y como respuesta a la sucesión de situaciones individuales. Las normas y las expectativas de rol son reflejo de una definición social. Pero éstas se vieron modificadas por dos cambios significativos:

a) El cambio biológico más importante fue el aumento de la esperanza de vida.

b) Los cambios en el ritmo social se relacionan con la entrada tardía en el mercado laboral, la prolongación en la edad jubilatoria, la dificultad de permanecer en el mercado de trabajo hasta edades avanzadas, las familias ensambladas y las entradas y salidas al mercado de trabajo, tanto por parte de los hombres como de las mujeres, aspectos éstos que conforman un **“ciclo vital fluido”**, caracterizado por un número cada vez mayor de cambios de rol y la menor importancia que tiene la edad en la definición de roles y actitudes sociales (Neugarten y Datan, 1999:136-137).

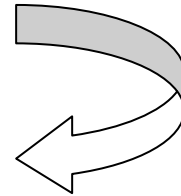
La teoría del descompromiso social, derivada del funcionalismo estructural de Parsons fue formulada por Cumming y Henry a fines de la década del sesenta y luego reformulada por Henry. Sostiene que la persona mayor desea la suspensión de actividades en la vejez, ya que la disminución de los contactos sociales supone una liberación de un esfuerzo para el que ya no cuenta con recursos. Parte de la premisa que la muerte próxima de sus miembros produce en la sociedad un trauma y para disminuir los costos de esta pérdida es que tanto el individuo como la sociedad promueven el alejamiento paulatino. El adulto mayor se ve dificultado además a continuar la interacción debido a la muerte de sus pares y a la imposibilidad de relacionarse con los más jóvenes, por lo que finalmente se repliega sobre sí mismo. La desvinculación debe ser deseada tanto por el individuo como por su comunidad. La vejez exitosa se alcanzaría a través de la introspección y el incremento de la actividad espiritual. La teoría del descompromiso fue luego criticada por Havinghurst (Dr. en fisco-química, estadounidense, se dedicó al estudio de la edad), quien establece que la desvinculación está directamente relacionada con el estilo de vida y la personalidad del individuo: aquellos que tienen un estilo de vida más hogareño y pasivo se sienten más satisfechos cuando se desvinculan. También se refiere a una vinculación-desvinculación selectiva en la medida en que se desvinculan de algunos roles (laboral) y se vincula con otros (rol familiar; voluntariado).



La teoría de la actividad o de la interacción social formulada por Havinghurst a fines de los años sesenta plantea que la actividad es la base de un envejecimiento positivo.

Esto implica mayor satisfacción de vida para aquellas personas mayores que continúan con sus roles habituales o los modifican en función de sus nuevas preferencias. Este modelo considera que el descompromiso, a diferencia del activo, implica un alejamiento innecesario de la persona mayor de la sociedad. Es extrínseco a ella, en la medida en que es impuesto por el medio y la persona mayor no tiene ingerencia en la decisión.

Desde el modelo de la actividad se clasifican las actividades en formales, informales y solitarias y se concluye que las informales son las que brindan mayor gratificación a las personas mayores (Monk, 1997)



Desde este modelo se diseñaron políticas sociales que estimulan la actividad en la vejez.

Las pérdidas en distintas esferas llevan a las personas mayores a buscar alternativas como forma de mantener la autoestima.

La mayor interacción social implica la mayor satisfacción de vida, que proviene más de la calidad de los contactos sociales que de la cantidad.

La teoría de la continuidad está relacionada tanto con la teoría de los ciclos de vida como con la de la actividad y apunta al constante desarrollo del individuo adulto, inclusive la adaptación a situaciones negativas.

Para ampliar este punto la bibliografía recomendada es:

Fernández-Ballesteros, R. (2004) Gerontología Social. Una introducción. En R. Fernández- Ballesteros (Directora), *Gerontología Social*, (pp. 31-53). Madrid: Pirámide.

Actividad I.1.



En este momento sería bueno realizar una actividad para aclarar conceptos.

Marque con una cruz la opción correcta y fundamente

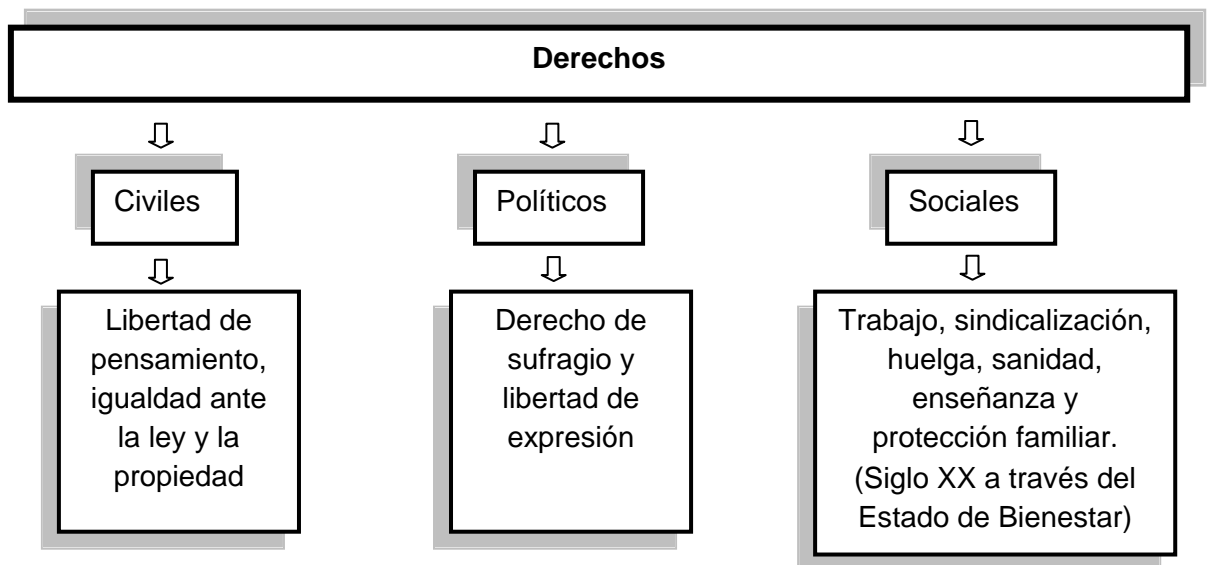
Proposición	Verdadero	Falso	Justificación de la elección
1. La geriatría es una disciplina de la gerontología			
2. La gerontología comunitaria pone énfasis en los aspectos sociales de las personas mayores			
3. La gerontología institucional es una rama de la gerontología que estudia las normas.			
4. La gerontología institucional y comunitaria propone un abordaje interdisciplinario de la temática del envejecimiento a fin de actuar para modificar la realidad			
5. Cada uno de los modelos que intentan explicar el envejecimiento presenta una propuesta exhaustiva y excluyente			
6. La edad determina la vejez			
7. Las causas biológicas son determinantes en las diferencias entre las personas mayores			

<i>Proposición</i>	<i>Verdadero</i>	<i>Falso</i>	<i>Justificación de la elección</i>
<i>8. El modelo de la actividad es un paradigma que dio origen a una diversidad de políticas públicas</i>			

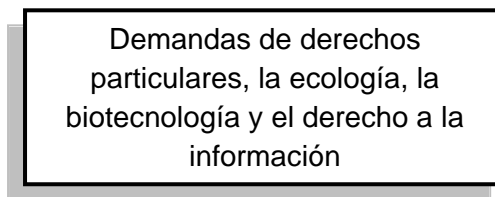
I.5. Los Adultos Mayores como sujetos de derecho. Personas mayores y derechos ciudadanos

Marshall (1996) afirma que la ciudadanía consiste en asegurar que cada cual sea tratado como un miembro pleno de una sociedad de iguales, es decir, hace referencia a la pertenencia de las personas a una comunidad dada, a partir de la participación activa de los ciudadanos que gestionan las condiciones de su inclusión (Fassio, 2001; Fiscella, 2005:20).

La manera de asegurar esto fue otorgar a las personas un número creciente de derechos de ciudadanía, que se hicieron efectivos en Inglaterra en tres siglos sucesivos:



En la última década del siglo pasado se incorporaron los derechos de cuarta generación (De Piero, 2005:98): →



El Estado de Bienestar liberal democrático (Fassio, 2001; Higgs, 1995) era condición necesaria en la medida que debía asegurar que cada miembro de la sociedad se sienta un miembro pleno, capaz de participar y disfrutar de la vida en común, a fin de que no hubiera personas marginadas por no poder ejercer alguno de estos derechos.

Estos enfoques teóricos del concepto de ciudadanía nos permiten repensar el rol social de las personas mayores en la coyuntura actual.

La visión del mundo que tenían los ciudadanos del Estado de Bienestar implicaba los siguientes supuestos (Offe, 1998):

➤ La gente vive en su mayoría en familia y deriva sus medios de subsistencia de un ingreso que comparten todos sus miembros. Las familias proveen una red de seguridad social “micro” para sus miembros, lo que contribuye a la viabilidad de un sistema de seguridad social “macro” (particularmente el caso de jubilaciones y pensiones).

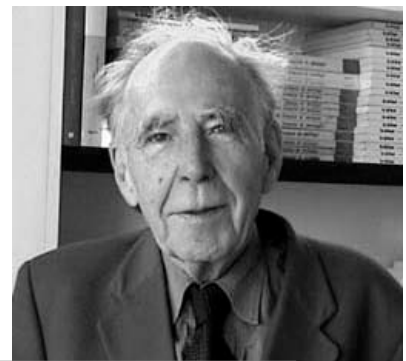
➤ La mayoría de las familias tienen como sostén a un individuo que está permanentemente empleado.

➤ Un sistema de actores colectivos (trabajadores, empleadores, etc.) sirven para consolidar y definir amplias categorías sociales que ellos representan.

➤ El Estado de Bienestar es un macromecanismo suplementario de la seguridad social que atiende todas las necesidades residuales que no están cubiertas por los sistemas medio y micro.



Pero la familia como institución, el mercado de trabajo, el sistema de intermediación de las negociaciones entre actores colectivos, la efectividad de la seguridad social y de la asistencia social en la cobertura de todas las personas y en las distintas situaciones de necesidad y riesgo han cambiado y hasta desaparecido en algunos casos y manifiestan contradicciones ampliamente percibidas (Castel, 1997).



Entonces, la ciudadanía no es sólo un conjunto de derechos y responsabilidades, sino que es identidad compartida que integraría a los distintos grupos excluidos de la sociedad como la expresión de pertenencia a una comunidad política.

Retomamos la propuesta política de Marshall de una idea activa de la ciudadanía y de su implicación en la vida comunitaria, que va mucho más allá del voto. Esta participación asigna poder en la medida en que a través de ella se da respuesta a necesidades de pares, administrando y controlando proyectos sociales dirigidos a este u otros grupos etarios, convirtiéndose en interlocutores de organismos públicos. Desde nuestra perspectiva se vislumbra este proceso como una alternativa de inclusión a la “ciudadanía social”, tradicionalmente garantizada, como hemos mencionado, a partir de la inserción en el mercado de trabajo como “soporte privilegiado de inscripción en la estructura social”, espacio del que los viejos están hoy excluidos, si bien sus ingresos previsionales provienen, en su gran mayoría para estas cohortes, de aportes a partir del trabajo pasado.

Las pérdidas de seguridades en los contextos locales conllevan a lo que Castel denomina la desafiliación. Las personas mayores no están exentas de esta situación en la que se ven debilitados los ejes que dan pertenencia.

La Declaración Universal y los posteriores pactos internacionales de Naciones Unidas, definen los derechos humanos de la siguiente manera: de primera generación, (los derechos civiles y políticos, fijan los límites del poder estatal, protegiendo a las personas frente a los excesos del poder del Estado). Los derechos de segunda generación, son derechos económicos, sociales y culturales donde lo que existe “son créditos de los individuos, de los grupos sociales, frente al Estado para exigir conductas positivas, relativas a la satisfacción de las necesidades humanas básicas. Lo mismo podemos decir de los derechos de tercera y cuarta generación que son derechos colectivos (derecho a la libre determinación, al medio ambiente sano, al desarrollo, a la equitativa distribución de la riqueza entre todos los miembros de la sociedad, a la paz).



Desde el enfoque de derechos las personas mayores individualmente son titulares de derechos de primera generación (libertades esenciales) y como grupo de segunda, tercera y cuarta (seguridad y dignidad).

El sistema de Naciones Unidas a partir de sus declaraciones y principios ha promovido la incorporación de los derechos de los mayores como un eje clave en la agenda de gobiernos y sociedades. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de

las personas de edad (Resolución 46 de 1991) son: **independencia, participación, dignidad, cuidados y autorrealización.**

Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad

Independencia

- ↪ Acceso a alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
- ↪ Oportunidad de trabajar o de tener acceso a otras oportunidades de generar ingresos.
- ↪ Participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- ↪ Acceso a programas educativos y de formación adecuados.
- ↪ La posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a la evolución de sus capacidades.
- ↪ Residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

Participación

- ↪ Permanecer integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que afecten directamente a su bienestar y poder compartir sus conocimientos y pericias con las generaciones más jóvenes.
- ↪ Buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y capacidades.
- ↪ Formar movimientos o asociaciones de personas de edad avanzada.

Dignidad

- ↪ Vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotación y de malos tratos físicos o mentales.
- ↪ Recibir un trato digno, independientemente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacidad u otras condiciones y han de ser valoradas independientemente de su contribución económica.

Cuidados

- ↪ Disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
- ↪ Acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar un nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como a prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.
- ↪ Acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
- ↪ Acceso a medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humano y seguro.
- ↪ Disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como de su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida.

Autorealización

- ↪ Aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- ↪ Acceso a los recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.

En el año 2002 Naciones Unidas realizó en Madrid, España, la Segunda Asamblea Mundial Sobre el Envejecimiento en donde se aprobó la Declaración Política y el Plan de Acción internacional Sobre Envejecimiento.

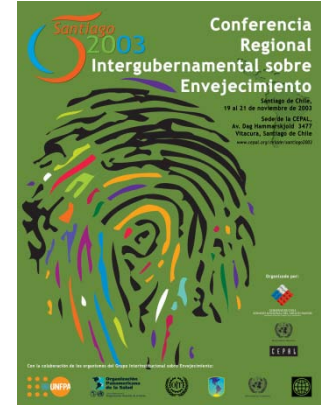
Declaración Política:

Artículo 1

Nosotros los representantes de los Gobiernos reunidos en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid, hemos decidido adoptar un Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento para responder a las oportunidades que ofrece y los retos que plantea el envejecimiento de la población en el siglo XXI y para promover el desarrollo de una sociedad para todas las edades. En el marco de ese Plan de Acción, estamos resueltos a adoptar medidas a todos los niveles, inclusive a nivel nacional e internacional, en tres direcciones prioritarias: las personas de edad y el desarrollo; la promoción de la salud y el bienestar en la vejez, y el logro de entornos emancipadores y propicios.

Para llevar adelante estas acciones se convocó a la región de

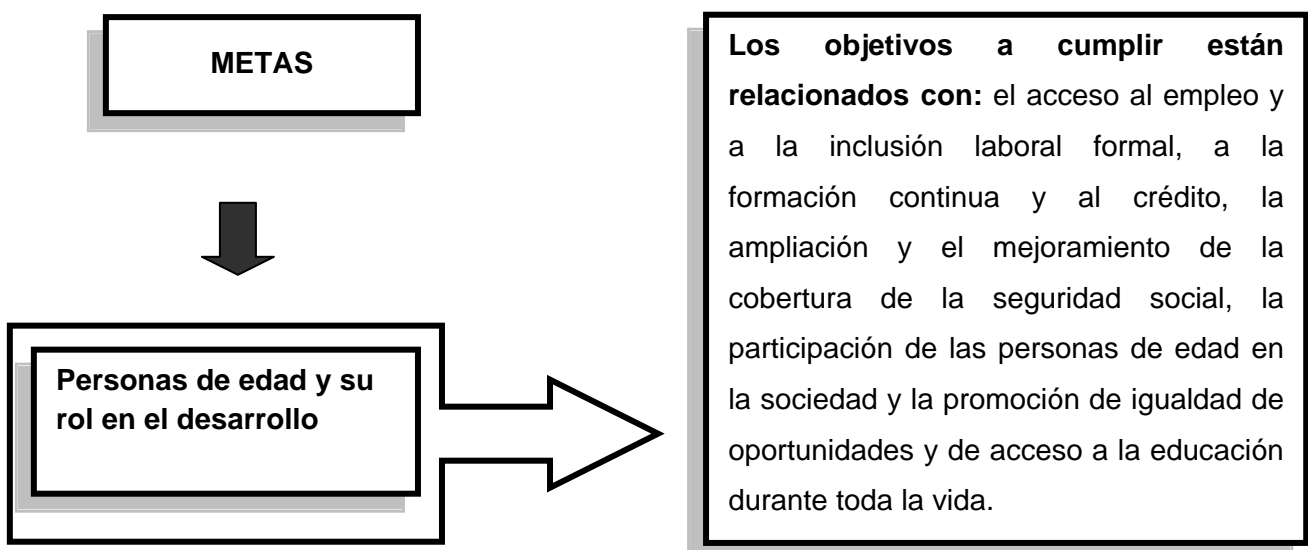
Los países de Latinoamérica y el Caribe se reunieron en Santiago de Chile en 2003 con el objetivo de seguimiento del Plan y en esta reunión se acordó la Estrategia Regional.

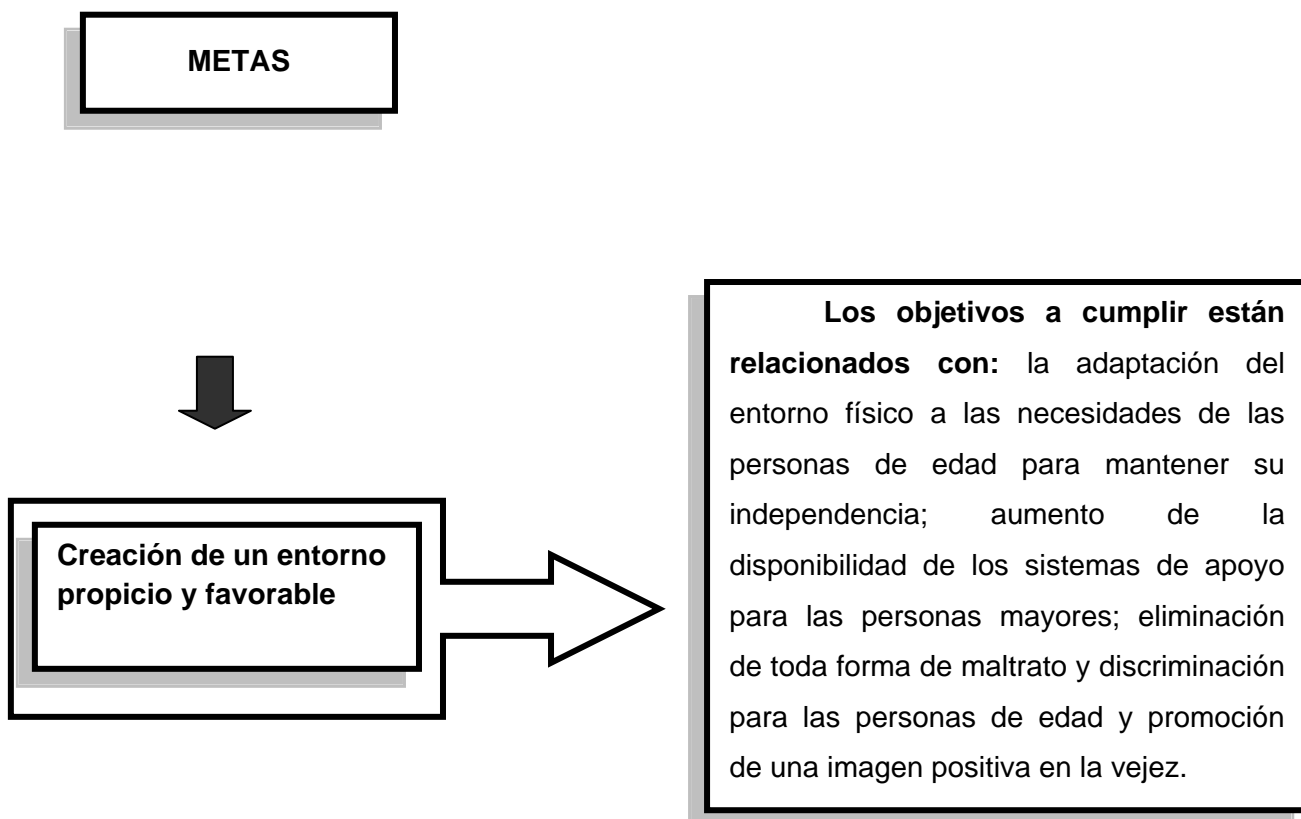
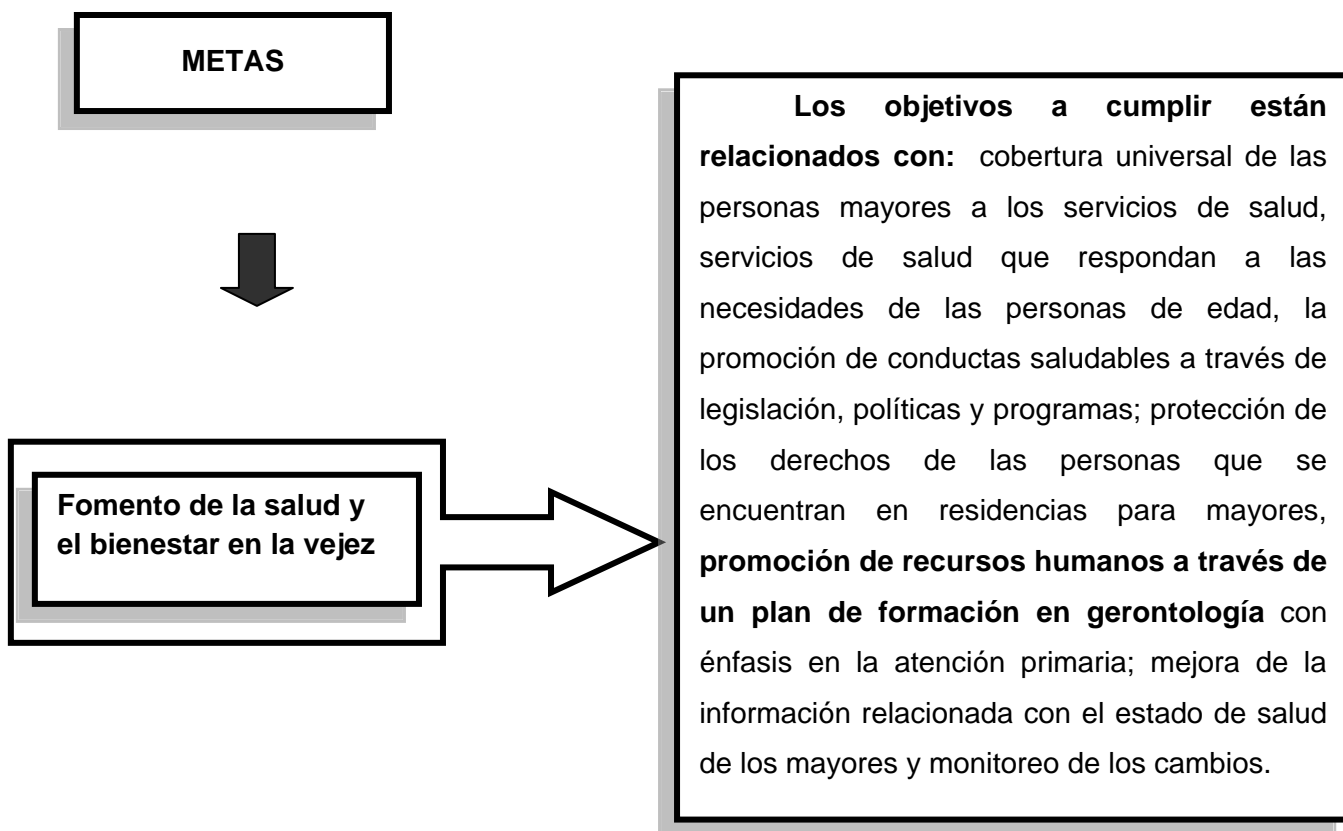


En el marco de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (2002), en la que la participación activa de los mismos adultos mayores en su cumplimiento está especialmente señalada (CEPAL-CELADE, 2004b; Naciones Unidas, 2202a y 2002b), se mencionan las siguientes líneas de acción (metas generales):

- a) **Las personas de edad y el desarrollo:** protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo;
- b) **el fomento de la salud y el bienestar en la vejez:** las personas mayores deberán tener acceso a servicios de salud integrales y adecuados a sus necesidades, que garanticen una mejor calidad de vida en la vejez y la preservación de su funcionalidad y autonomía; y
- c) **creación de un entorno propicio y favorable:** las personas mayores gozarán de entornos físicos, sociales y culturales que potencien su desarrollo y favorezcan el ejercicio de derechos y deberes en la vejez.

Metas y Objetivos de la Estrategia Regional





En el año 2007 la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL) conjuntamente con el Gobierno de Brasil, llevaron adelante la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe entre el 4 y el 6 de diciembre en Brasilia, cuyo objetivo estuvo dirigido a dar seguimiento y evaluar los avances en la aplicación de la Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del **Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento**, luego de 5 años de su implementación.

Asimismo permitió identificar y analizar las prioridades futuras de desarrollo de la Estrategia y adoptar la “**Declaración de Brasilia**”, que fue la contribución regional para el proceso de revisión y evaluación de Madrid+5 que se realizó en febrero de 2008 en el 46º período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

La reunión contó con todos los países de Latinoamérica y el Caribe además de países observadores, como Corea y Canadá. La presidencia de la conferencia estuvo a cargo de Brasil. La Argentina tuvo el honor de ejercer la vicepresidencia junto con Perú, Belice y Cuba. Solo fueron elegidos 4 países entre los 35 presentes.

Declaración de Brasilia:

1. Reafirmamos el compromiso de no escatimar esfuerzos para promover y proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de todas las personas de edad, trabajar en la erradicación de todas las formas de discriminación y violencia y crear redes de protección de las personas de edad para hacer efectivos sus derechos;
2. Promovemos **el diálogo y las alianzas estratégicas** entre los gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas, la cooperación internacional y Sur-Sur. La sociedad civil – con especial énfasis en las organizaciones de personas de edad – y el sector privado, para crear conciencia de la evolución de la estructura de la población, **sobre todo en cuanto al ritmo de envejecimiento demográfico y sus consecuencias económicas, sanitarias, sociales y culturales;**
3. Destacamos la importancia de examinar, de manera amplia e integral, **los efectos de las migraciones en la dinámica del envejecimiento de las comunidades de origen**, tránsito y destino, prestando especial atención al impacto de los flujos migratorios en los propios migrantes, sus familias, la comunidad y la sociedad, así como en el desarrollo económico y social de los países;

4. Proponemos la realización de intervenciones en la prevención y atención para mejorar el **acceso a los servicios de tratamiento, cuidado, rehabilitación y apoyo a las personas de edad en situación de discapacidad**;
5. Tomamos en **cuenta los efectos del VIH/SIDA** en las personas de edad, tanto en el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, cuidado y apoyo como en cuanto al valioso aporte que realizan en el cuidado de los integrantes de su familia cuando son afectados por la epidemia, así como su papel de promotores de la creación de un ambiente positivo y libre de estigma y discriminación hacia las personas con VIH/SIDA;
6. Respaldamos activamente la **incorporación de la perspectiva de género en todas las políticas y programas** que tengan en consideración las necesidades y experiencias de las personas de edad;
7. Reafirmamos el compromiso **de incorporar el tema del envejecimiento y darle prioridad en todos los ámbitos de las políticas públicas y programas**, así como destinar y gestionar los recursos humanos, materiales y financieros para lograr un adecuado seguimiento y evaluación de las medidas puestas en práctica, **diferenciando el área urbana y rural y reconociendo la perspectiva intergeneracional, de género, raza y etnia en las políticas y programas** destinados a los sectores más vulnerables de la población en función de su condición económica y social y de situaciones de emergencia humanitaria, como los desastres naturales y el desplazamiento forzado;
8. Reconocemos la necesidad de fortalecer las capacidades nacionales e internacionales, **así como la cooperación internacional y Sur-Sur**, para abordar los problemas del envejecimiento de la población en los distintos ámbitos del quehacer humano y de las políticas públicas;
9. Proponemos la **realización de estudios e investigaciones** que faciliten la adopción de decisiones informadas en el tema y la elaboración de perfiles demográficos y socioeconómicos de la población de personas de edad que nos permitan identificar las brechas de implementación de los derechos humanos y los medios para su cabal disfrute y la plena y eficaz participación de las personas de edad en el desarrollo;



10. Resolvemos hacer todos los esfuerzos **por ampliar y mejorar la cobertura de pensiones, sean contributivas o no contributivas**, así como adoptar medidas para incorporar mayor solidaridad a nuestros sistemas de protección social;
11. **Promovemos el trabajo digno**, conforme a los criterios de la Organización Internacional del Trabajo, para todas las personas de edad, gestionando y destinados apoyos crediticios, capacitación y programas de comercialización que promuevan una vejez digna y productiva;
12. Reconocemos la necesidad de impulsar el **acceso equitativo a los servicios de salud integrales, oportunos y de calidad**, de acuerdo con las políticas públicas de cada país y fomentar el acceso a los medicamentos básicos de uso continuado para las personas de edad;
13. Proponemos crear **marcos legales y mecanismos de supervisión para proteger los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas de edad, tanto si utilizan los servicios de larga estadía como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y el cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, abandono, negligencia, maltrato y violencia** contra las personas de edad;
14. **Proponemos la práctica de la humanización** para acoger y comprender a las personas de edad en forma integral, con absoluto respeto de sus derechos humanos y libertades fundamentales, movilizando recursos internos **para que la atención se preste en el marco de una relación humana y solidaria y de gran significación**;
15. Recomendamos que se **brinden cuidados paliativos a las personas de edad que padecen enfermedades en fase terminal y que se preste apoyo a sus familiares**, y que los profesionales sean lo suficientemente sensibles y competentes para percibir el sufrimiento y aliviarlo mediante intervenciones de control de síntomas físicos y psicosociales, en consonancia con la asistencia espiritual requerida por la persona de edad;
16. Promovemos la puesta en práctica de iniciativas para **mejorar la accesibilidad del espacio público, adaptar las viviendas a las necesidades de los hogares multigeneracionales y unipersonales** compuestos por personas de edad y facilitar el envejecimiento en el hogar con medidas de apoyo a las familias y en especial a las mujeres, en las tareas de cuidado;
17. Solicitamos al Secretario Ejecutivo de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe que adopte las medidas oportunas para intensificar las actividades que realizarán las Nacionales Unidas a nivel regional en materia de envejecimiento y a la CEPAL que brinde asistencia técnica en información, investigación y

capacitación en materia de envejecimiento y políticas públicas, a fin de fomentar y fortalecer los esfuerzos que realizan los países en este sentido. De igual modo, invitamos a la Comisión a que examine los avances de los países de la región en la aplicación de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y que estos sean presentados en las sesiones del Comité Especial sobre Población y Desarrollo del período de sesiones de la CEPAL;

18. Impulsamos el **acceso a la educación continuada y permanente a lo largo de toda la vida y a todos los niveles**;
19. Propiciamos la **creación de programas de licenciatura y maestría en gerontología social y administración de servicios de atención geriátrica en universidades de la región**, a fin de alentar a los jóvenes a seguir carreras afines en los países y reducir el éxodo de profesionales de la salud de la región;
20. Instamos a los centros académicos, a las sociedades científicas y a las redes de cooperación en población, envejecimiento y desarrollo, a realizar estudios detallados, diversificados y especializados sobre el tema, así como a organizar reuniones de trabajo e intercambio para fortalecer la agenda de investigación y capacitación en materia de envejecimiento, y crear y apoyar centros de estudios, investigación y formación de recursos humanos en este ámbito;
21. **Recomendamos la incorporación de las personas de edad en los procesos de elaboración, implementación y seguimiento de políticas**;
22. Pedimos que se incorpore a **las personas de edad en las actividades y conferencias programadas por las Naciones Unidas** para el próximo quinquenio;
23. Solicitamos a las instituciones de **cooperación internacional que tengan en cuenta a las personas de edad en sus políticas y proyectos**, como parte de las medidas para ayudar a los países a aplicar los compromisos de la Estrategia Regional;
24. Recomendamos que se tenga en cuenta a las personas de edad en los esfuerzos en curso para alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los de la Declaración del Milenio;
25. Acordamos solicitar a los países miembros del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas que evalúen la posibilidad de designar **un relator especial encargado de velar por la promoción y protección de los derechos humanos** de las personas de edad;

26. Nos comprometemos a realizar las consultas pertinentes con nuestros gobiernos para impulsar la elaboración de una **convención sobre los derechos humanos** de las personas de edad en el seno de las Naciones Unidas;
27. **Invitamos a las personas** de todos los países y sectores sociales a que, a título individual y colectivo, se sumen a nuestro compromiso con una visión compartida de la igualdad y el ejercicio de los derechos en la vejez;
28. Acordamos que esta Declaración de Brasilia constituye la contribución de América Latina y el Caribe al 46° período de sesiones de la Comisión de Desarrollo Social del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, que se celebrará en febrero de 2008;
29. Expresamos nuestro reconocimiento al Gobierno de Brasil por haber sido anfitrión de la Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe.

Con la Declaración de Brasilia se instala la idea de la importancia de tener una **“Convención de Derechos Humanos para las Personas de Mayores”**, en donde tres países, Argentina, Brasil y Chile, acompañados por CELADE-CEPAL y OPS, lideran y proponen a las Naciones Unidas su conformación.

Actualmente en mayo del 2012 se realizó la evolución del Plan de Madrid después de 10 años de su implementación y se adoptó la *Carta de San José de Costa Rica*, instrumento no vinculante basado en la perspectiva de derechos, donde se vuelve a insistir en la importancia de una Convención.

Argumentos para una Convención:

Hasta la fecha no existe un instrumento único jurídicamente vinculante que estandarice y proteja los derechos de las personas mayores. En la doctrina internacional de derechos humanos «la edad» es un asunto que ha sido tratado bajo la amplia acepción de «cualquier otra condición social», haciendo alusión por extensión a las diferencias de edad y a las diferencias generacionales, pero cuyo tratamiento no ha sido manifiesto. El argumento, tal como ocurrió en su momento con los derechos de las personas con discapacidad, es que la naturaleza universal de los instrumentos internacionales debería incluir a los sujetos de edad avanzada.

En la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 no se hace explícitamente referencia a las personas de edad aunque todas sus disposiciones se

deberían aplicar a todos los miembros de la sociedad, incluyendo al grupo de sesenta años y más. El Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) tampoco contiene ninguna referencia explícita a los derechos de las personas de edad, excepto en el artículo 9 que trata sobre seguridad social. Es por ello que en el año 1995 el Comité del Pacto preparó la Observación General N°6 en la que indica: “Los Estados Parte en el Pacto deben prestar atención especial a la promoción y protección de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad”.

Otra cuestión importante en este sentido es determinar si la discriminación por razones de edad está prohibida en los instrumentos internacionales jurídicamente vinculantes. Al respecto y como afirmó el Comité del Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en el año 1995: “ni en el Pacto ni en la Declaración Universal de Derechos Humanos se hace explícitamente referencia a la edad como uno de los factores prohibidos”.

Es probable que esto no fuera una exclusión intencional y esta omisión se puede explicar debido a que cuando se adoptaron estos instrumentos el problema del envejecimiento de la población no era tan evidente o tan urgente como en la actualidad.

A nivel de las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas y los planes de acción internacional existe un avance más amplio, sin embargo no son obligatorios para los Estados, sino más bien son normas generales o principios, pero no reglas; por lo tanto los Estados pueden observar su cumplimiento, aunque no están legalmente obligados a ello.

Una Convención protegería a las personas mayores de la marginación, la exclusión, la pobreza, la discriminación, la falta de acceso a la salud, a los servicios sociales, evitaría los estereotipos negativos, el abuso y el maltrato, la falta de atención a la dependencia y la carencia de recursos para favorecer su autonomía e influiría, además, en los países para generar nuevas políticas públicas y multiplicar las existentes enmarcadas en el paradigma de los Derechos Humanos.

Algunos ejemplos de porqué es necesario proteger los derechos de las personas mayores se explican a continuación:

1-En el informe del Parlamento Europeo “sobre el papel de la mujer en una sociedad que envejece” (2009) en su punto D manifiesta que la pobreza en las personas de edad ha aumentado más que en la población general. En junio de 2010, el Comité Internacional de la Cruz Roja Internacional (CICR) en su informe anual

indicó que a raíz de la crisis la situación de muchas personas mayores empeoró en todo el mundo. Otro informe importante es el Informe Europeo sobre Abuso y Maltrato a las Personas Mayores, que nos muestra que el 24% de los mayores de 65 años fueron víctimas de maltrato.

2-En América Latina y el Caribe en el periodo 2000-2050 se duplicará la cantidad de personas con dependencia moderada-severa, pasando de 23 a 50 millones. En el mundo actualmente el 80% de la población mayor de 60 años no tiene cobertura de seguridad social y se prevé que, de no haber un cambio en este sentido, unos 1.200 millones de personas mayores pueden enfrentar inseguridad de ingresos para el 2050. En América Latina y el Caribe apenas alcanza la cobertura previsional el 40% de la población de más de 60 años.

3-En las catástrofes las personas mayores son las últimas en recibir ayuda humanitaria. En Haití, la encuesta coordinada por la Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) y el gobierno mostró que las personas mayores están particularmente en riesgo durante las emergencias, porque les resulta más difícil salir a buscar ayuda. En Chile, del total de fallecidos informados por el Ministerio del Interior, casi el 60% correspondió a personas mayores y menores de edad (Jaspers, 2011).

4-El flagelo de la pobreza genera que una población tenga menos expectativa de vida, citando a Amartya Sen "el único consumo que produce la pobreza son años de vida". Podemos observar la diferencia de la expectativa de vida entre la población mayor de 60 años indígena o no indígena, por ejemplo, en Guatemala es de 13 años; en Panamá, de 10 años y en México, de 6 años.

5-Un problema que preocupa mucho en la vejez son las demencias y a medida que la expectativa de vida se alargue aumentará su prevalencia. Se estima que 35,6 millones de personas vivían con demencia en todo el mundo en 2010, cifra que aumentará a 65,7 millones en 2030 y a 115,4 millones en 2050. Sin embargo solo hay 7 países con planes nacionales para la atención del Alzheimer.

Siguiendo con la revisión de los instrumentos jurídicamente vinculantes nos encontramos con que la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW) es el único de los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas que se refiere explícitamente a la discriminación por la edad en el ámbito del empleo, afirmándose que:

e) El derecho a la seguridad social, en particular en casos de jubilación, desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otra incapacidad para trabajar, así como el derecho a vacaciones pagadas...” (Naciones Unidas, 1979, artículo 11, inciso 1, énfasis propio).

El 13 de diciembre de 2006 fue adoptada por la Asamblea General de la ONU la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. En esta Convención las referencias expresas a la persona mayor son escasas -a diferencia del tratamiento que reciben los niños y niñas, en quienes la autonomía y la independencia asumen un especial protagonismo-, y aparecen vinculadas a cuestiones relacionadas con la salud y con la protección, precisamente, los ámbitos en los que la discapacidad era motivo de preocupación en el paradigma rehabilitador y sanitarista que esta Convención pretende superar.

Pero además, la mayoría de las personas mayores no presentan ninguna discapacidad, quedan afuera de la protección de esta convención.

En 2007 los países de Latinoamérica y el Caribe se reunieron en Brasil para evaluar el Plan Internacional de Madrid (Madrid + 5) y allí proclamaron la Declaración de Brasilia en la cual el artículo 25 hace mención a solicitar un Relator Especial ante el Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas y se comprometen a impulsar una Convención Internacional.

A partir de allí, los países de la Región realizaron tres reuniones clave, una en Río de Janeiro, otra en Buenos Aires y otra en Chile, en donde se pusieron de acuerdo en la importancia que tenía la formación de un Grupo de Trabajo en ONU y también en OEA, dado que era necesario tener una Convención Interamericana que respondiera a la problemática de la Región y una Universal.

Es fundamental destacar el apoyo recibido tanto por CELADE-CEPAL, como por OPS, para entender en profundidad los alcances de un instrumento jurídicamente vinculante y para ser escuchados tanto en OEA como en ONU.

Si bien antes del 2007 casi no se mencionaba a las personas mayores en los instrumentos jurídicamente vinculantes, luego de la Declaración de Brasilia se empezó a observar una creciente preocupación por la situación de vulnerabilidad en el ejercicio de derechos en que se encuentran las personas mayores en el mundo y hay cada vez mayor conciencia del valor que tendría un instrumento internacional jurídicamente vinculante que estandarice los derechos de las personas mayores y que establezca los

mecanismos y el órgano para hacerlos exigibles, toda vez que se trata de un sector vulnerable de la población mundial que es objeto de prácticas y tratamiento discriminatorio.

Ha habido avances muy significativos posteriores a la reunión de Brasilia en el 2007. El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales en su Observación General N°19 de 2008 se ocupó de los contenidos normativos del derecho a la Seguridad Social y en la Observación General N°20 del 2009 abordó los motivos prohibidos de discriminación.

El Comité para la eliminación de la Discriminación contra la Mujer también se ha ocupado del tema a partir de 2009 cuando elaboró una nota conceptual sobre las mujeres de edad y la protección de sus derechos. En 2010 elabora la Recomendación General N°27 identificando las múltiples formas de discriminación que sufren las mujeres mayores y realiza recomendaciones en materia de políticas.

El Comité de la Convención Contra la Tortura y otros Tratos y Penas Cruelles estableció en la Observación General N°2 de 2008 los grupos que corren mayor riesgos de ser torturados y entre ellos se encuentran las personas mayores.

También se realizaron procedimientos especiales como los informes de los relatores y expertos independientes. La Experta independiente encargada de las cuestiones de los derechos humanos y extrema pobreza presentó en 2010 un informe acerca de las pensiones no contributivas. En 2011 el Relator sobre el derecho a la salud presentó un informe sobre la salud de las personas mayores.

De esta manera se fue poniendo en agenda la importancia de avanzar hacia un único instrumento jurídicamente vinculante. Es así que el 21 de diciembre de 2010 en su resolución 65/182 de Naciones Unidas se crea el Grupo de Trabajo de Composición Abierta de las Naciones Unidas. El mismo tiene como propósito aumentar la protección de los derechos de las personas mayores.

En el ámbito Interamericano contamos con el Protocolo de San Salvador (que es jurídicamente vinculante) el cual solo tiene un artículo que refiere a la protección de las personas mayores.

Protocolo de San Salvador

Artículo 17: Protección de los Ancianos

Toda persona tiene derecho a protección especial durante su ancianidad. En tal cometido, los Estados partes se comprometen a adoptar de manera progresiva las medidas necesarias a fin de llevar este derecho a la práctica y en particular a:

- a. proporcionar instalaciones adecuadas, así como alimentación y atención médica especializada a las personas de edad avanzada que carezcan de ella y no se encuentren en condiciones de proporcionársela por sí mismas;
- b. ejecutar programas laborales específicos destinados a conceder a los ancianos la posibilidad de realizar una actividad productiva adecuada a sus capacidades respetando su vocación o deseos;
- c. estimular la formación de organizaciones sociales destinadas a mejorar la calidad de vida de los ancianos.

Recientemente, se han impulsando en el ámbito de la OEA la creación de un Grupo de Trabajo con el mandato de preparar un informe que analice la situación de las personas mayores en el hemisferio y la efectividad de los instrumentos universales y regionales. Finalmente el informe destaca la necesidad de cumplir con el siguiente mandato del Grupo de Trabajo para el año 2012 que consiste en elaborar **“un proyecto de Convención Interamericana para la Promoción y Protección de los derechos de las personas mayores antes que finalice el primer semestre de 2012.”** En abril de 2012 se comenzó con la instancia de negociación del texto de la Convención.

El abordar el envejecimiento como una cuestión de derechos humanos no es un asunto meramente semántico, sino que tiene importantes consecuencias tanto en el diseño e implementación de políticas públicas, como en la adopción de leyes o en un sentido más general, una gran importancia en las respuestas sociales.

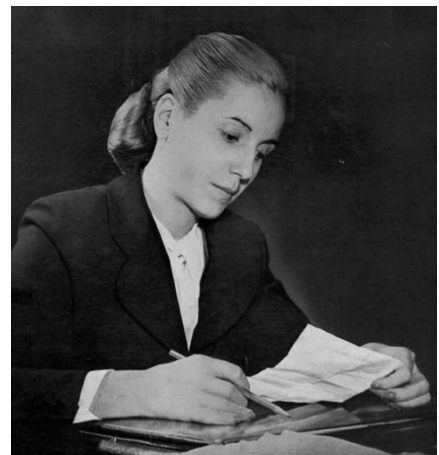
El envejecimiento debe ser mirado desde una perspectiva social y teniendo en cuenta los factores humanos y concretos de la persona y no factores como la edad, la productividad laboral o la incapacidad de la persona. Estamos ante un cambio de paradigma a partir del cual las personas mayores deben ser consideradas sujetos de derecho.

El fin de la convención es promover, proteger y asegurar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos y libertades fundamentales, siendo un instrumento vinculante.

Derechos y Envejecimiento en Argentina

Debemos recordar que Argentina en el año 1948 fue el primer país en el mundo en declarar los “Derechos y el Decálogo de la Ancianidad”. La señora Eva Duarte de Perón viajó a la reunión de la Asamblea General de Naciones Unidas celebrada en París y allí propuso a los países miembros adoptar el Decálogo de los Derechos de la Ancianidad, incorporados en la Constitución de 1949. Estos son:

1. **Derecho a la Asistencia:** Todo anciano tiene derecho a su protección integral por cuenta de su familia. En caso de desamparo, corresponde al Estado proveer a dicha protección, ya sea en forma directa o por intermedio de los institutos o fundaciones creados, o que se crearen, con ese fin, sin perjuicio de subrogación del Estado o de dichos institutos para demandar a los familiares remisos y solventes los aportes correspondientes.
2. **Derecho a la Vivienda:** El derecho a un albergue higiénico con un mínimo de comodidades hogareñas es inherente a la condición humana.
3. **Derecho a la Alimentación:** La alimentación sana y adecuada a la edad y estado físico de cada uno debe ser contemplada en forma particular.



4. **Derecho al Vestido:** El vestido decoroso y apropiado al clima completa el derecho anterior.
5. **Derecho al Cuidado de la Salud Física:** El cuidado de la salud física de los ancianos ha de ser preocupación especial y permanente.
6. **Derecho al Cuidado de la Salud Moral:** Debe asegurarse el libre ejercicio de las expansiones espirituales, concordes con la moral y el culto.
7. **Derecho al Esparcimiento:** Ha de reconocerse a la ancianidad el derecho de gozar mesuradamente de un mínimo de entretenimientos para que pueda sobrellevar con satisfacción sus horas de espera.
8. **Derecho al Trabajo:** Cuando su estado y condiciones lo permitan, la ocupación por medio de laborterapia productiva ha de ser facilitada. Se evitará así la disminución de la personalidad.
9. **Derecho a la Tranquilidad:** Gozar de tranquilidad, libre de angustias y preocupaciones en los últimos años de existencia, es patrimonio del anciano.
10. **Derecho al Respeto:** La ancianidad tiene derecho al respeto y consideración de sus semejantes.

Para ampliar este punto recomendamos:

CEPAL- CELADE (2004). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile.

Naciones Unidas (1998). *Año Internacional de las Personas de Edad 1999*. Nueva York.

Naciones Unidas (1999a). *Derechos Humanos y Personas de Edad*. Descargado el 29 de junio de 2003 de <http://www.un.org>.

Naciones Unidas (2002a). *Plan de Acción Mundial sobre el envejecimiento*. Descargado el 20 de junio de 2003 de www.un.org.

CEPAL-CELADE (2007). *Declaración de Brasilia*. Descargado el 2 de febrero de 2009 de http://www.eclac.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/noticias/7/34107/P34107.xml&xsl=/celade/tpl/p1f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xsl

Huenchuan Sandra, Rodríguez Luis, Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección. CEPAL, UNFPA, ADIS. 2010

Contribución de la CEPAL en la implementación Regional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. CEPAL, enero de 2011.

Rodríguez Luis -Piñero Royo, Los desafíos de la protección internacional de los derechos de las personas de edad en el marco de la Declaración de Brasilia. CEPAL- UNFPA.

I.6. Derechos de las personas mayores, calidad de vida y envejecimiento activo

Según las pautas dadas por la Organización Mundial de la Salud (2002), el marco conceptual del envejecimiento activo es “[...] el proceso de optimizar las oportunidades para la salud, la participación y la seguridad de manera de realzar **la calidad de vida** a medida que las personas envejecen”. Es necesario (Health



Canada, Secretaría de Salud de México y OPS, 2002:6) “Un sistema integral de apoyo que fomenta el envejecimiento activo para mejorar la calidad de vida.”

El sistema integral es uno de los ejes de las políticas públicas en la medida en que está conformado por un conjunto de apoyos y de servicios provenientes del sector público que trabajan con principios, valores y estrategias comunes.

Los agentes de apoyo sociales para promocionar el envejecimiento activo son



Las personas mayores

Las familias y los amigos

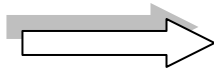
La comunidad y el Estado a través de sus políticas y programas en todas sus jurisdicciones.

Es importante señalar, entonces, que se trata de estrategias asociadas en las que el Estado no declina sus obligaciones sino que da respuesta a las temáticas que se plantean, reconociendo los saberes y recursos de los actores de la comunidad. Otro de los ejes conceptuales que resaltamos es el enfoque de calidad de vida.

Amartya Sen (2000:41; Nobel de Economía) propone que la calidad de vida es algo más que la renta percibida en la medida que centra su atención en la forma en que transcurre la vida humana.

El enfoque de capacidades se relaciona con la habilidad real de la persona para lograr funcionamientos valiosos como parte de su vida, considerando los funcionamientos como partes del estado de una persona, las cosas que logra ser o hacer al vivir.

Complementariamente, la calidad de vida es (Health Canadá, Secretaría de Salud de México y OPS, 2002:7)

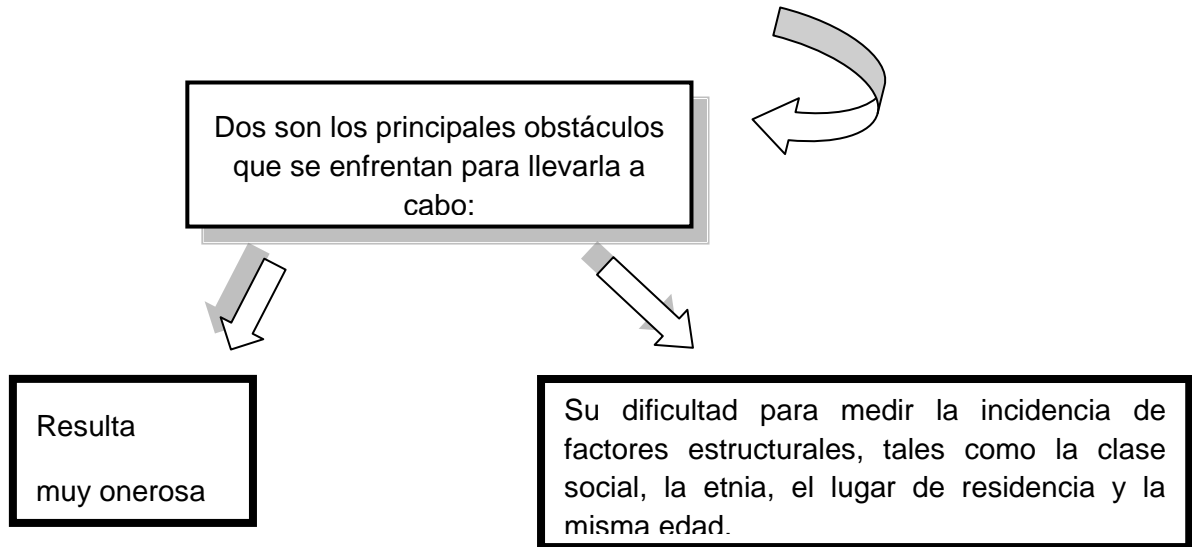


[...] la percepción de un individuo de su posición en la vida dentro del contexto de la cultura y el sistema de valores en donde vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares e inquietudes. Es un concepto de gama amplia, incorporando en forma compleja la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y creencias y relaciones personales a los rasgos dominantes en su entorno.

Esta mirada (Aranibar, 2001:28) supone una percepción subjetiva por parte de los adultos mayores, así como también su confrontación con los datos cuantitativos que den cuenta de condiciones objetivas en lo referente a la provisión y disponibilidad de servicios para las personas de edad.

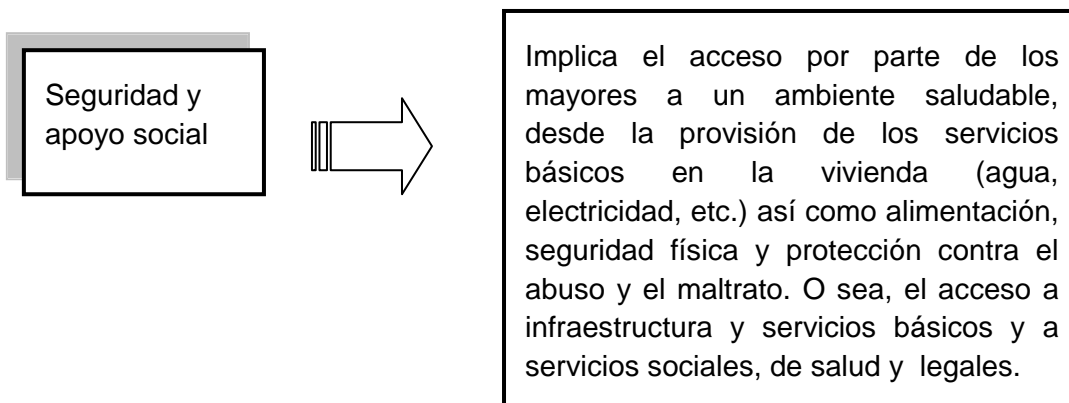
Es decir que deben considerarse tanto las valoraciones y apreciaciones de los sujetos como los aspectos objetivos de estas dimensiones (por ejemplo, valoración de su salud y cantidad de fármacos que toma), esto en el marco del contexto en el que se desenvuelve la persona mayor.

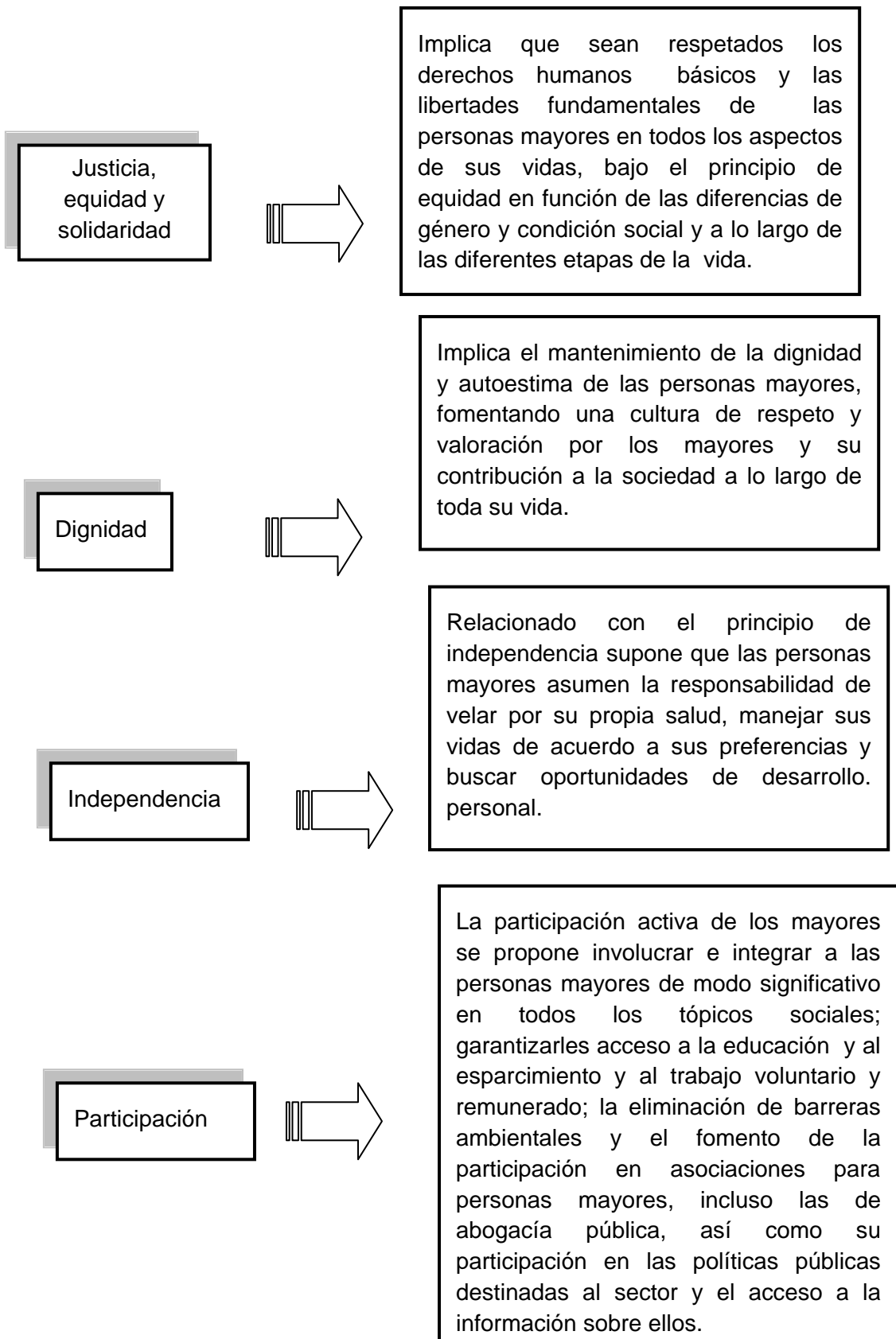
Para ello es necesaria entonces una propuesta multimetódica



El avance en los conocimientos sobre calidad de vida es un eje crucial para la Gerontología directamente relacionado con la planificación y ejecución de políticas que intenten trabajar en esta dirección. Es importante considerar la valoración que hacen las personas mayores sobre los distintos aspectos de su calidad de vida.

Por lo expresado anteriormente, **un sistema integral de fomento al envejecimiento activo** está basado en los principios de a) seguridad y apoyo social; b) justicia, equidad y solidaridad; c) dignidad; e) independencia y f) participación. Estos principios deberían estar garantizados para los ciudadanos mayores.





La inclusión de las personas de edad en el diseño y ejecución de políticas y programas destinados a este grupo etario es de especial importancia en lo referente a temas tales como la salud, la educación durante toda la vida, la generación de ingresos, la defensa de sus derechos y su incidencia en las decisiones de gobierno a nivel local y nacional (CEPAL-CELADE, 2004; Martin y Boaz, 2000; Naciones Unidas, 2002a y b; 2005).

Sin embargo debemos ser cautelosos respecto de cuál es nuestra concepción de participación (Cardarelli y Rosenfeld, 2000:), ya que en los últimos años se ha trabajado desde un marco orientado a aspectos psicosociales, centrados en la solidaridad entre pares y la elevación de la autoestima, que apunta verdaderamente a una pasividad centrada en la “representación” mediada entre las personas y el Estado y a la autoexclusión de los adultos mayores. Se ha producido una pérdida del eje de la movilización social en las políticas participativas, que impacta en la construcción de la subjetividad de los distintos actores: se construyen “viejos especiales”, capacitados, que no siempre trabajan en pos de un asociacionismo igualitario sino a partir de relaciones arraigadas en estructuras clientelares. En estos casos, se separa a las personas de sus condicionamientos históricos y se promueve la participación en abstracto, sin hacer mención de las profundas inequidades económicas y sociales en el seno mismo de la población mayor (ingresos que no alcanzan a cubrir las necesidades básicas, descuentos arbitrarios, retiros adelantados con mermas importantes en la percepción de los ingresos, programas infantilizantes, cobertura en salud que queda sólo en la enunciación, ya que en la realidad los servicios están quebrados, inexistencia de espacios de formación permanente accesibles, medios de comunicación y nuevas tecnologías comunicacionales inaccesibles, etc.).

Para este punto recomendamos:

Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. Serie Población y Desarrollo 21

I.7. La tensión inclusión-exclusión social de las personas mayores

En un estudio reciente sobre la exclusión social de las personas mayores en el Reino Unido (Social Exclusion Unit, 2006:18) los propios actores consideran que la calidad de vida está relacionada con un ingreso, condición de salud y viviendas

razonables y también relaciones satisfactorias con los familiares, vecinos y amigos, tener un rol social, sentirse útiles y tratados con respeto. Se percibe la exclusión cuando se carece de alguno o varios de estos factores, es decir, que la dificultad en el acceso a redes sociales, actividades y servicios deviene en una pobre calidad de vida. La exclusión social es medida según las siguientes dimensiones: relaciones sociales, realización de actividades culturales, realización de actividades cívicas (entre ellas, voluntariado) acceso a servicios básicos, acceso a espacios públicos seguros, acceso a servicios financieros y a bienes de consumo.



La integración social de las personas de edad se constituye en un problema social, puesto que, separados del mundo del trabajo, la inserción queda limitada al espacio privado: las redes familiares y los amigos, que no siempre satisfacen sus expectativas.

La integración es, entonces, un concepto subjetivo relacionado con la pertenencia e identidad con la comunidad de pertenencia del adulto mayor (Miranda, 2003).

Retomamos el debate de Karsz (2004:133), quien sostiene que la exclusión no es evidente como tal, ya que al ser una construcción social se muestra como un resultado. En la medida en que se movilizan mecanismos tales como articulaciones, presupuestos y formas de mirar la realidad se dan las condiciones de existencia de la exclusión.

Su gravedad es variada según los grupos considerados y se trata de exclusiones parciales, restringidas y tiene que ver con la eliminación, la segregación y el apartamiento del que las personas mayores en función de su edad son víctimas. La exclusión se construye como un fenómeno social que se da en una sociedad en circunstancias históricas precisas. La exclusión en la atención en salud, en la alfabetización informática, en la cultura y la recreación, en el acceso a un salario digno, en la participación en las políticas sociales de la que son objeto, son algunas de sus manifestaciones. Aunque excluidos, los mayores siguen



inmersos en la sociedad; no están excluidos de todo sino de la posibilidad de consumo de determinados bienes y servicios, no necesariamente relacionados con la condición de pobreza, pero sí, con ciertas limitaciones relacionadas con la



accesibilidad universal y los entornos propicios para la participación social. No es que no tengan un lugar en la sociedad, sino que como actores carecen de un lugar dominante. Como un espejo, los procesos de reinserción o inclusión social no son neutros, porque también construyen eficacia y

resultados esperados. El fenómeno de la exclusión tiene dos caras: la de los receptores, es decir, los excluidos; y la de los emisores, o sea, aquéllos que desde distintos marcos institucionales trabajan para los mayores: los profesionales de las áreas sociales, las políticas y los programas que trabajan en estos temas. El punto es que estos actores cumplen un rol protagónico en los procesos de inclusión-exclusión de igual peso que los mismos excluidos (personas mayores) que es necesario tener en cuenta en nuestro análisis.

Actividad 1. 2.



Le proponemos realizar un repaso de los últimos temas:

1. Sintetice el concepto de ciudadanía.

2. Explique, con sus propias palabras, el alcance de cada uno de los derechos proclamados en los Principios de Naciones Unidas a favor de las personas de edad.

3. Describa tres situaciones en la que se vulnere alguno de los derechos de las personas mayores. Identifique cuáles son los derechos vulnerados y justifique.

4- Comente la importancia de tener una Convención Internacional.

5. Comente los alcances y limitaciones del concepto de calidad de vida.

6. Relacione el concepto de calidad de vida con los principios del envejecimiento activo.

Resumen de la Unidad I:

En esta unidad centramos nuestra atención en el paradigma de la Gerontología Institucional y Comunitaria como un saber interdisciplinario que tiene como objetivo el análisis de las instituciones relacionadas con la temática del envejecimiento poblacional, con la finalidad de conocer para actuar y modificar la realidad. En este proceso orientado a la acción se da particular relevancia al conocimiento de los propios actores sobre la temática que los incluye.

La revisión del concepto de ciudadanía, surgido en el marco del Estado de Bienestar nos lleva a reformular los derechos de las personas mayores como un grupo sujeto de una tensión entre la inclusión y la exclusión social. En este contexto es que Naciones Unidas promueve los derechos de las personas mayores y establece tres lineamientos básicos que orienten las políticas públicas de los países miembros: a) Las personas de edad y el desarrollo; b) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y c) creación de un entorno propicio y favorable. Por otra parte se está discutiendo tanto en el ámbito de ONU, como de OEA, la necesidad de una Convención para las personas mayores **y es la Argentina quien lidera el proceso.**

La mejora de la calidad de vida de la población de adultos mayores y no sólo el incremento de la esperanza de vida es el objetivo último de la propuesta de acción de la Gerontología Comunitaria e Institucional.

Para ampliar este punto recomendamos:

Fassio, A. (2001). Organizaciones de la sociedad civil y redes solidarias entre personas de edad. *Centro de Estudios Organizacionales, I (2)*. Buenos Aires: Facultad de Ciencias Económicas, UBA.

Roqué M. (2005). *El envejecimiento poblacional: un desafío con futuro. Estrategias gerontológicas de la Dirección Nacional de Adultos Mayores en Hogares Públicos de la República Argentina*. En L. Golpe y C. Arias (editoras). *Cultura Institucional y Estrategias Gerontológicas* (pp.15-27). Mar del Plata: Suárez.

iiiFelicitaciones!!!! Ha terminado exitosamente la unidad I, ahora nos merecemos un pequeño descanso....



Unidad II. La transición demográfica en América Latina y en la Argentina

En esta unidad desarrollaremos los aspectos sociodemográficos del envejecimiento de las sociedades y sus causas. Avanzaremos en el conocimiento de este proceso de carácter reciente en la región, que impacta de modo diferencial en los diversos países de América Latina, en función de la etapa de la transición demográfica en la que se encuentran.

II.1. El envejecimiento como proceso individual y social

El proceso de envejecimiento en las personas, individualmente consideradas, corresponde al aumento de su edad cronológica; transitan por él todas las personas y es además irreversible.

En cambio, el envejecimiento de la población está relacionado con los cambios producidos en la estructura por edades de dicha población. En otras palabras, una sociedad envejece cuando aumenta la proporción de personas de 60 años¹ y más que la componen y rejuvenece cuando aumenta la proporción de jóvenes (0-14 años). Este proceso no es irreversible, sino que puede alternarse o darse simultáneamente en el tiempo procesos de rejuvenecimiento o envejecimiento poblacional.

Los cambios ocurridos en la estructura de la población dependen de numerosos factores relacionados con las condiciones sociales y económicas.

Sin embargo, desde el punto de vista demográfico, podemos considerar tres factores que son las principales causas del envejecimiento / rejuvenecimiento poblacional: **fecundidad**, **mortalidad** y **migraciones**, que actúan sobre una población determinada.

El aumento de la **fecundidad** tiene efectos rejuvenecedores en la estructura poblacional, ya que al incrementar los nacimientos anuales es mayor la proporción de niños respecto de los otros grupos de edad. Por el contrario, la disminución de la

¹Para este trabajo tomamos una definición general que considera anciano a toda persona de 60 y más años (Asamblea Mundial de Envejecimiento, Naciones Unidas, Viena, 1982).

fecundidad es el factor más importante de envejecimiento poblacional, dado que implica menor proporción de jóvenes.

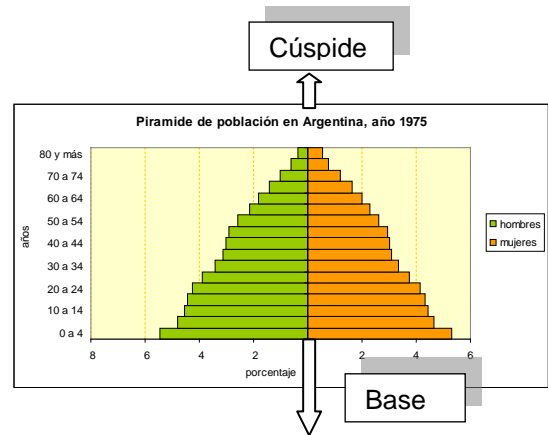
El descenso de la **mortalidad** afecta a todas las personas en el sentido de que si aumenta la esperanza de vida al nacer, es mayor el número de personas que llegarán a ancianos. Sin embargo, en principio afecta a toda la población, puesto que habrá más niños y jóvenes y más ancianos.

Si el descenso de la mortalidad se da en los grupos de **menor edad**, esto producirá, en un primer momento, un **rejuvenecimiento** de la población (por ejemplo, con el combate de la diarrea infantil). Si en cambio disminuye la mortalidad en las **personas mayores** (por ejemplo, con medidas de prevención y tratamiento de enfermedades cardiovasculares), se produce un **envejecimiento de la población**.

Las **migraciones** pueden tener efectos rejuvenecedores o envejecedores de la estructura poblacional, tanto en el país o lugar de origen (en caso de que fueran respectivamente internacionales o internas) como en los de destino. En general las personas que migran son jóvenes, por lo que, en un primer momento, se produce un efecto rejuvenecedor en el país de destino y envejecedor en el de origen. A medida que transcurre el tiempo y la población migrante envejece, el efecto rejuvenecedor mencionado se transformará en envejecedor, salvo que se reciban flujos constantes de migrantes.

El proceso de envejecimiento poblacional es producto de los cambios en la proporción de jóvenes y de ancianos en una sociedad dada.

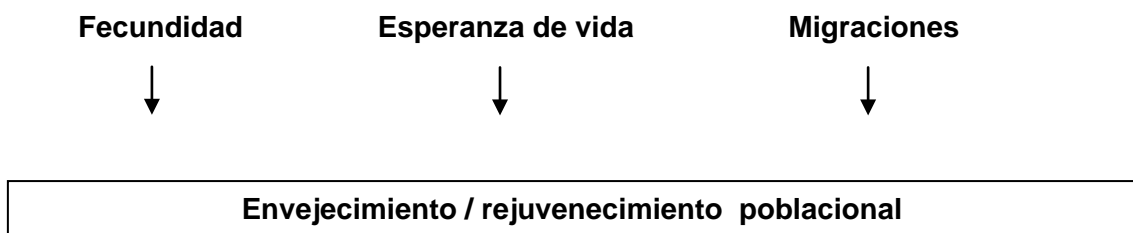
La forma de graficar la estructura de una población es a través de pirámides poblacionales. Estas pirámides se dividen en mitades por sexo, a la izquierda los varones y a la derecha las mujeres. La base corresponde a los niños, y la cúspide a las personas mayores.



Cuando se modifica la proporción de personas mayores se dice que el envejecimiento / rejuvenecimiento se da por la cúspide de la pirámide poblacional, en tanto que si se modifica la proporción de jóvenes se dice que el envejecimiento / rejuvenecimiento se da por la base.

En síntesis, desde el punto de vista de la demografía la principal causa de envejecimiento de las poblaciones se relaciona con el descenso de la **fecundidad**, en segundo lugar, por la **mortalidad** y por último, con las **migraciones** (en los países con poca migración internacional, los cambios en su estructura poblacional se producirán por el efecto conjunto de la fecundidad y la mortalidad).

Veremos, a continuación, la evolución de las distintas causas de envejecimiento poblacional en la región de América Latina y en nuestro país.



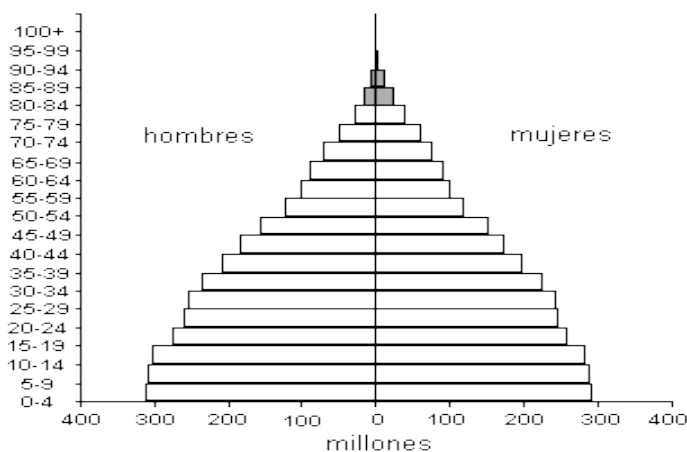
II. 2. América Latina y la transición demográfica

El estudio del envejecimiento humano se ha convertido en una temática insoslayable en la agenda pública mundial. En el siglo XX se ha visto una revolución en la longevidad.

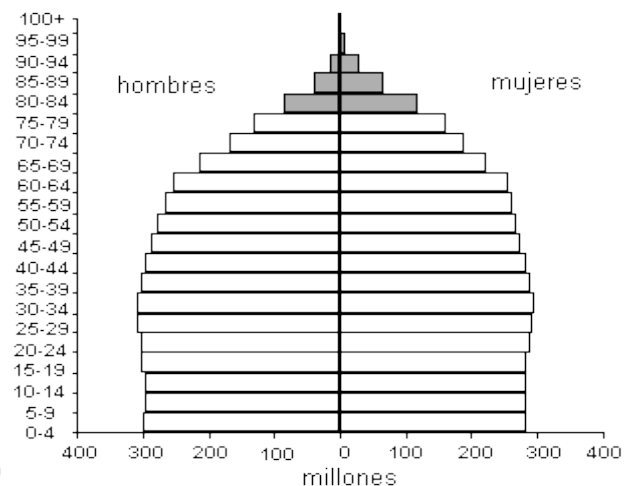
El informe de Estado de la Población Mundial 2011 realizado por UNFPA manifiesta que el mundo cuenta con 7.000 millones de los cuales **893** millones son personas mayores de 60 años.

En América Latina, en los últimos 50 años, la esperanza de vida ha aumentado casi 20 años. La demografía nos muestra que nuestro país ha envejecido y que esta tendencia se profundizará en los próximos años. La República Argentina se encuentra entre los países más envejecidos de América Latina, junto a Uruguay, Cuba y Chile.

El envejecimiento de la población es un fenómeno que carece de precedentes y que se profundizará en el tiempo. En el 2007, el 10,7% de la población mundial tenía sesenta años o más y se proyecta para el 2025 el 15% y para el 2050 el 21%,7. Es decir que en el **2050 habrá 2.400 millones** de personas que tendrán más de 60 años en el mundo.



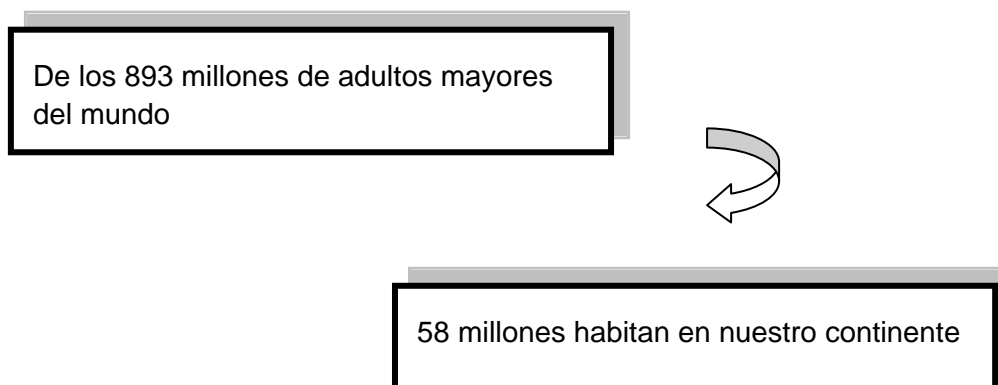
Pirámide de población mundial en 1998



Pirámide de población mundial estimada para 2050

Datos de las Naciones Unidas, División de Población, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales <http://www.popin.org/pop1998/9.htm>

En 2007 la proporción de personas de 60 años y más sobre la población total para África fue de un 5,3%, para Asia de un 9,6%, para América Latina y el Caribe de 9,1% %, para Oceanía de 14,4% y para Europa de un 21, 1%, siendo este último el continente más envejecido en donde dos de cada diez personas son adultos mayores.



Uno de los ejes de la discusión es el rápido envejecimiento de la población de la región de América Latina y el Caribe: mientras que en la década del 70 representaba el 5,6 % de la población y en el 2010, el 10%, se espera que en 2050 la cifra de personas de edad avanzada se habrá triplicado y al final del siglo XXI ascenderá a 236 millones, el 36% de la población (CEPAL, Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad, 2012).

A partir de 1970 se empieza a observar en nuestra región una disminución de la proporción de menores de 15 años en el conjunto de la población. Este segmento pasó de representar un 40% del total en 1950 a aproximadamente un 28% en 2010.

Mientras que el envejecimiento se produjo en los países industrializados de manera paulatina en los países no desarrollados se produjo aceleradamente. El tiempo para que se duplicara la proporción de personas de 65 años y más desde un 7% hasta un 14% fue de varias décadas en los países europeos (y nada menos que de 115 años en el caso de Francia). En cambio, en América Latina y la mayoría de los países del Caribe este proceso está siendo mucho más rápido.

No obstante, los distintos países de la región se encuentran en diversas etapas

de la transición demográfica. Bolivia, Guatemala y Paraguay (5 a 7%) se encuentran en una etapa de envejecimiento incipiente. Colombia, Ecuador, México y Venezuela presentan un envejecimiento moderado (7 a 8%). Chile y Brasil (8 a 10%) moderado-avanzado y finalmente Uruguay, Cuba y Argentina (más del 10%) de envejecimiento avanzado.

En 2050 El 81% de las personas que nacerán en la Región de América Latina y el Caribe vivirán 60 años y un 42% sobrepasará los 80 años.

Figura 1

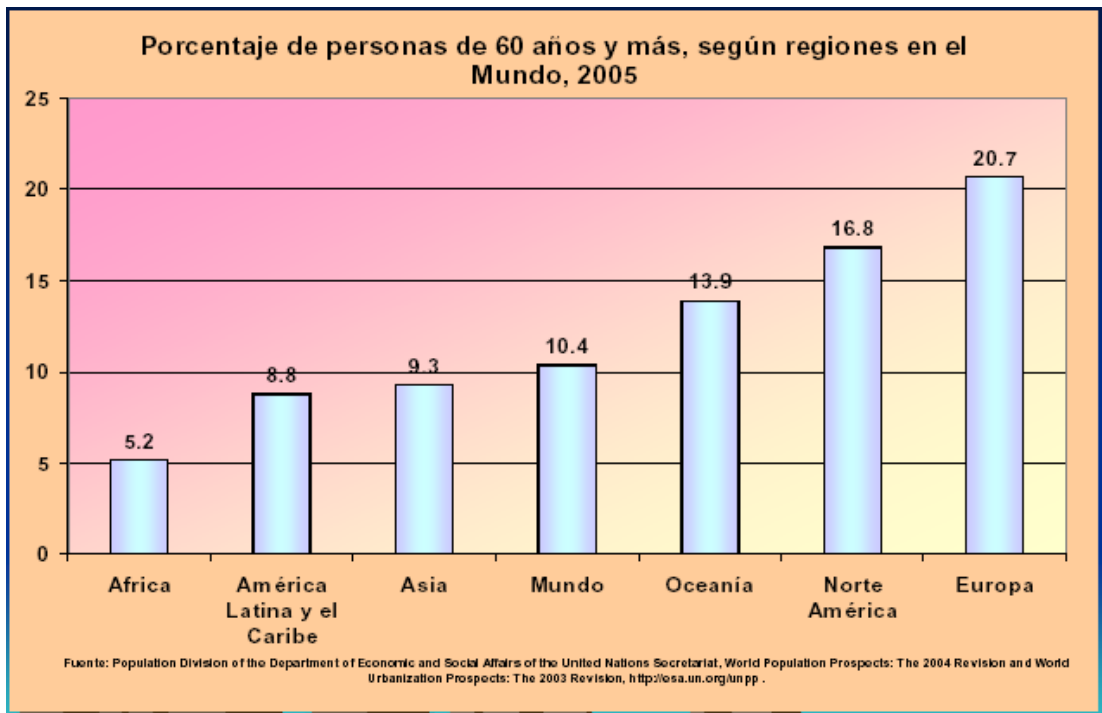
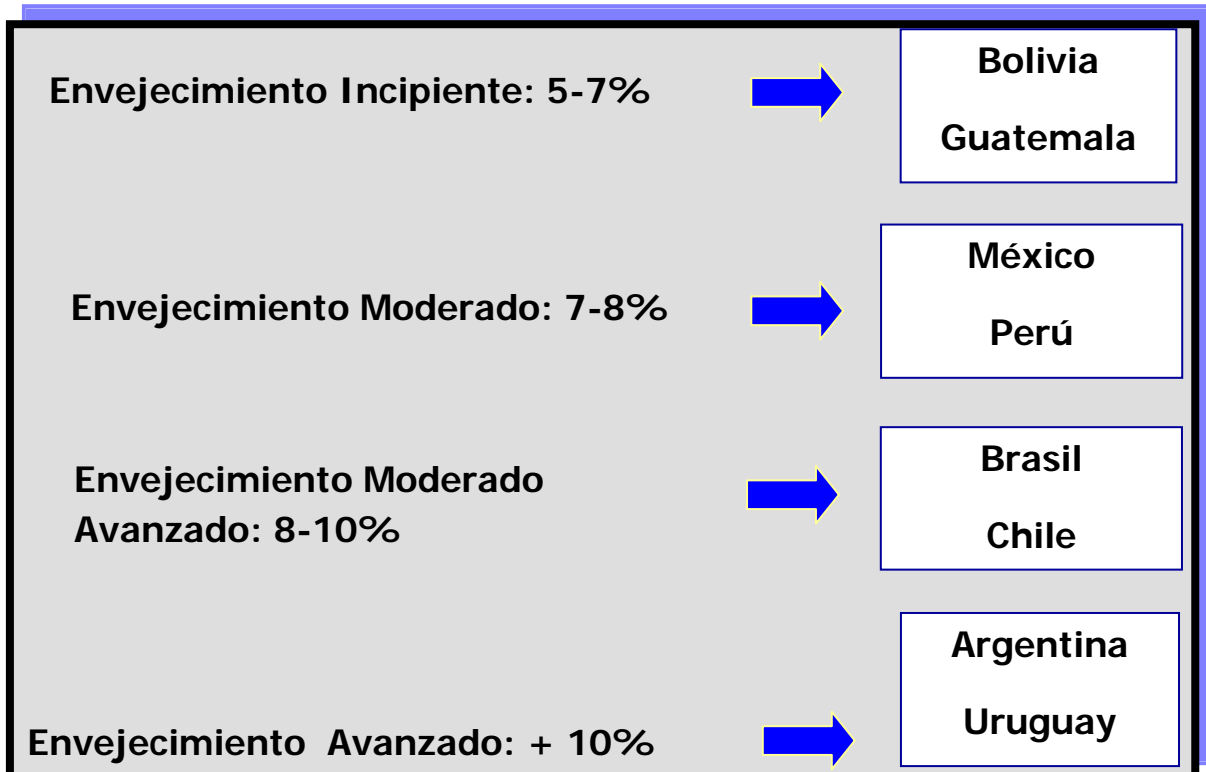
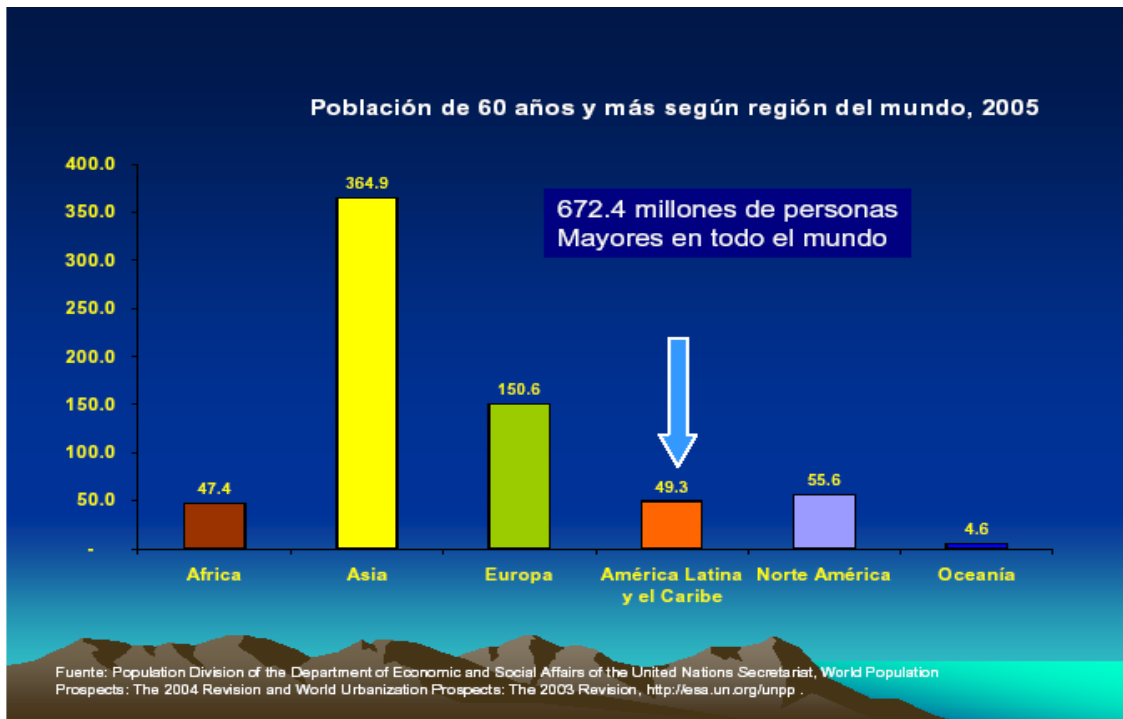


Figura 2



La bibliografía recomendada para los puntos siguientes es:

CEPAL (2012) *Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad*.

Amadasi, E. y Fassio, A. (1997). Resolviendo problemas conceptuales y de investigación para la formulación de políticas públicas: el caso de la vulnerabilidad en la tercera edad. En *Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica*, 3 y 4.

Fassio (2005). La población de adultos mayores institucionalizados según los datos censales. En L. Golpe y C. Arias (editoras). *Cultura Institucional y Estrategias Gerontológicas* (pp.41-44). Mar del Plata: Suárez.

INDEC (2004a). *Adultos mayores: hogares y población*. Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001. Serie 5. Grupos Poblacionales. N° 5.1. Buenos Aires.

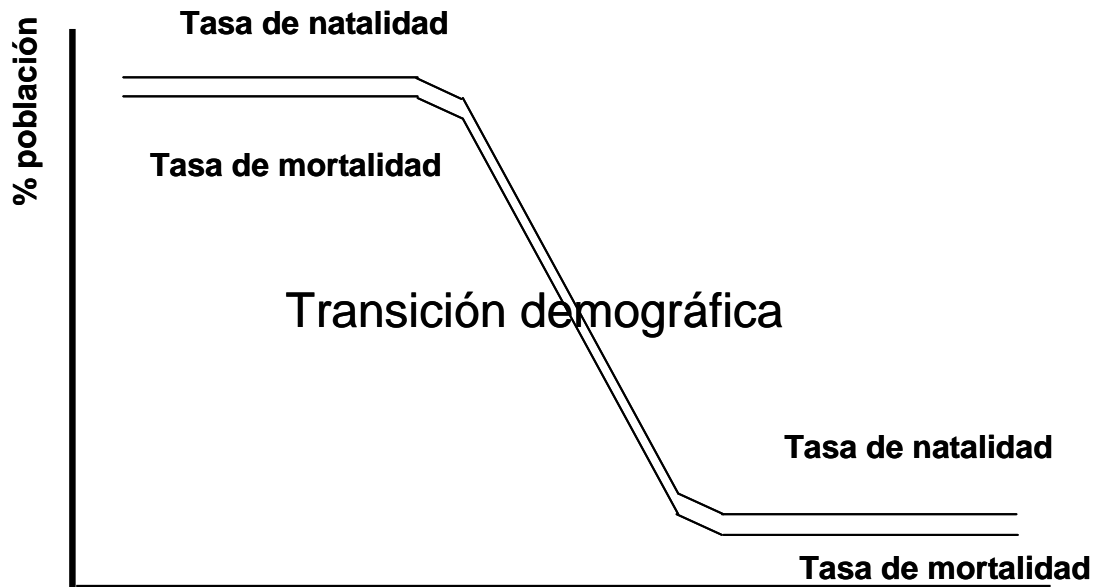
INDEC (2007). *Sistema de Estadísticas Sociodemográficas. Indicadores para la población adulta mayor*. En www.indec.mecon.gov.ar

CEPAL- CELADE (2006). *Manual básico: indicadores de calidad de vida en la vejez*. Documentos Seminario Internacional Indicadores de calidad de vida de las personas mayores. Santiago de Chile.

CEPAL-CELADE (2008) *Transformaciones demográficas y su Influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe*.

II.4. La transición demográfica y el envejecimiento poblacional en Argentina: nuevos desafíos:

La transición demográfica se define como un proceso durante el cual se pasa de una dinámica de bajo crecimiento de la población, con altos niveles de mortalidad y fecundidad, a otra también de bajo crecimiento, pero con mortalidad y fecundidad reducidas; en el estadio intermedio se observan elevadas tasas de aumento de la población como resultado del desfase entre los inicios del descenso de la mortalidad y de la fecundidad, (CEPAL-CELADE, 2008).



¿Cuándo decimos que una población está envejecida?

Por convención se considera que un país tiene una estructura poblacional envejecida cuando el porcentaje de personas de 60 años y más es del 7% o lo supera.

Un indicador del proceso de envejecimiento es el índice de envejecimiento, el mismo expresa la relación entre la cantidad de **personas mayores** y la **de niños y jóvenes**.

Este índice se obtiene calculando el cociente entre el número de personas de 60 años y más con respecto al de menores de 15 años y multiplicándolo por 100. Si el índice está por debajo de 100, significa que hay menos personas de edad que menores de 15 años; por encima de 100 significa que el número de personas de edad supera el de niños y adolescentes. En el año 2010 en América Latina había 36 personas de edad por cada 100 menores de 15 años, En Europa, la región más envejecida, existen casi 170 personas de edad por cada 100 menores de 15 años. En América del Norte son alrededor de 113, en tanto que en África hay solo 15 personas

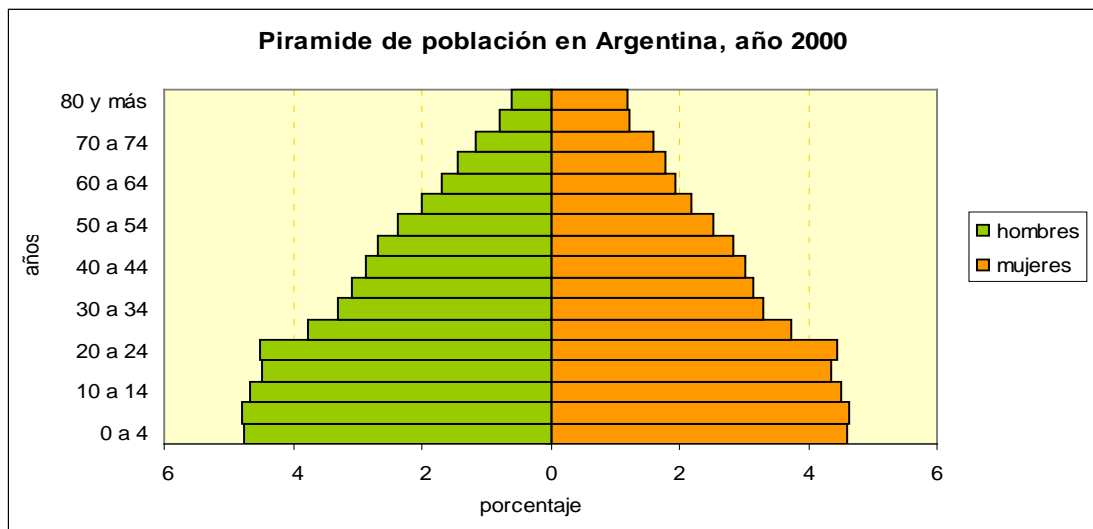
de edad por cada 100 menores de 15 años (CEPAL, Envejecimiento, solidaridad y protección social: La hora de avanzar hacia la igualdad, 2012).

El proceso de envejecimiento poblacional se evidencia en la Argentina en la medida en que se ha duplicado la proporción de mayores entre los años 1950 y 2000. Este proceso se profundizará de modo tal, que se estima que para el año 2050 uno de cada cuatro habitantes de nuestro país será adulto mayor (aproximadamente siete millones de personas) y disminuirá concomitantemente el peso relativo de los jóvenes: habrá nueve adultos mayores por cada diez jóvenes entre 0 y 14 años (CEPAL-CELADE, 2004).

Las Personas Mayores En Argentina

La Argentina es uno de los países más envejecidos de Latinoamérica y muestra signos de su envejecimiento desde 1970. Según los datos del INDEC - Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, el número de personas mayores de 60 años asciende a 5.725.838, representa un 14,3% de la población total. La proporción los mayores de 80 es del 2,4%.

Figua3



Fuente: INDEC, 2001

Figura 4:

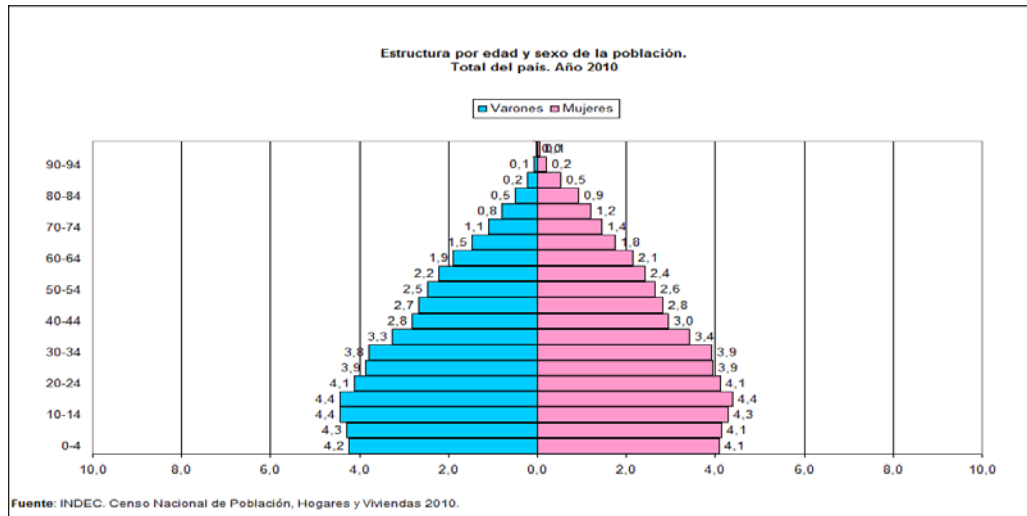
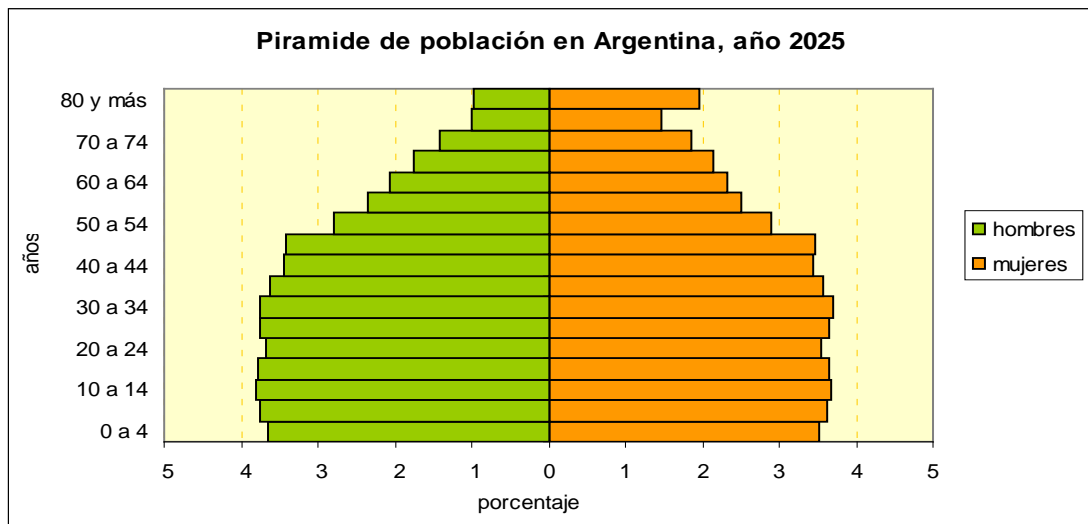


Figura 5:



Fuente: INDEC, Proyecciones base a los resultados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

La esperanza de vida al nacer (INDEC, Proyecciones de población 2010-2015) es de 76,13 años para toda la población, de 72,45 años para los varones y de 79,95 para las mujeres. A los 60 años, la expectativa de vida es de 19,9 años para ambos sexos y de 17,4 años para los varones y 22,3 años para las mujeres (INDEC, Dirección de Estadísticas Poblacionales, Programa Análisis Demográfico, 2009).

Por otro lado, en el interior de la población adulta mayor se producen dos fenómenos: el incremento de la proporción de personas de edad muy avanzada y de

mujeres, cuya proporción va aumentando conforme avanza la edad, según puede observarse en el cuadro siguiente.

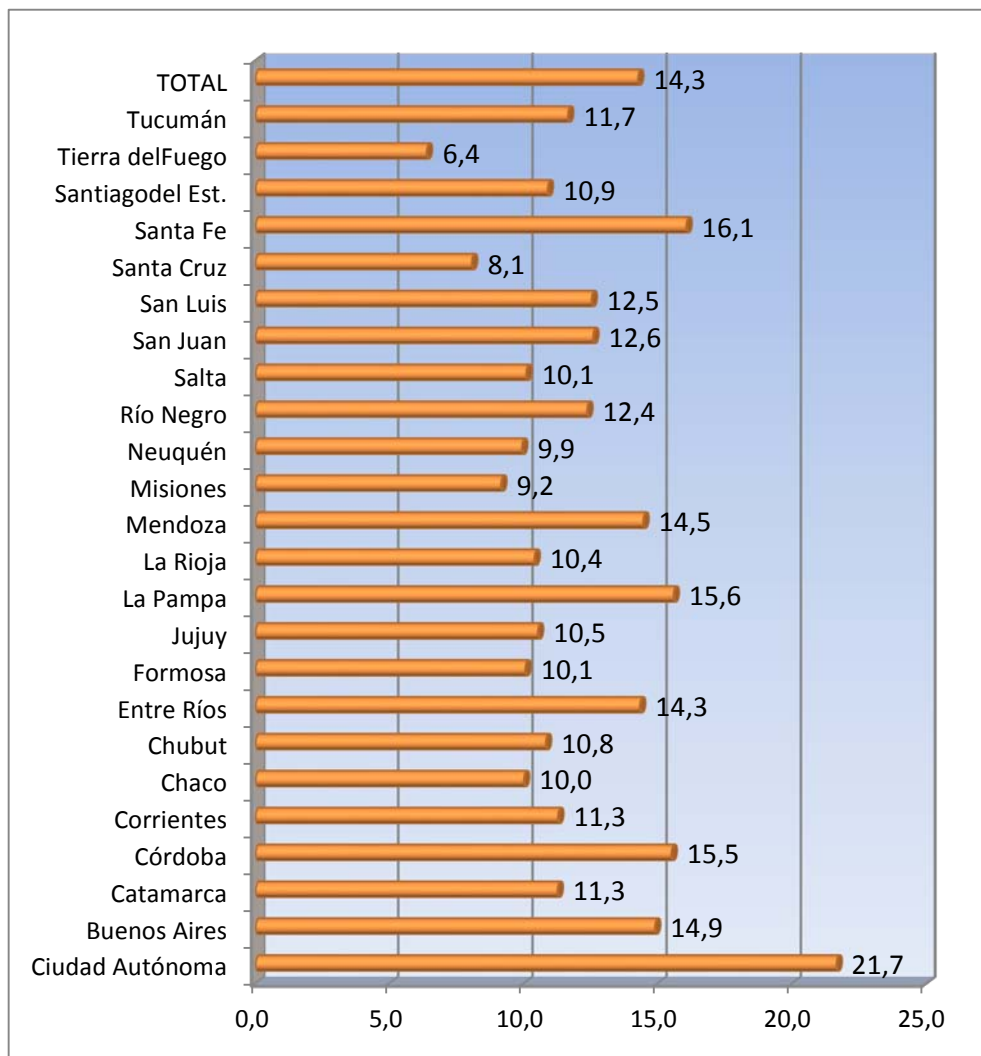
Cuadro 1 - Población total de 60 y más años según edad en grupos quinquenales y

Edad	Población total 60 y más	Sexo			
		Varones	%	Mujeres	
60-64	1.621.190	760.914	46,9	860.276	53,1
65-69	1.293.061	588.569	45,5	704.492	54,5
70-74	1.015.897	438.438	43,2	577.459	56,8
75-79	801.659	321.481	40,1	480.178	59,9
80-84	565.916	200.744	35,5	365.172	64,5
85-89	298.337	92.848	31,1	205.489	68,9
90-94	102.808	26.574	25,8	76.234	74,2
95-99	23.483	4.704	20,0	18.779	80,0
100 y más	3.487	784	22,5	2.703	77,5
Total	5.725.838	2.435.056	42,5	3.290.782	57,5

Fuente: Elaboración propia según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

El peso de la población adulta mayor es diverso según la provincia: la Ciudad de Buenos Aires es la jurisdicción más envejecida y Tierra del Fuego, la más joven.

Figura 6: Porcentaje de población de 60 años y más por provincia. Año 2010



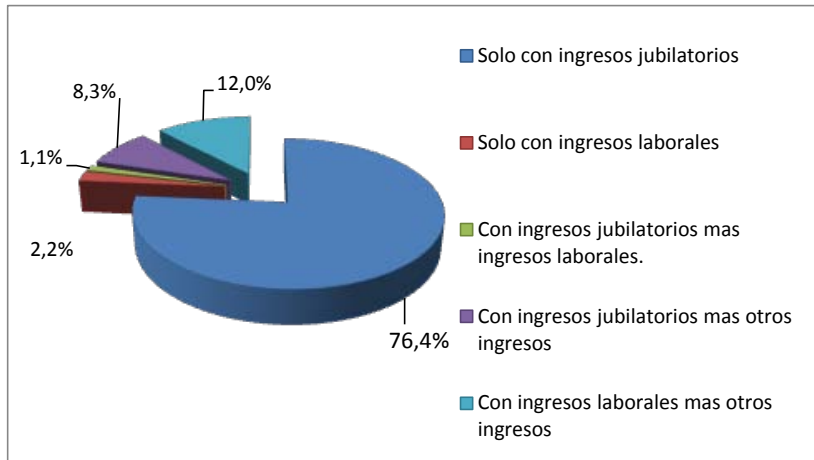
Fuente: Elaboración propia según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

Condiciones de Vida de la Población Adulta Mayor

La seguridad económica: Los ingresos de los adultos mayores

Entre los mayores que perciben ingresos la principal fuente es la seguridad social (jubilación o pensión), el 95% de los mayores perciben ingresos de esta fuente (CENSO 2010).

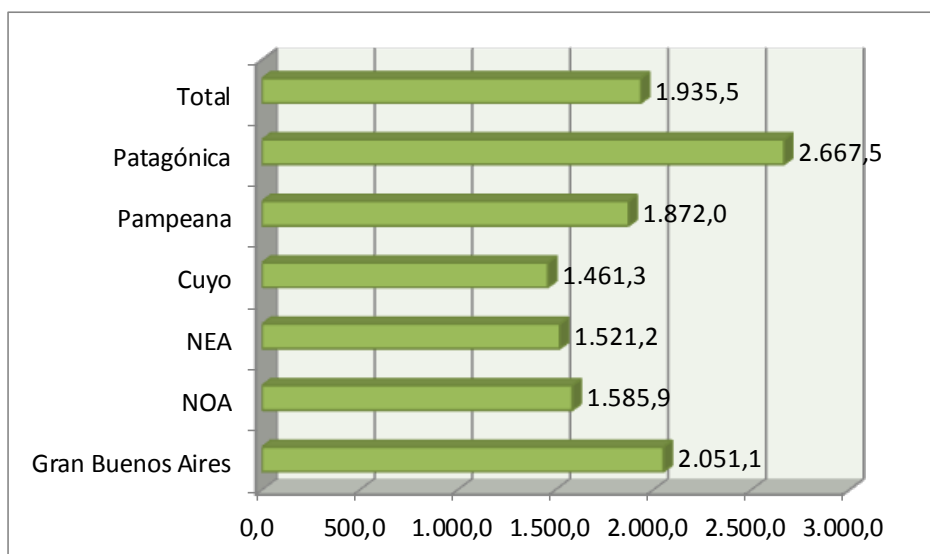
Figura 7. Población 60 años y más que percibe ingresos por fuente de ingresos. Total del país. Cuarto Trimestre de 2009



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC (cuarto trimestre de 2009)

El ingreso *per cápita* familiar promedio de los hogares con adultos mayores alcanza los 1935,5 pesos para el total del país; en la región Patagónica y el Gran Buenos Aires se supera esta media, en tanto que en el resto de las regiones del país es algo menor.

Figura 8 Población de 60 años y más. Media del ingreso *per cápita* familiar en pesos por región. Cuarto Trimestre de 2011



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC (cuarto trimestre de 2011)

Formas de Convivencia

Según los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda de 2001, el 34,5 % de todos los hogares tiene una persona de 60 años y más. La composición de los hogares se ha modificado, produciéndose un aumento de los hogares unipersonales: el 17,3% de los mayores de 60 años que vive en hogares familiares lo hace solo (de todos los hogares unipersonales, el 55% corresponde a personas mayores), el 26,8% en hogar nuclear completo de pareja sola; el 14,6% en hogar nuclear completo de pareja e hijos; el 6,3% en hogar nuclear incompleto; el 34,2% en hogar extendido y el 0,8% en hogar no familiar.

Entre las personas mayores que habitan hogares de una sola generación (todos adultos mayores) el 37,1% lo hace solo y el 62,8% habita en hogares con otros adultos mayores.

El 23% de las personas mayores pasa su día solo, en tanto que el 69% lo hace con algún familiar. A mayor edad, se pasa mayor cantidad de tiempo solo.

Redes de Apoyo

Los apoyos económicos (monetarios y/o en especie) que reciben los adultos mayores provienen especialmente de familiares, el 96,6% de las personas mayores cuenta con ellas, a medida que se avanza en edad las redes familiares externas disminuyen. De cualquier modo es importante señalar que muchos adultos mayores transfieren ingresos a sus grupos familiares. Esta situación no sólo se da en sectores medios, sino también en sectores populares en los que el aporte de los mayores es una parte sustantiva de los ingresos familiares.

Cuadro 16. Personas de 60 años que no cuentan con red familiar externa por sexo y grupos de edad. Aglomerado Metropolitano de Buenos Aires. Año 2002

No cuenta con red familiar externa/ Sexo	Grupos de edad			Total
	60-69	70-79	80 y más	
Mujeres	2,7%	2,1%	8,3%	3,3%
Varones	2,7%	3,6%	7,3%	3,5%

Total	2,7%	2,7%	8,0%	3,4%
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Fuente: Proyecto S.A.B.E. "Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe" OPS.BID.CENEP Enero 2002

La Inclusión Social a Partir del Trabajo Solidario

Según datos de la (ECV-2001, SIEMPRO-INDEC) el 8,9% de la población de mayores realiza tareas solidarias. Tres de cada diez mayores realizan tareas solidarias de manera personal, tres de cada diez lo hacen a través de grupos informales y cuatro de cada diez, a través de organizaciones. No se observan diferencias sustantivas por género, aunque los varones (43%) tienen mayor participación a través de organizaciones que las mujeres (39%)².

Existen diferencias por género relacionadas con la continuidad de las prácticas durante el transcurso de la vida: el 10,1% de las mujeres realiza trabajos solidarios en tanto que sólo lo hace el 7,2% de los varones. De la totalidad de personas mayores voluntarias uno de cada tres es varón y dos de cada tres son mujeres.

Cuadro 17. Distribución porcentual de la población de 60 y más años por realización de trabajo voluntario según sexo. Total del país. Año 2001

Realización de trabajo voluntario	Sexo		Total
	Varón	Mujer	
Si	34,9	65,1	100,0
No	43,6	56,4	100,0
Total	42,9	57,1	100,0

Fuente: Fassio A. (2008). *El trabajo voluntario como estrategia de inclusión social de las personas mayores*. First ISA Forum of Sociology: Barcelona.

El 9,4% de las personas entre 60 y 64 años es voluntaria, en tanto que lo es el 7,3% de los de 75 y más años. Entre los que realizan tareas solidarias ocho de cada diez son viejos jóvenes. Entre los que no realizan estas tareas el 75% es menor de 75 años.

Cuadro 18. Distribución porcentual de la población de 60 y más años por realización de trabajo voluntario según edad. Total del país. Año 2001

Realización de trabajo voluntario	Edad		Total
	60 a 74 años	75 años y más	
Si	79,5	20,5	100,0
No	74,7	25,3	100,0
Total	75,1	24,9	100,0

Fuente: Fassio A. (2008). *El trabajo voluntario como estrategia de inclusión social de las personas mayores*. First ISA Forum of Sociology: Barcelona.

Mujer y vejez, mujeres y vejeces

En todas las épocas, las mujeres han participado en la construcción de la historia de los Pueblos. Un claro ejemplo de ello son las mujeres del mercado de París, quienes participaron en la Revolución Francesa, la misma que generó la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789), en la que las mujeres no fueron incluidas, dando lugar a que la escritora, dramaturga, Olympe de Gouges (1790) escribiera una analogía que distribuyó como panfleto denominándolo "Los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana". Sin embargo, el trabajo de las mujeres ha sido invisible para la historia. Esto es debido a que en una sociedad patriarcal las relaciones de género son desventajosas para las mujeres, entendiendo **Relaciones de Género** a las diferentes posiciones de poder entre varones y mujeres en la jerarquía social. Es así que lamentablemente las mujeres son discriminadas y excluidas, poseen solo el 1% de la riqueza del mundo,



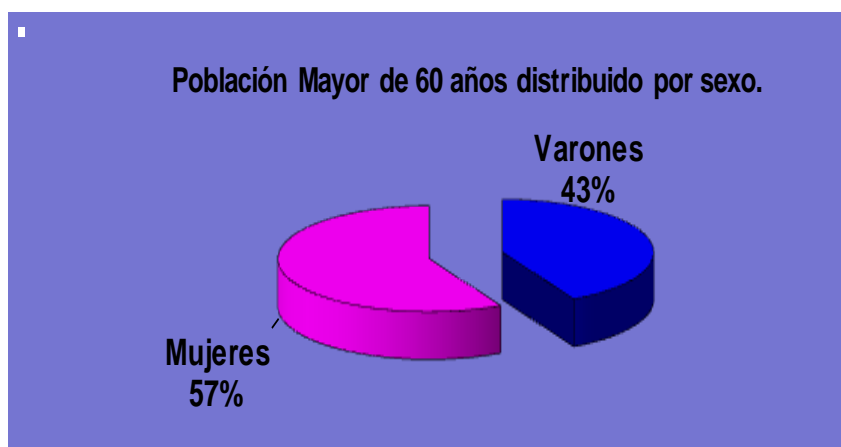
y 3 de cada 4 personas pobres en el mundo son mujeres (Ana Freixas. 1996).

El 65% de las mujeres en el mundo son analfabetas y cobran un 25% menos de salarios que los varones (Ana Freixas. 1996).



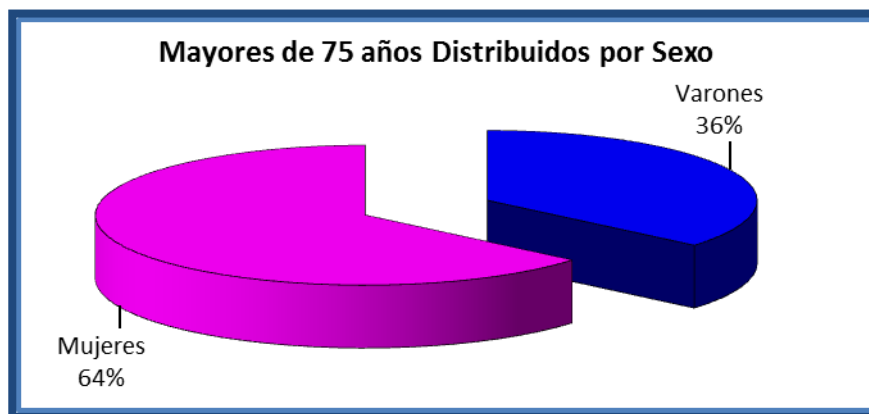
La feminización de la población de personas mayores es un problema mundial. En casi todos los países las mujeres viven más que los hombres y en algunos casos mucho más. En el 2007, había 328 millones de mujeres de 60 años y más, y 265 millones de hombres: 63 millones de mujeres más. La brecha se ensancha a medida que la población envejece.

La Argentina presenta una importante feminización de la población mayor



Fuente: INDEC, Censo 2010

La población femenina de edad avanzada experimenta a su vez un notable proceso de envejecimiento interno. En promedio en 2010 había tres por cada diez mujeres mayores latinoamericanas que tenían 75 años o más. En el Uruguay, el 40,6% de las mujeres de edad tenía 75 años o más por esa fecha, en la Argentina la cifra alcanzaba el 36%, en Cuba el 33,5% y en Chile el 32,1%. Le seguían El Salvador (31,6%), México (30,9%), Nicaragua (30,7%), Honduras (30,5%) y el Ecuador (30,5%) (Mujeres mayores Indicadores para América Latina y el Caribe, UNFPA- CEPAL).



Fuente: INDEC, Censo 2010

En la República Argentina a mitad del siglo pasado había 103 varones por cada 100 mujeres de edad. En la actualidad (2011) son 74 los varones por cada 100 mujeres de 60 años y sólo 55 los varones por cada 100 mujeres mayores de 75 años.

Existen diferencias significativas entre la esperanza de vida de los hombres y la de las mujeres. En las naciones desarrolladas las mujeres viven una media de entre 6 y 8 años más que los hombres. En la actualidad, la esperanza de vida de las mujeres

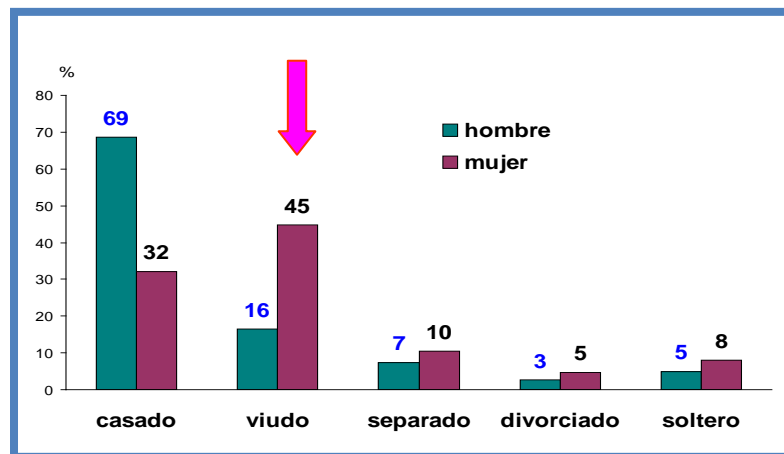
supera los 80 años en al menos 35 países desarrollados. Las mujeres presentan mayor expectativa de vida que los varones, pero lo hacen con mayor discapacidad, por ello los años de vida ganados no son siempre de mayor calidad de vida.



Fuente:
ENDI-2002-
2003

Las mujeres de edad tienen más probabilidades de quedarse viudas que los hombres y muchas esperan la viudez como una parte normal de su vida adulta. Los datos de las encuestas de hogares para 2008 muestran que en 8 de 16 países latinoamericanos más del 40% de la población femenina adulta mayor era viuda.

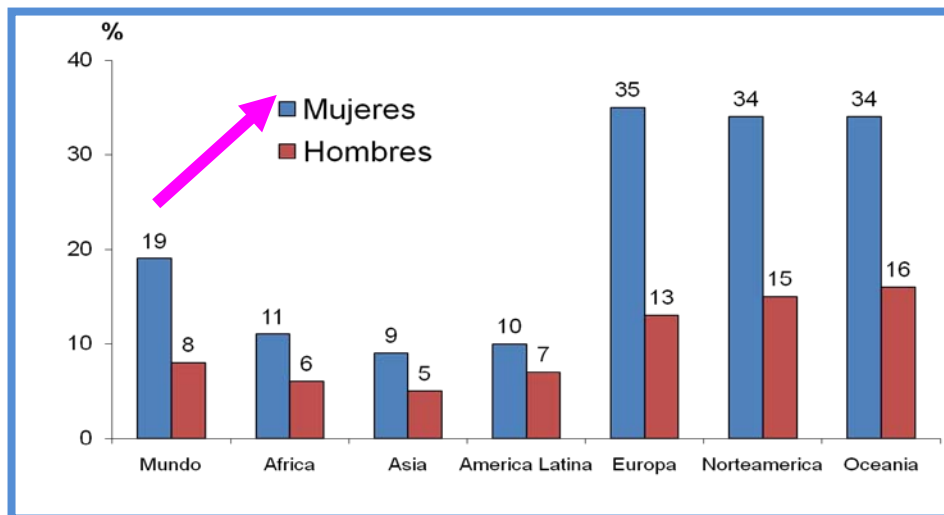
Encuesta SABE: Estado conyugal de los adultos mayores según el sexo-Argentina



¿Con quien viven las mujeres?

En Europa el 35% de las mujeres mayores vivían solas, mientras que en la región el 12% de ellas tenía esta forma de residencia.

Estudio Económico y Social Mundial 2007 El desarrollo en un mundo que envejece Naciones Unidas



En todo el mundo, en el año 2007 una de cada 7 personas mayores, vivían solas y esa relación ha aumentado en la mayoría de los países durante el último decenio

90 millones en total

¿Por qué viven solas las personas mayores?

Razones para vivir solos en mayores de 65 años en España, por sexos

	Total	mujeres	varones
Lo prefiere	36	39	24
Circunstancias	59	57	69
Le gustaría vivir con los hijos o la familia	5	4	7
Total	100	100	100

Fuente: Estudio
2279
CIS/IMSERSO-1998

Trabajo y Jubilación

En América Latina y el Caribe 15 de cada 100 mujeres mayores formaban parte de la población económicamente activa, en cambio, en Europa la cifra era de cinco por cada 100.

Bernard demuestra cómo en el mercado laboral la edad y el género van en detrimento de las mujeres. Comprobaron que la diferencia de salarios entre hombres y mujeres aumenta con la edad. Las mujeres tienen un techo de cristal y a más edad el techo se ve más cerca. Las mujeres a partir de los 35-40 años son consideradas trabajadoras mayores y ya no pueden ascender: **TECHO DE CRISTAL**.

Algunas características del trabajo de las mujeres son:

- ↳ La mayoría de las mujeres empleadas trabajan en oficios de baja categoría, poco remunerados que ofrecen pocas oportunidades de progreso y prosperidad.
- ↳ Estos trabajos dan lugar a pensiones reducidas o ninguna.
- ↳ En general el trabajo de las mujeres es de dedicación parcial.
- ↳ Los hombres que retrasan su jubilación lo hacen porque disfrutan con su trabajo mientras que las mujeres lo hacen por las bajas o pensiones.

Salud en las mujeres

Las principales causas de muerte y discapacidad en las mujeres senescentes son las enfermedades coronarias y el ACV, que provocan cerca del 60% de las defunciones de mujeres adultas. En los países en desarrollo la mitad de las muertes de mujeres mayores de 50 años se debe a estas enfermedades.

Principales Causas de Morbilidad y Mortalidad de las Mujeres Mayores en América Latina y el Caribe (en desarrollo)

Enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares
Cáncer (cervicouterino)
Enfermedades transmisibles (tuberculosis, neumonía)
Diabetes y problemas nutricionales (anemia, obesidad)
Enfermedades crónicas discapacitantes (artritis, osteoporosis)
Enfermedades múltiples, deficiencia sensorial (visión deficiente causada por cataratas)
Enfermedad mental (depresión, demencia)

Fuente: Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Género y el envejecimiento. OPS

El riesgo de una mujer de raza caucásica mayor de 50 años, con osteoporosis, de padecer una fractura se sitúa entre el 30% y el 40%. Este riesgo se multiplica por 20 al llegar a edades comprendidas entre los 60 y los 90 años.

Las mujeres tienen más enfermedades crónicas que los varones, por ello es muy importante pensar en políticas y programas con perspectiva de género, las mujeres en la vejez se quedan solas, con discapacidades, muchas veces sin ingresos y sin que nadie las cuide. Afortunadamente estas situaciones desfavorables pueden ser revertidas con políticas sociales.

Recomendamos para ampliar el punto:

Sara Arber y Jay Ginnres. *Relaciones entre género y envejecimiento enfoque sociológico, Reino Unido.*

Mónica Roqué (2010) "La vejez en las mujeres. Escenario actual y futuro". Congreso Nacional de Mujeres, Córdoba.

IMSERSO (2004) *Envejecer en femenino. Algunas características de las mujeres Mayores en España.*

UNFPA- ADIS-CEPAL (2010) *Mujeres mayores, Indicadores para América Latina y el Caribe*

II. 5. El impacto del envejecimiento poblacional en la familia

El proceso de envejecimiento poblacional imprime modificaciones en el seno de las familias y en las relaciones inter e intrageneracionales dentro de ellas.

Así es que surgen las llamadas familias "verticalizadas", en las que como consecuencia de la baja tasa de natalidad hay menos parientes laterales (hermanos, tíos, primos). Aumentan las relaciones intergeneracionales y disminuyen las intrageneracionales por falta o disminución de dichos miembros.



El aumento de la esperanza de vida produce la convivencia en el seno familiar de dos o más generaciones de viejos: **abuelos, bisabuelos** y hasta **tatarabuelos** y la probabilidad de ejercer el rol de abuelo prácticamente durante media vida.

Es notoria la sobrecarga que sufre la generación intermedia debido a la atención que debe brindar a sus propios hijos (todavía a cargo), al creciente número de mayores (a veces dependientes) y a sus propias tareas profesionales.

La estructura nuclear tradicional da lugar a otras formas de organización familiar: familias resultantes de nuevos matrimonios y monoparentales; desaparición progresiva de la familia extensa, reemplazada por familias nucleares con características de familia extensa modificada con proximidad geográfica.

El incremento del número de mujeres de edad mediana incorporadas al mercado de trabajo (el 50% de las mujeres entre 45 y 64 años³) produce una tendencia creciente a reducir la posibilidad de contar con las cuidadoras tradicionales (Bazo Royo, 2004; CEPAL- CELADE, 2000b: 148-153) de los mayores de la familia (propia y política).

Al aumentar el envejecimiento poblacional, aumenta el índice o relación de dependencia. El índice de dependencia es el indicador que vincula a la población en

³ En la jurisdicción más rica del país, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la proporción de mujeres de edad mediana económicamente activas alcanza al 61%.

edades potencialmente inactivas (menores de 15 años y personas de 60 años y más en el numerador) con la población en edades potencialmente activas (entre 15 y 59 años en el denominador). El índice de dependencia es un indicador muy valioso para medir los posibles efectos de los cambios demográficos en el desarrollo socioeconómico de una población. Existen tres indicadores de dependencia: 1) **la relación de dependencia joven**, que considera el número de jóvenes de 0 a 14 años con respecto al de personas entre 15 y 59 años; 2) **la relación de dependencia en edades avanzadas**, que considera el número de personas de 60 años y más con respecto al de personas entre 15 y 59 años; y 3) **la relación de dependencia total** que es la suma de ambas. La relación de dependencia se expresa en términos de números de jóvenes, de personas mayores o de ambos, por cada 100 personas entre 15 y 59 años. (CEPAL-CELADE, 2008)

El índice de dependencia potencial es la cantidad de personas mayores de 80 años respecto de los adultos de edad media.

II. 5. I. Bono Demográfico

Durante la transición demográfica existe un periodo en que la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación al número de personas en edades potencialmente inactivas. Es en este periodo que la relación de dependencia desciende a números muy bajos y se genera una situación muy favorable para el desarrollo, dado que aumenta las posibilidades de ahorro y de inversión en el crecimiento económico. A este periodo favorable se lo denomina “**Bono Demográfico**” o “**Ventana Demográfica de Oportunidades**” porque hace referencia a las oportunidades que este periodo ofrece para elevar las tasas de crecimiento económico *per cápita* y los niveles de bienestar de la población. Es aquí en donde los gobiernos deben tomar medidas macroeconómicas que incentiven la inversión productiva, aumenten las oportunidades de empleo y promuevan un ambiente social y económico, justo, equitativo, estable y propicio al logro de un desarrollo sostenido. El periodo del bono demográfico puede durar varias décadas (CEPAL-CELADE, 2008).

Recomendamos para ampliar el punto:

Bazo Royo, M.T. (2004). Sociedad y vejez: la familia y el trabajo. En R. Fernández-Ballesteros (Directora). *Gerontología Social*, (pp. 241-248). Madrid: Pirámide.

CEPAL-CELADE (2008) *Transformaciones demográficas y su Influencia en el desarrollo en América Latina y el Caribe.*

Cuadro II.3

Población total e indicadores de necesidad potencial de soporte funcional para la población adulta mayor por provincia. Año 2001

Provincia	Índice de dependencia potencial de padres (1)			Tasa de actividad económica de las mujeres de 45 a 64 años (2)	Porcentaje de población de 75 años y más viviendo en hogares integrados sólo por AM (3)
	Total	Varones	Mujeres		
Ciudad de Buenos Aires	27,8	18,1	35,1	61,4	65,7
Buenos Aires	15,9	10,8	20,5	51,0	54,3
Catamarca	14,6	11,4	17,8	42,4	29,1
Córdoba	15,9	10,7	20,5	50,5	52,1
Corrientes	13,5	10,2	16,6	39,5	32,9
Chaco	11,2	8,7	13,7	38,8	36,7
Chubut	10,6	7,5	13,8	50,5	47,9
Entre Ríos	16,3	10,8	21,6	42,3	49,1
Formosa	10,8	9,4	12,2	38,2	33,4
Jujuy	10,0	7,8	12,0	47,7	30,4
La Pampa	16,0	11,3	20,8	52,3	60,9
La Rioja	12,8	10,0	15,7	45,1	29,2
Mendoza	14,2	10,7	17,3	46,4	45,7
Misiones	10,4	8,3	12,5	40,5	39,9
Neuquén	9,4	6,6	12,1	51,7	39,4
Río Negro	11,4	8,4	14,4	51,4	48,0

Salta	11,3	9,1	13,4	47,5	28,5
San Juan	11,3	8,7	13,6	39,4	36,6
San Luís	12,8	9,1	16,4	51,2	43,4
Santa Cruz	7,4	5,4	9,7	50,7	43,2
Santa Fe	18,8	12,4	24,6	48,8	57,7
Santiago del Estero	14,6	11,4	17,8	37,5	27,7
Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur	4,1	3,0	5,3	54,7	29,0
Tucumán	12,5	9,5	15,4	41,7	34,3
Total país	16,2	11,1	20,9	49,6	52,2

Nota: (1) Población de 80 años y más sobre población de 50 a 64 años por cien. (2) Mujeres de 45 a 64 años activas sobre las mujeres de 45 a 64 años por cien. 3) Población de 75 años y más en hogares con (todos sus integrantes de 65 años o más sobre la población de 75 años y más por cien.

Fuente: INDEC (2004). Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001. Serie 5. Grupos Poblacionales. N  5.1. Adultos mayores: hogares y población. Cuadro 1.2.

II.6. Argentina. Evolución de la población mayor en el período 1975-2050

CEPAL CELADE (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 argentina era de 26 millones de habitantes, de los que cerca de 3 millones eran mayores de 60 años, lo que en términos porcentuales significaba el 11,41%. En el año 2010 la población de adultos mayores representaba ya el 14,3% de la población total.

Las estimaciones apuntan a que el peso de los adultos mayores seguir  creciendo a lo largo de este siglo a tal grado que para el 2050 un cuarto de la población argentina tendrá más de 60 años.

Cuadro II.4

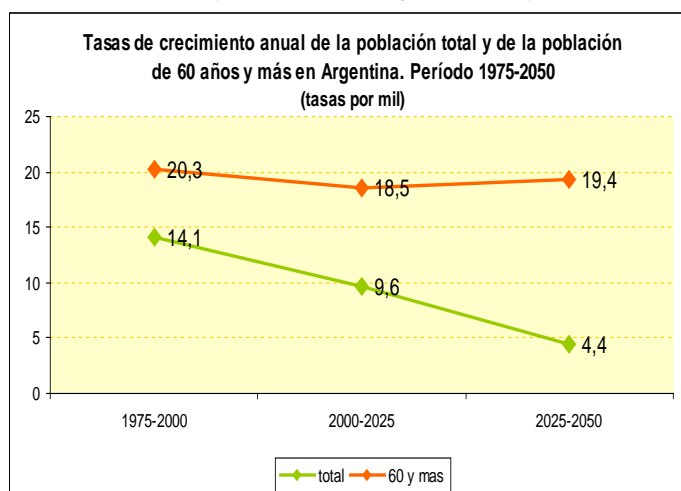
**Población total y Adultos Mayores en Argentina en 1975, 2000, 2025 y 2050
(miles de personas, a mitad del año)**

Años				
	1975	2000	2025	2050
POBLACIÓN TOTAL				
Total	26.049	36.785	45.732	50.604
Hombres	13.004	18.022	22.408	24.723
Mujeres	13.046	18.763	23.324	25.881
Hombres %	49,9	49,0	49,0	48,9
Mujeres %	50,1	51,0	51,0	51,1
PERSONAS DE 60 AÑOS Y MÁS				
Total	2.971	4.942	7.749	12.477
Hombres	1.369	2.099	3.289	5.464
Mujeres	1.602	2.843	4.462	7.014
Proporción s/ la población total %	11,4	13,4	16,9	24,7
Hombres %	46,1	42,5	42,4	43,8
Mujeres %	53,9	57,5	57,6	56,2

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.

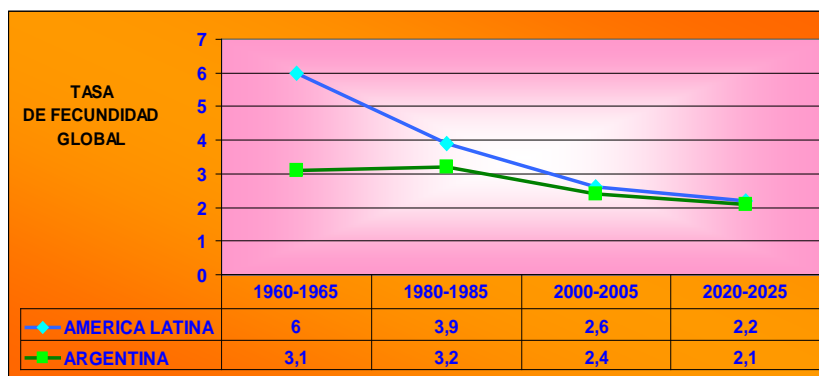
Junto a este aumento cuantitativo de la población mayor se aprecia un descenso en el crecimiento de la población total. Según la CEPAL, la tasa de crecimiento de la población argentina pasó del 14,1 por mil en el período 1975-2000 a

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.



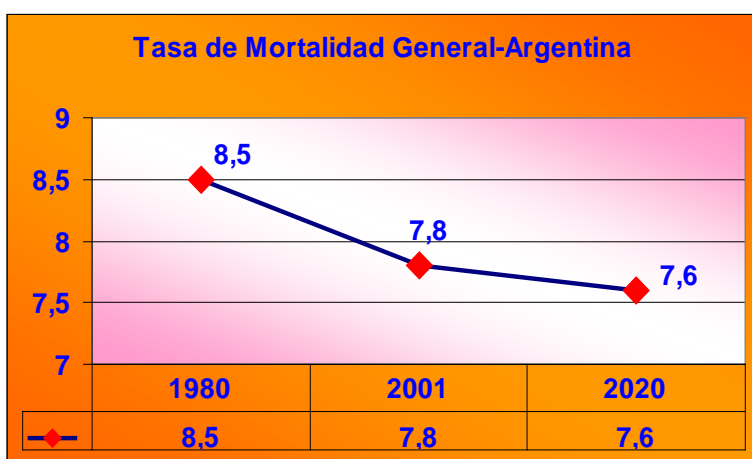
9,6 por mil en el 2000-2025 y se prevé que para el ciclo 2025-2050 sea del 4,4 por mil. Este descenso contrasta con el aumento que, por otro lado se observa por parte de la población de 60 años y más. Considerando el mismo período se advierte cómo la tasa de crecimiento de los adultos mayores evoluciona de manera ascendente hasta llegar a **cuadruplicar** los valores de crecimiento del conjunto poblacional. La tasa de crecimiento del grupo etario de 60 años y más se situaba en el lapso de 1975-2000 en el 20,3 por mil y para el 2025-2050 se calcula que podrá llegar al 19,04 por mil.

Son diversos factores los que determinan este cambio. El principal es, sin duda, el descenso de las tasas de fecundidad. El número de hijos por mujer ha ido descendiendo paulatinamente, pasando de



Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL

3,15 en el quinquenio 1970-1975 a 2,35 en el quinquenio 2000-2005. Se calcula que el número de hijos por mujer en el período 2020-2025 se situará en 2 y que en 2045-2050 esta cifra se reducirá a 1,85. La tasa bruta de natalidad, que era de 23,4 nacimientos por cada mil habitantes en el quinquenio 1970-75, había descendido a 19,7 nacimientos por cada mil habitantes en el quinquenio 2000-2005. Las previsiones para los quinquenios 2020-2025 y 2045-2050 son de 14,7 y 11,9 nacimientos por mil habitantes, respectivamente.



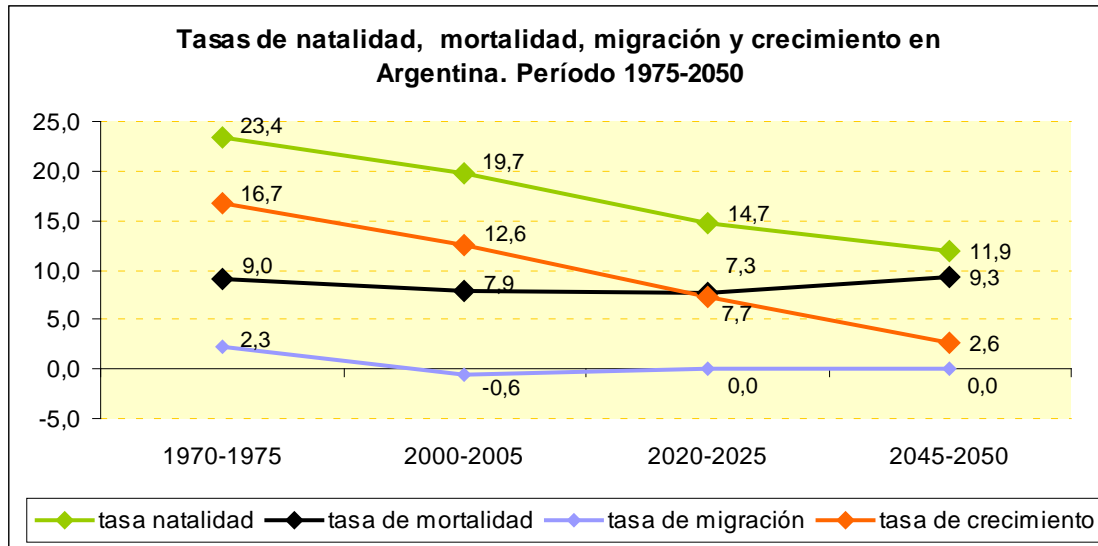
La tasa de mortalidad también ha descendido, pasando de 9,0 fallecimientos por mil habitantes en el quinquenio de 1970-1975, a 7,9 por mil en el quinquenio 2000-2005. Se prevé que descienda levemente hasta 2025 para

después volver a elevarse, debido al envejecimiento de la población.

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL

El saldo migratorio, que en el quinquenio 1970-75 era

positivo, había pasado a ser negativo en el período 2000-2005. Las previsiones de la CEPAL apuntan a un saldo migratorio prácticamente nulo en el futuro.



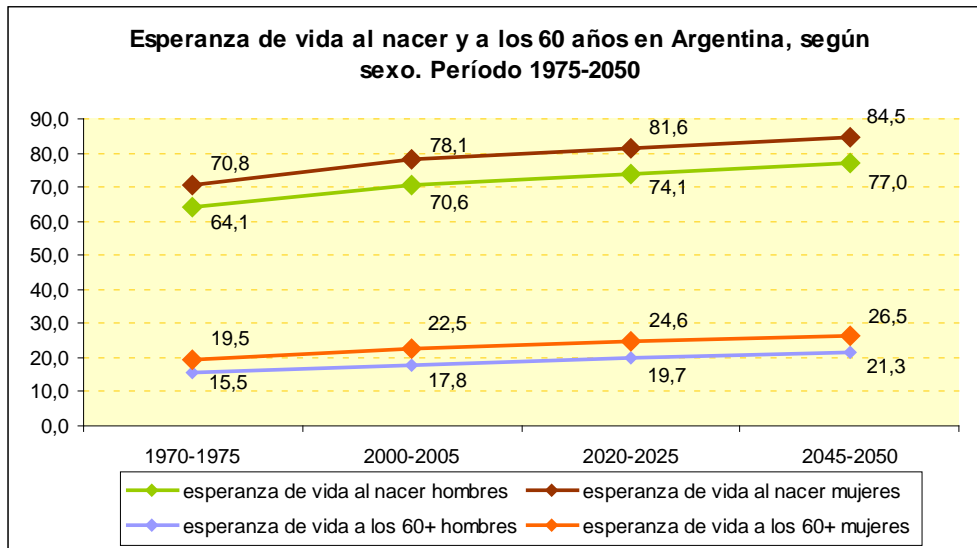
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL, *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050*. CELADE 2004.

La esperanza de vida al nacer ha pasado de los 67,3 años en el quinquenio 1970-1975 a los 74,3 años en período 1995-2000 y a 76 años en el 2010; y se calcula que esta esperanza vital se amplíe hasta los 80,7 años en el 2050. Al diferenciar por género, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es, en promedio, 7 años mayor que la de los varones. Así, en el quinquenio de 1970-1975, la esperanza de vida al nacer de los varones se situaba en los 64,1 años frente a los 70,8 de las mujeres.

Las perspectivas sobre esta variable siguen manteniendo estas divergencias entre hombres y mujeres: se calcula que en el 2050 la expectativa de vida al nacer será de **77 años** para los **varones** y de **84,5** para las **mujeres**.

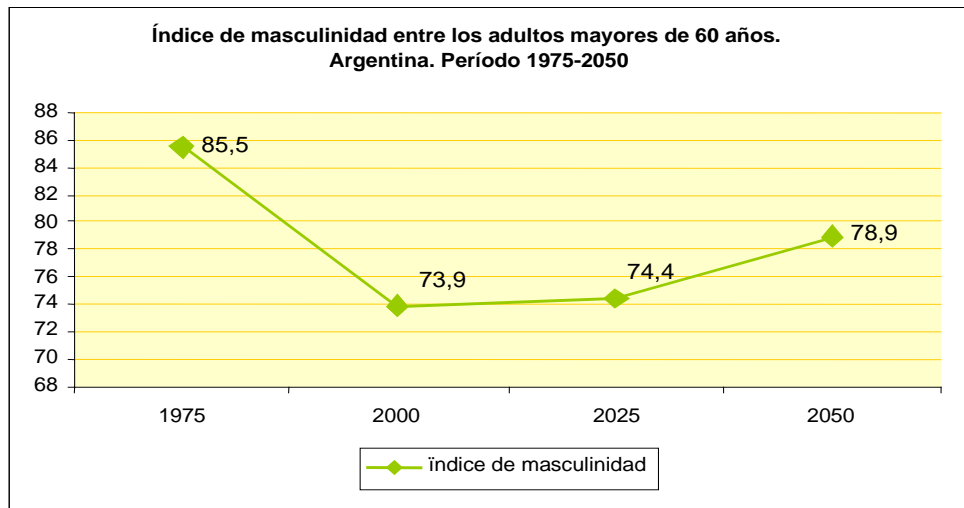
Por lo que se refiere al número de años que le restarían por vivir a una persona al cumplir los 60, para el quinquenio 1970-1975, los varones mantenían una expectativa vital de 15,5 años adicionales frente a los 19,5 de las mujeres. A mitad del

presente siglo, se estima que la esperanza de vida adicional a los 60 años será de 21,3 años para los varones y de 26,5 para las mujeres.



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.

Como consecuencia del diferencial en las expectativas de vida se ha incrementado el peso de las mujeres dentro de la población mayor. Según datos de la CEPAL, en el año 1975 el 54% de la población argentina de 60 años y más era mujer, mientras que para el 2000 esta proporción se situaba en el 57,5%. Las previsiones apuntan a que los índices de masculinidad de la población adulta mayor (número de hombres por cada 100 mujeres), que habían descendido desde 85,5 en 1975 hasta 73,9 en el año 2000, se incrementarán de forma muy ligera en el primer cuarto de siglo, para crecer después de forma algo más perceptible.



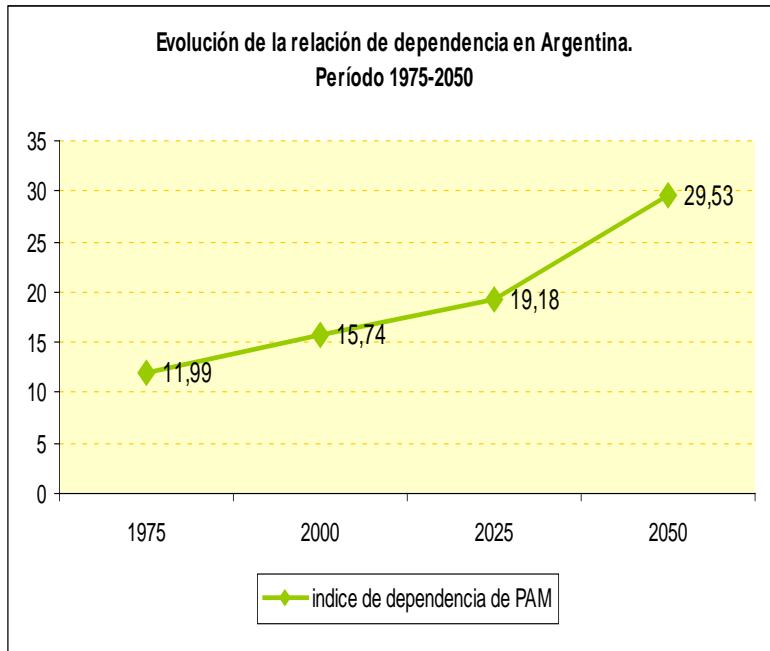
Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL. *Boletín Demográfico No. 72, América Latina y el Caribe: El envejecimiento de la población. 1950-2050.* CELADE, 2003.

Otro fenómeno derivado del incremento de las expectativas de vida es el aumento de la población más anciana, dando lugar a lo que se conoce como “**el envejecimiento del envejecimiento**”. Así, se observa una evolución creciente de la proporción de población argentina de 75 años y más, que en el año 1975 representaba el 2,3% de la población total y que se espera llegue hasta el 8,4% en el 2050.

Cuadro II.5
Población de 75 años y más en el período 1975-2050 (Miles de personas, a mitad del año y porcentajes)

	Años			
	1975	2000	2025	2050
Total	600	1397	2466	4265
% respecto a la población de 60 y más años	30,4	38,8	43,0	45,0
% respecto a la población total	2,3	3,8	5,4	8,4

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.



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

Fuente: CELADE. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de Población de la CEPAL

Este incremento en la población adulta mayor genera también un incremento en la relación de dependencia (proporción que suponen los adultos mayores respecto a la población económicamente activa). En efecto, la relación de dependencia en Argentina muestra un ritmo de crecimiento ascendente, que puede observarse en el gráfico.

Para ampliar este punto recomendamos:

CELADE-CEPAL (2004) *Boletín demográfico No. 73, América Latina y El Caribe: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050.*

Resumen de la Unidad II

El envejecimiento de las personas es inexorable y está relacionado con el paso del tiempo. En tanto que en las sociedades este proceso no es lineal, por el contrario, el incremento o disminución de la proporción de personas mayores en su seno se da a partir de tres fenómenos demográficos: las variaciones en la fecundidad, en la esperanza de vida y en las migraciones de la población.

Argentina es uno de los países más envejecidos de la región y transita conjuntamente con Uruguay y Chile la etapa de envejecimiento poblacional avanzado, puesto que el 14,3% de su población es mayor.

Así como la transición demográfica es diferencial en los países de América Latina, el proceso de envejecimiento poblacional también lo es hacia el interior de los países de la región. En el caso de nuestro país la jurisdicción más envejecida es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con un adulto mayor de cada cinco habitantes, y las más jóvenes son las provincias patagónicas.

La vejez es prioritariamente femenina y las mujeres sufren una múltiple discriminación al llegar a esta edad.

Las familias también se modifican; la tendencia es la disminución del número de miembros de la misma cohorte (hermanos, tíos, primos) y el incremento de miembros de distintas generaciones, proceso que denominamos “verticalización”, con implicancias en el incremento de las demandas de quienes necesitan cuidado y atención (niños y adultos mayores) y la sobrecarga de aquellos que cuidan, en particular las mujeres de edad mediana.

Actividad II.1

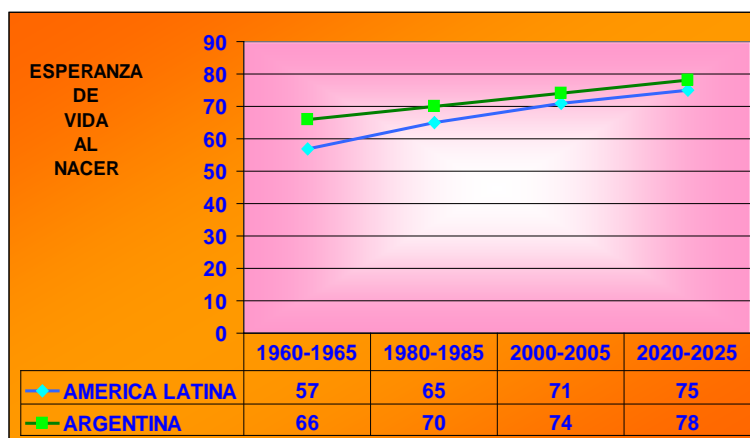


Llegamos al momento de hacer una revisión:

a) ¿Cómo ha evolucionado la tasa global de fecundidad en la Argentina y en América Latina?

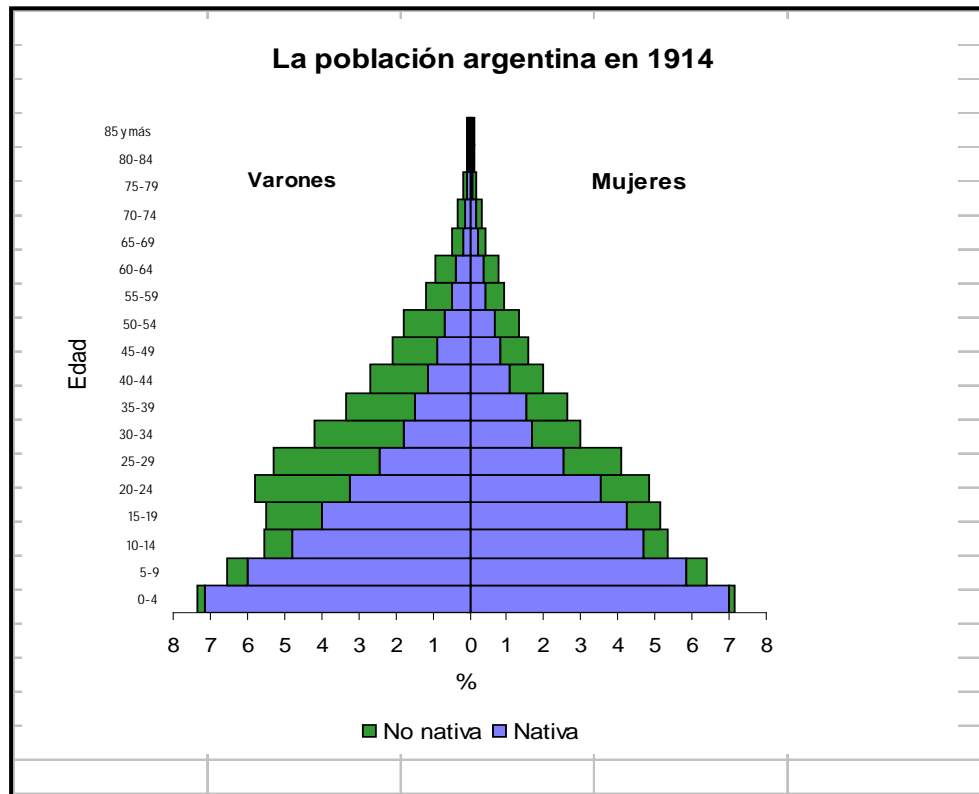
b) La esperanza de vida al nacer

Realice una lectura de la evolución de la esperanza de vida al nacer en la Argentina y luego compare con los datos de América Latina:

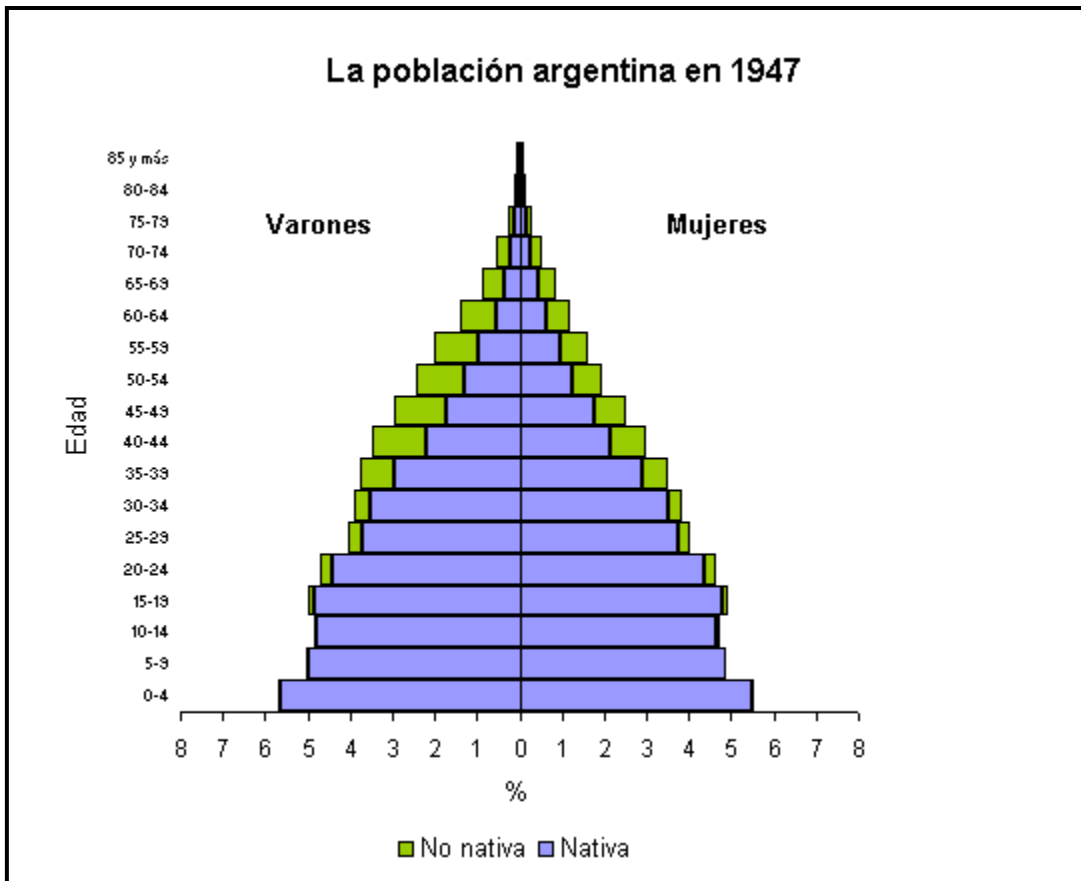


Actividad II.2

Compare las pirámides poblacionales correspondientes a los censos de 1914 y 1947 con la correspondiente al año 2001. Haga especial mención de la composición por género y por nacionalidad de la población argentina en esos años.



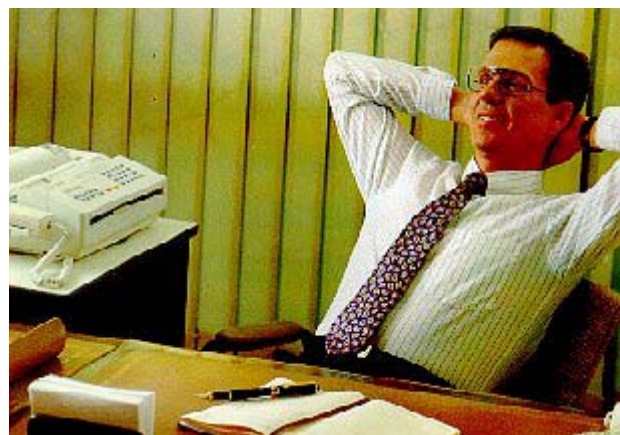
Fuente: Indec, Censo de población de 1914, Argentina



Fuente: Indec, Censo de Población 1947, Argentina.

¡¡Buen trabajo!!
Hemos recorrido
más de la mitad del
módulo.

Nos tomamos un
recreo antes del
último tramo



Unidad III. Niveles de vida y pobreza en la población de personas mayores

En esta unidad realizamos una breve descripción de las condiciones y calidad de vida de la población mayor de nuestro país (desarrollados conceptualmente en la unidad I). Los ejes son las condiciones de salud, trabajo y jubilación, de la vivienda y formas de convivencia, de participación y uso del tiempo libre por parte de los adultos mayores.

Hacemos especial mención de la pobreza y su evolución reciente en nuestro país y analizamos críticamente las metodologías utilizadas para su medición en la población de edad.

La salud de los adultos mayores: Cobertura del sistema de salud

Argentina cuenta con un sistema de salud público y universal, al que todos los habitantes del país tienen derecho a acceder. Además de esta cobertura universal existen las obras sociales y prepagas que suponen servicios específicos para la población mayor. Bajo estas modalidades más del 88,9% de la población adulta mayor está cubierta. A medida que avanza la edad la cobertura en salud es mayor (Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010).

Entre la población consultante al médico en el sector público las personas de 65 años y más representan algo más de la tercera parte de la población total, y la mitad de quienes se atienden en hospitales públicos. El número de consultas mensuales al médico es mayor entre la población de 65 años y más que para la población de menor edad (1,78 para la población total y 2,05 para las personas mayores).

En el siguiente cuadro se observa la población de 60 años y más, según cobertura de salud. Entre la población que se encuentra cubierta por algún tipo de cobertura de salud, encontramos los que poseen una obra social con el 78,4% (72,2 varones y 83,1 mujeres), mientras que el 5,6 % posee prepagas a través de otras obras sociales (6,6 varones y 4,8 mujeres). El 4,9% posee prepaga sólo por contratación voluntaria (5,5 varones y 4,4 mujeres), en tanto que el 1,2% se encuentra cubierto por programas y planes estatales de salud (1,3 varones y 1,3 mujeres). Luego se observa la población sin cobertura de salud a través de las obras sociales con un

9,9%, entre los que el 14,4% son varones y el 6,5% son mujeres. Las personas puedan acudir al sistema universal de salud público y gratuito.

Cuadro 8. Población 60 y más años en viviendas particulares por tipo de cobertura de salud, según sexo y grupo de edad. Año 2010. Total del país.

Sexo y grupo de edad	Población en viviendas particulares	Tipo de cobertura de salud								No tiene obra social, prepaga o plan estatal	%
		Obra Social (¹)	%	Prepaga a través de obra social	%	Prepaga sólo por contratación voluntaria	%	Programas y planes estatales de salud	%		
60-64	1.607.139	977.177	60,8	138.632	8,6	108.985	6,8	29.253	1,8	353.092	22,0
65-69	1.273.386	1.032.993	81,1	66.726	5,2	61.396	4,8	13.463	1,1	98.808	7,8
70-74	999.265	866.650	86,7	42.436	4,2	39.911	4,0	8.743	0,9	41.525	4,2
75-79	775.667	679.644	87,6	30.362	3,9	27.802	3,6	7.822	1,0	30.037	3,9
80 y más	930.714	823.957	88,5	33.902	3,6	35.628	3,8	8.947	1,0	28.280	3,0
Total	5.586.171	4.380.421	78,4	312.058	5,6	273.722	4,9	68.228	1,2	551.742	9,9
Varones											
60-64	751.875	364.614	48,5	79.135	10,5	60.351	8,0	14.572	1,9	233.203	31,0
65-69	580.090	443.071	76,4	34.613	6,0	30.026	5,2	6.355	1,1	66.025	11,4
70-74	431.601	370.347	85,8	19.214	4,5	17.610	4,1	3.521	0,8	20.909	4,8
75-79	310.402	270.042	87,0	12.641	4,1	11.572	3,7	2.854	0,9	13.293	4,3
80 y más	309.946	271.949	87,7	12.261	4,0	12.693	4,1	2.935	0,9	10.108	3,3
Total varones	2.383.914	1.720.023	72,2	157.864	6,6	132.252	5,5	30.237	1,3	343.538	14,4
Mujeres											
60-64	855.264	612.563	71,6	59.497	7,0	48.634	5,7	14.681	1,7	119.889	14,0
65-69	693.296	589.922	85,1	32.113	4,6	31.370	4,5	7.108	1,0	32.783	4,7
70-74	567.664	496.303	87,4	23.222	4,1	22.301	3,9	5.222	0,9	20.616	3,6
75-79	465.265	409.602	88,0	17.721	3,8	16.230	3,5	4.968	1,1	16.744	3,6
80 y más	620.768	552.008	88,9	21.641	3,5	22.935	3,7	6.012	1,0	18.172	2,9
Total Mujeres	3.202.257	2.660.398	83,1	154.194	4,8	141.470	4,4	37.991	1,2	208.204	6,5

(¹) Incluy PAMI.

Nota: se incluye a las personas viviendo en situación de calle.

Fuente: Elaboración propia según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

Causas de mortalidad de la población adulta mayor

La transición demográfica implica una transición epidemiológica desde las enfermedades infecciosas a las enfermedades no transmisibles (ENT). La primera causa de muerte de la población de 60 años y más son las enfermedades del sistema circulatorio, que impacta sobre una tercera parte de las defunciones de los adultos mayores, con una incidencia algo mayor entre las mujeres, le siguen los tumores, las enfermedades del sistema respiratorio, las infecciosas y parasitarias y la diabetes.



Cuadro 9. Personas de 60 años y más por sexo, según principales causas de mortalidad. Total del país. Año 2009

Grupos de Causas	Población de 60 años y más		
	Total	Varones	Mujeres
Enfermedades del sistema circulatorio	33.9	32.4	35.3
Tumores	19.5	21.4	17.7
Enfermedades del sistema respiratorio	16.5	16.5	16.5
Enfermedades infecciosas y parasitarias	4.2	3.8	4.5
Diabetes Mellitus	2.8	2.8	2.8
Otras causas	23.1	23.0	23.2
Total	100.0	100.0	100.0

Fuente. Ministerio de Salud. Dirección de Estadísticas e Información (2009).

Factores de riesgo de la salud de los adultos mayores

Una tercera parte de las personas mayores han consumido tabaco en el curso de sus vidas. Los varones que han consumido tabaco en su vida prácticamente triplican a las mujeres y las duplican en el consumo actual.

Cuadro N° 10: Factores de riesgo en adultos mayores

Consumo de tabaco	Varón	Mujer	Total
Fumador	18,3%	9,7%	13,4%
Ex fumador	44,0%	16,3%	28,4%
No fumador	37,7%	74,0%	58,2%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INDEC – Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2009.

Nota: Prevalencia de vida: proporción de personas de 60 años y más que fumó cigarrillos alguna vez en su vida respecto del total de personas del mismo grupo etario. Prevalencia de consumo actual: proporción de personas de 60 años y más que fuman todos o algunos días en la actualidad y que a lo largo de su vida han fumado al menos 100 cigarrillos respecto del total de personas del mismo grupo etario. Prevalencia de ex consumo: proporción de personas de 60 años y más que alguna vez en su vida fumaron al menos 100 cigarrillos y no fuman actualmente respecto del total de personas del mismo grupo etario.

Uno de cada diez adultos mayores (11, 4%) consume regularmente alcohol, la proporción de varones que lo hace duplica a la de las mujeres (15,3% y 8,3% respectivamente), mientras que el riesgo asociado a una ingesta de 5 o más tragos por día afecta a un 3% de la población mayor de 60 años, que casi en su mayoría son adultos mayores varones (Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2005).

Percepción del estado de salud

La percepción del estado de salud es un indicador aproximado del estado de salud de las personas mayores. Seis de cada diez mayores percibe su salud como

buena. Esta percepción es diferencial por sexo: el 49,2% de los varones y el 45,7 % de las mujeres la considera regular o mala.

Cuadro 11. Personas de 60 años y más, percepción del estado de salud general. Total del país. Año 2009

Autopercepción de la salud	Varón	Mujer	Total
Excelente	4,9%	3,8%	4,3%
Muy buena	13,0%	12,3%	12,6%
Buena	49,2%	45,7%	47,2%
Regular	29,2%	32,7%	31,2%
Mala	3,6%	5,5%	4,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INDEC – Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. 2009.

Discapacidad de los adultos mayores

Entre la población de las personas mayores la tendencia es la siguiente: a mayor edad mayor prevalencia de la discapacidad. Así, mientras que el 37,3% de las personas mayores tienen alguna discapacidad, este porcentaje alcanza al 64% de los varones y al 60% de las mujeres de 90 a 94 años. (CENSO 2010)

Cuadro N° 12: Personas mayores de 60 años con Discapacidad

Edad	población Total	Población con dificultad o limitación permanente ⁽¹⁾	Prevalencia ⁽²⁾ de la dificultad o limitación permanente
60-64	1.607.139	452.660	28,2
65-69	1.273.386	399.423	31,4
70-74	999.265	367.187	36,7
75-79	775.667	337.980	43,6
80 y más	930.714	524.628	56,4
Total	5.586.171	2.081.878	37%

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Nota: Incluye a las personas que cuentan con certificado de discapacidad y aquellas que no lo poseen pero declaran tener alguna/s dificultad/es o limitación/es permanente/s para ver, oír, moverse, entender o aprender.

Prevalencia: corresponde al total de población con dificultad o limitación permanente dividido en el total de población que reside en viviendas particulares por cien.

Cuadro N° 13: Tipo de Discapacidad

Edad	Población en viviendas particulares con dificultad o limitación permanente por tipo ⁽¹⁾ ⁽²⁾				
	Visual	Auditiva	Motora		Cognitiva
			Superior	Inferior	
60-64					
65-69	266.976	79.483	73.454	184.552	38.678
70-74	229.502	86.351	74.163	192.160	40.906
75-79	199.491	94.666	74.983	198.562	44.079
80 y más	285.240	198.621	138.486	357.564	91.156
Total	981.209	459.121	361.086	932.838	214.819

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

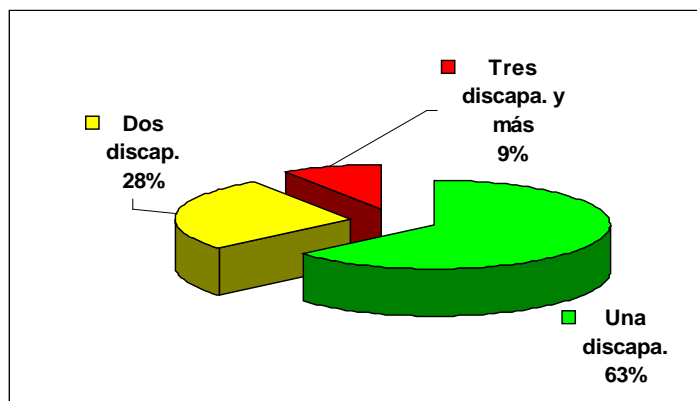
Cuadro N° 14: Prevalencia según tipo de Discapacidad

Mayores de 60 años con dificultad o limitación					
	Visual	Auditiva	Motora		Cognitiva
			Superior	Inferior	
Prevalencia	33,3	15,6	12,2	31,6	7,3

Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010.

Casi una cada de diez personas de 65 y más años tiene tres o más discapacidades, tres de cada diez, dos, y seis de cada diez, solo una. La regiones Patagónica y NOA presentan una prevalencia de presencia de tres o más discapacidades mayor que la media nacional, NEA, Cuyo y Pampeana alcanzan prácticamente los mismos valores que la media nacional y la Región del Gran Buenos Aires menor a la media.

Personas de 65 años y más con una o más discapacidades. Distribución porcentual por tipo de discapacidad. Año 2003



Fuente: INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001.

El estudio SABE realizó una aproximación a la determinación de la expectativa de vida sin discapacidad tomando como base las tasas de invalidez estimadas a la tabla de mortalidad en general. La esperanza de vida sin discapacidad invalidante es diferencial según sexo y es de 15,55 años para los varones y de 17,23 años para las mujeres a los 60 años.

Cuadro 15. Personas de 60 años y más. Esperanza de vida total y saludable por sexo. Total del país. Año 2000-2005

Esperanza de vida total y saludable						
Edad	Varones			Mujeres		
	Expectativa de vida en años			Expectativa de vida en años		
	Saludable	Inválido	Total	Saludable	Inválido	Total
60	15,55	2,27	17,82	17,23	5,30	22,53
65	12,27	2,19	14,46	13,44	4,98	18,42
70	9,32	2,08	11,38	9,99	4,56	14,55
75	7,29	1,35	8,64	6,61	4,42	11,02
80	4,78	1,43	6,22	4,00	3,96	7,97

Fuente: Encuesta SABE (2002). OPS-BID-CENEP. Tabla 3. (Pág. 204 y 205)

Actividad III.1.



Para hacer una revisión de estos puntos le proponemos hacer unos ejercicios:

Marque con una cruz la opción correcta y fundamente

Proposición	Verdadero	Falso	Justificación de la elección
1. Las personas mayores disponen, en su gran mayoría, de cobertura de obra social.			
La primera causa de muerte son las insuficiencias cardíacas en la población adulta mayor.			
La prevalencia de la discapacidad no tiene correlación con la edad.			
A medida que pasan los años aumenta la probabilidad de tener			

Proposición	Verdadero	Falso	Justificación de la elección
<i>mayor número de discapacidades.</i>			
<i>La probabilidad de una expectativa de vida con discapacidad se da más en los varones que en las mujeres mayores.</i>			

III.2: Situación económica y pobreza

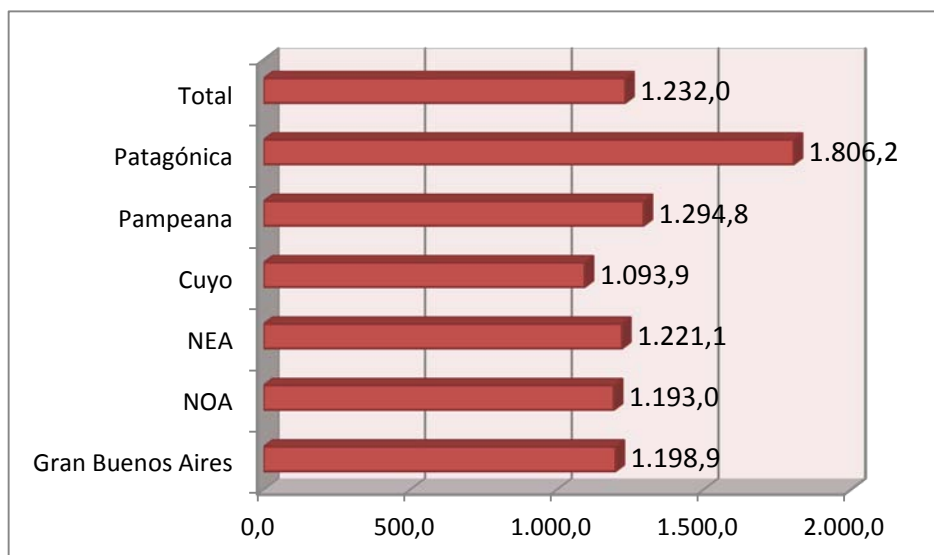
III.2.1. Cobertura de jubilaciones y pensiones

El 95% de la población de 65 y más años percibe una jubilación o pensión (88,3% de las mujeres mayores de 60 años y el 89,7% de los hombres mayores de 65 años) accede actualmente a la jubilación del régimen contributivo, dada la flexibilización en el acceso al régimen previsional a partir de haber alcanzado la edad jubilatoria, de acuerdo con las moratorias implementadas a partir de 2005.

Del año 2003 la jubilación mínima subió casi el 1000 %; y el haber medio de la jubilación casi el 300 %. En el año 2005, cuando se decidió el sistema de moratoria, solamente el 55 % de los argentinos en edad de jubilarse estaba con protección de jubilación o de previsión, en tanto que hoy el 95% de las personas mayores en edad de jubilarse están cubiertas por el sistema previsional. En ese plazo de tiempo fueron incorporadas más de 2.500.000 mayores de 60 años. Esta situación llevó a la disminución de la demanda de pensiones no contributivas a la vejez y al pasaje de quienes las percibían al régimen contributivo (ver cuadro 3)

El monto promedio percibido por jubilaciones o pensiones en 2011 alcanzó a 1.232 pesos para todo el país, en las regiones Patagónica y Pampeana se supera esta media.

Media del monto percibido por jubilación o pensión en pesos por región. Cuarto Trimestre de 2011.



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC (cuarto trimestre de 2011)

El cuadro siguiente describe la situación de los adultos mayores perceptores de jubilación y/o pensión por tipo de beneficio. El 70,7% de los mayores de 65 años percibe como único beneficio una jubilación (90, 5% de los varones mayores de 65 años y 60,5% mujeres de 60 años y más). El 20,5% de las mujeres percibe dos beneficios (jubilación y pensión), mientras que sólo el 4,6 % de los hombres los percibe.

Cuadro 3. Población 60 años y más en viviendas particulares que percibe jubilación y/o pensión por tipo de beneficio del Sistema de Jubilación Nacional, según sexo y grupo de edad. Total del país. Año 2010

Sexo y grupo de edad	Población en viviendas particulares que percibe jubilación y/o pensión	Tipo de beneficio del Sistema de Jubilación Nacional							
		Sólo jubilación	%	Sólo pensión por fallecimiento del titular	%	Jubilación y pensión	%	Sólo pensión no contributiva asistencial o graciable	%
65-69	1.092.918	886.024	81,1	54.134	5,0	95.908	8,8	56.852	5,2
70-74	950.036	725.392	76,4	55.812	5,9	127.218	13,4	41.614	4,4
75-79	747.858	503.213	67,3	60.401	8,1	142.559	19,1	41.685	5,6
80 y más	909.401	500.625	55,0	112.817	12,4	248.132	27,3	47.827	5,3

Gerontología Comunitaria e Institucional

Total	3.700.213	2.615.254	70,7	283.164	7,7	613.817	16,6	187.978	5,1
Varones									
65-69	454.690	419.192	92,2	5.682	1,2	10.505	2,3	19.311	4,2
70-74	407.322	377.702	92,7	3.707	0,9	14.452	3,5	11.461	2,8
75-79	298.777	267.388	89,5	3.576	1,2	15.766	5,3	12.047	4,0
80 y más	303.435	260.211	85,8	4.925	1,6	27.056	8,9	11.243	3,7
Total Varones	1.464.224	1.324.493	90,5	17.890	1,2	67.779	4,6	54.062	3,7
Mujeres									
60-64	591.139	419.944	71,0	71.100	12,0	33.490	5,7	66.605	11,3
65-69	638.228	466.832	73,1	48.452	7,6	85.403	13,4	37.541	5,9
70-74	542.714	347.690	64,1	52.105	9,6	112.766	20,8	30.153	5,6
75-79	449.081	235.825	52,5	56.825	12,7	126.793	28,2	29.638	6,6
80 y más	605.966	240.414	39,7	107.892	17,8	221.076	36,5	36.584	6,0
Total Mujeres	2.827.128	1.710.705	60,5	336.374	11,9	579.528	20,5	200.521	7,1

Fuente: Elaboración propia según datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010

Bibliografía recomendada para ampliar los puntos siguientes:

Fassio (2005). La población de adultos mayores institucionalizados según los datos censales. En L. Golpe y C. Arias (editoras). *Cultura Institucional y Estrategias Gerontológicas* (pp.41-44). Mar del Plata: Suárez. INDEC (2004a). *Adultos mayores: hogares y población*. Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001. Serie 5. Grupos Poblacionales. Nº 5.1. Buenos Aires

OISS, IMSERSO, Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina y otros (2007). *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico*

III.2.2. Pobreza en los adultos mayores

III.2.2.1. El concepto de pobreza y su medición

La problemática de la pobreza ha sido objeto de estudio creciente en la Argentina durante las tres últimas décadas. La producción de información se ha centrado, principalmente en su magnitud, intensidad y/o evolución, en distintos períodos de tiempo, así como en las posibles “causas” de su crecimiento o disminución.

Para estudiar la pobreza es necesario conceptualizarla y a partir de ello construir indicadores que permitan medirla.

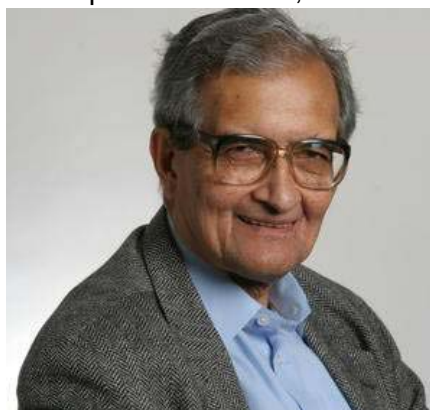
Existen diferentes aproximaciones teóricas a la noción de pobreza, así como distintos abordajes metodológicos para su identificación. Las estimaciones en torno a la magnitud de la pobreza en un mismo país variarán, pues, según la definición conceptual de pobreza que supongan, del método de selección de los pobres que se haya aplicado, del tipo de fuentes de datos que se utilice y, por último, de las decisiones metodológicas que se hayan tomado para el tratamiento de la información.

La definición del concepto de pobreza es, sin duda, problemática. Se ha conceptualizado a la pobreza desde distintos enfoques. Uno de ellos es el que identifica al pobre con el marginado social, aquel que está fuera del sistema productivo. Otra de las perspectivas define a la pobreza como una condición de dificultad para satisfacer un núcleo de necesidades consideradas como básicas. Un tercer punto de vista considera que los pobres son aquellos que tienen bajos ingresos. Una cuarta, entiende la pobreza real como la privación de capacidades, trasladando el debate sobre la pobreza desde los medios (rentas) a los fines (capacidades) (Sen, 2000).

En este sentido hay una diferencia fundamental entre la falta de ingresos y la privación de capacidades básicas.

Si bien la falta de renta priva el desarrollo de capacidades, existen otros factores que influyen en la pobreza real, más allá de la falta de ingresos.

Esta relación instrumental entre pobreza e ingresos varía de una comunidad a otra y entre personas pertenecientes a diversos grupos, ya que depende de diversos factores como la edad, sexo, roles sociales asignados, características del medio ambiente, etc. Por otro lado, desventajas tales como discapacidad o edad, aumentan las dificultades de las personas para acceder a una renta y convertir esa renta en capacidad. Además es necesario tener en cuenta la distribución de la renta familiar en el seno de un hogar (generalmente en detrimento de los adultos mayores y en beneficio de los niños). Finalmente Amartya Sen (2000) resalta que la privación relativa respecto de la renta puede implicar privaciones absolutas respecto de las capacidades, por ejemplo, en función de participar en la vida de una comunidad en un país desarrollado es necesario disponer de determinados bienes de consumo durables que permitan integrarse a esa sociedad (auto, televisor, PC, etc.).



Una perspectiva considera a la pobreza como una noción relativa, en el sentido de que varía las características de la sociedad y el momento histórico de que se trate. Las necesidades y sus satisfactores variarán de sociedad en sociedad. Otra perspectiva considera a la pobreza como una noción absoluta. Afirma que el núcleo de necesidades es limitado y tiene carácter universal (válido para cualquier sociedad y época).

Una tercera posición, que intenta acercar estos enfoques (Sen, 1992, 2000), sostiene que es necesario distinguir la esfera de las necesidades respecto de la de los satisfactores (bienes y servicios que permiten cubrirlas). En el caso del concepto de necesidad, este autor considera que éstas deben ser tomadas como absolutas, en tanto que sus respectivos satisfactores deben ser tomados como relativos variando en función del tiempo y el espacio considerado.

En relación a las perspectivas metodológicas utilizadas, estos estudios han aplicado -en forma complementaria o exclusiva- dos enfoques para la identificación de los hogares y de las personas pobres:

A - el de la determinación de la satisfacción de un núcleo de **necesidades consideradas básicas (NBI)**, método directo.

B - el de **la línea de pobreza (LP)** método indirecto.

III.2.2.2. El cálculo de la línea de pobreza

Con el primer método (NBI) se identifican como pobres a aquellos hogares y personas que no acceden a un conjunto de bienes o servicios (tales como vivienda adecuada, condiciones sanitarias convenientes, etc.), mientras que en el caso del método indirecto (LP) se trata de establecer, a partir de los ingresos de los hogares, si estos tienen la capacidad de satisfacer -a través de la compra de bienes y servicios- un conjunto de necesidades esenciales (alimentarias y no alimentarias).

Las críticas (Fassio, 1997) más importantes que se le hacen al método de la línea de pobreza se refieren a:

a) el carácter arbitrario de la composición de la canasta no alimentaria. El mismo está dado por el sesgo fuertemente alimentario.

La canasta alimentaria parte del supuesto de necesidades diferenciales nutricionales de los miembros del hogar según sexo y edad, tomando como valor base los requerimientos del varón adulto equivalente (30-59 años). De esta forma, a los distintos integrantes del hogar les corresponde un coeficiente que expresa la relación existente entre sus necesidades y las del varón adulto equivalente. Para el cálculo de la canasta no alimentaria se utiliza este mismo valor, asumiéndose así que la ponderación de las necesidades no alimentarias de los miembros del hogar es la misma que en el caso de las alimentarias. De esta forma se considera que si una mujer de 60 años necesita el 64% de kilocalorías que un varón de 30 a 59 años también necesitará un 64% del dinero que un adulto requiere en educación, vestimenta, transporte, etc.

b) el supuesto de que los consumidores son eficientes optimizadores;

c) la utilización del ingreso corriente en lugar del ingreso permanente, es decir, que toma en cuenta solamente los ingresos monetarios de los hogares, no considerando como parte de los ingresos de un hogar los servicios provistos gratuitamente por el Estado -educación- ni la inversión privada requerida para satisfacer las necesidades- principalmente la vivienda.

d) por otro lado no se toma en cuenta la composición diferencial de la canasta básica según la composición del hogar. Por ejemplo, en un hogar con niños en edad escolar la proporción del gasto en educación será mayor que en un hogar compuesto sólo por adultos. En tanto que un hogar compuesto solamente por adultos mayores tendría un mayor porcentaje de su canasta destinado a los gastos en salud y en ayudas para la resolución de las actividades de la vida cotidiana que un hogar sin mayores.

III.2.2.3.El método de las Necesidades Básicas Insatisfechas

El método de las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) selecciona del conjunto posible de necesidades (tales como las nutricionales, las de resguardo y seguridad, las de vestimenta, las de transporte, las de recreación, etc.) un grupo vinculado principalmente a la satisfacción de requerimientos de vivienda y de educación. La pregunta obligada sería: por qué el método NBI sólo toma en cuenta estas dos dimensiones cuando el abanico de bienes y servicios básicos que conceptualmente incluye es mucho más amplio (abarcando necesidades de índole psicológica, política, etc.). En este sentido se han tomado indicadores que son accesibles en función de la información disponible.

Este método permite evaluar la dimensión más estructural y de largo plazo de la pobreza: aquella vinculada fundamentalmente con las dimensiones sanitarias y habitacionales de las viviendas de los hogares.

Sin duda, estos aspectos están íntimamente vinculados con políticas públicas o emprendimientos privados de mediano y largo plazo que no pueden mejorar o empeorar en el corto plazo. Por todo ello, este método es incapaz de reflejar las variaciones coyunturales en el bienestar de los hogares vinculadas con sus niveles de ingreso.

Este enfoque es central para el establecimiento de prioridades, el diseño, seguimiento y evaluación de políticas sociales, dado que permite identificar situaciones e intensidad de carencias con una excelente cobertura geográfica y alto nivel de desagregación (este método utiliza con frecuencia datos censales).

En nuestro país se consideran como necesidades básicas de un hogar:

- ↳ que no habiten más de tres miembros por cuarto de uso exclusivo,
- ↳ que tengan baño o retrete,
- ↳ que cuenten con una vivienda construida con materiales adecuados y,
- ↳ que, en caso de que tengan niños en edad escolar, éstos accedan a la educación primaria.

A estas necesidades se le suma una última, de índole completamente diferente, que los hogares tengan la capacidad potencial de acceder a ingresos adecuados para la satisfacción de las restantes necesidades.

Si bien este indicador no es apropiado para observar la satisfacción directa de algún bien o servicio, permite apreciar la presencia de características que están asociadas con bajos niveles de ingresos. Por lo tanto, se considera que un hogar con

jefe con bajo nivel educativo y con una alta tasa de dependencia entre los miembros no ocupados y los ocupados (más de tres miembros no ocupados por miembro ocupado) es pobre por NBI.

Las limitaciones más importantes de este enfoque son:

a) el número de pobres identificados no resulta independiente del número de indicadores seleccionados (si se hubiesen elegido otros indicadores o un número diferente la proporción de hogares que cumplieran con alguna de esas características variaría);

b) al incorporarse sólo indicadores que captan situaciones extremas de carencia no permite identificar grados diferentes de necesidades (así por ejemplo, no permite apreciar si el hogar tiene una vivienda que, si bien está construida con materiales apropiados, está en mal estado de conservación o que tiene un baño que no funciona y no ha sido arreglado, etc.);

c) no permite identificar situaciones de carencia vinculadas con una disminución en los ingresos de los hogares;

d) no toma en cuenta el distinto peso de las carencias o una determinación diferencial del umbral mínimo de las mismas, según la composición del hogar. Por ejemplo, un hogar con un miembro con una discapacidad motora severa necesita una infraestructura básica que permita el desenvolvimiento de esa persona con discapacidad. O por otro lado, la falta de agua corriente en la vivienda implica un grado de carencia mayor si el que la habita es un mayor que si es habitada por un joven.

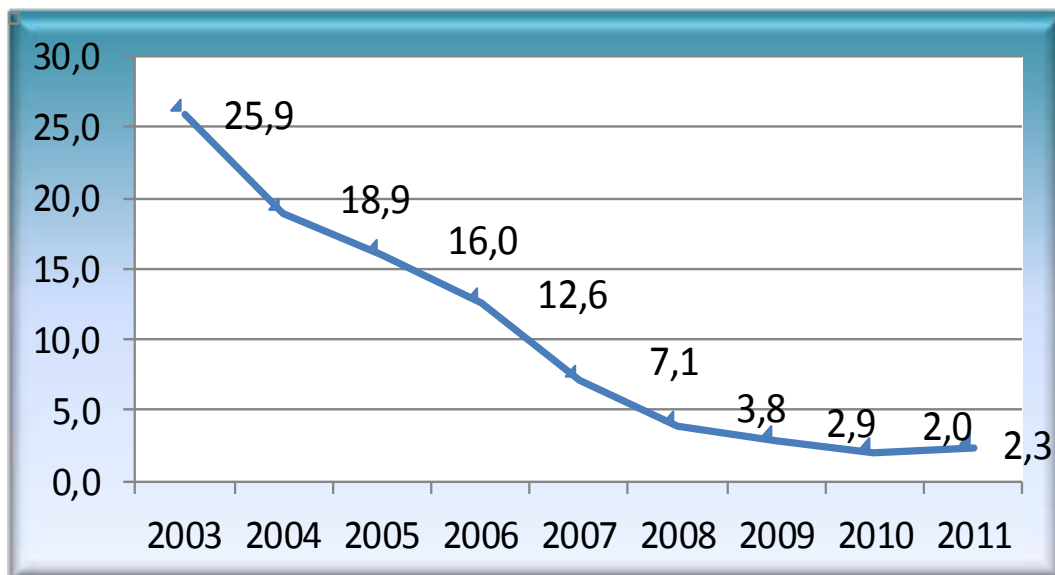
III.2.2.4. La incidencia de la pobreza en la población mayor

Situación de pobreza y niveles de vida

La pobreza entre los adultos mayores ha descendido desde el año 2003 a partir de dos políticas convergentes que se orientaron a mejorar su nivel de ingresos: por un lado la incorporación de más de 2,5 millones de personas al acceso a la cobertura previsional, y por el otro, el constante incremento del monto de los haberes previsionales. La incidencia de la pobreza en las personas mayores descendió del 25,9% en el cuarto trimestre de 2003 al 2,3% en el cuarto trimestre de 2011. Por su parte la indigencia en las personas mayores descendió en el mismo período del 8,8% al 0,7%. (Fuente EPH-INDEC).

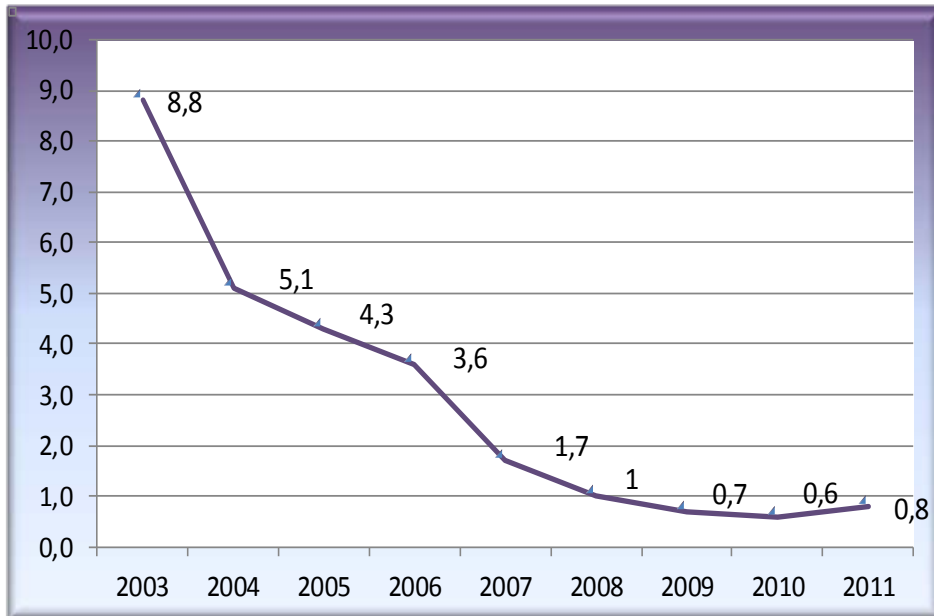
Como en el resto de las características de las personas mayores existen diferencias por sexo: mientras el 1,3% de los varones mayores son pobres por ingresos, lo son el 1% de las mujeres. Existe una clara asociación entre la percepción de ingresos por jubilación y la condición de no ser pobre.

Población 60 años y más en aglomerados urbanos según distribución de la pobreza 2003 - 2011. Total país



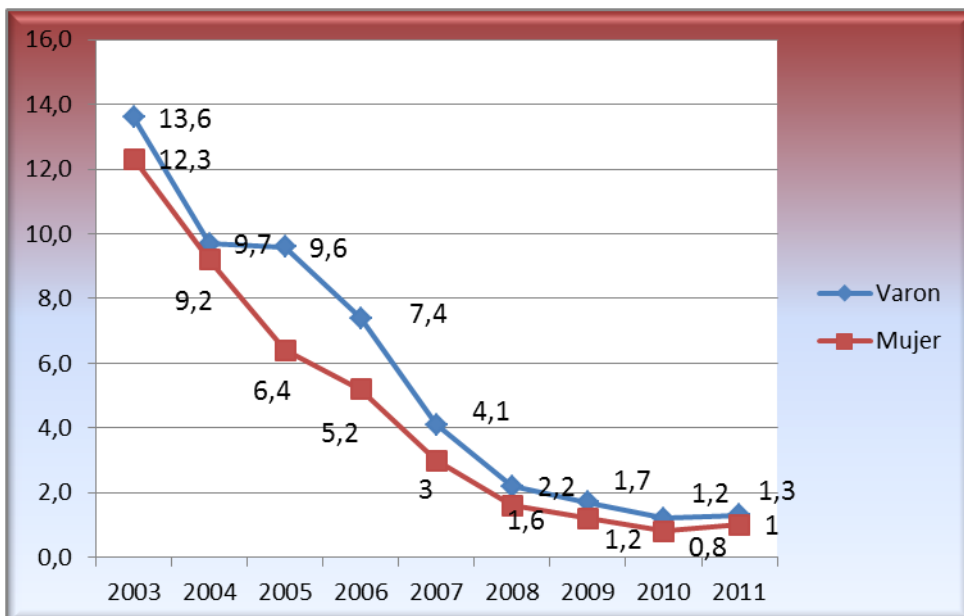
Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC (desde el cuarto trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2011)

Población 60 años y más en aglomerados urbanos según distribución de la indigencia 2003 - 2011. Total país



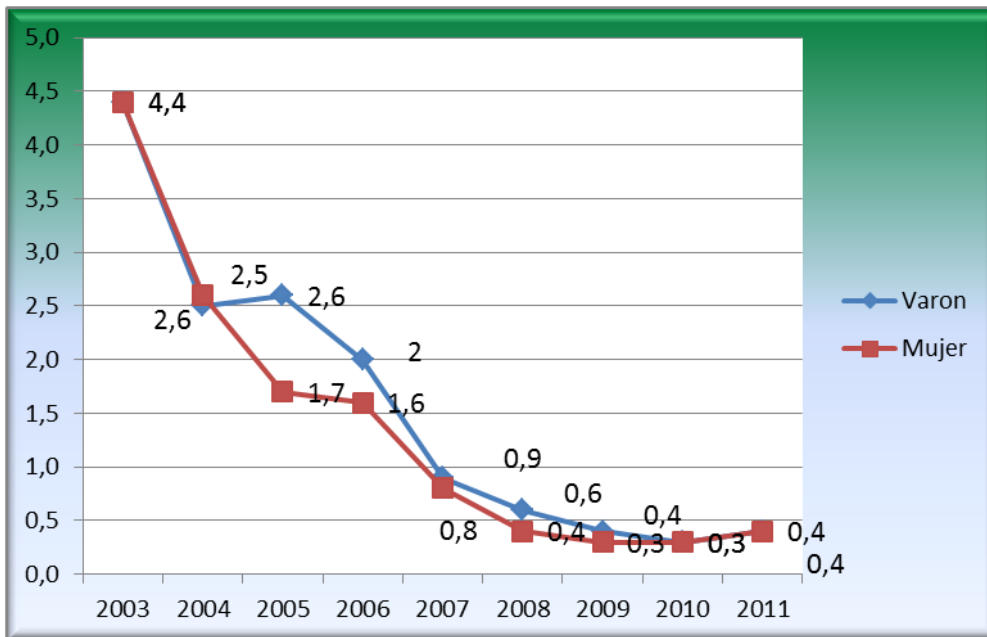
Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC (desde el cuarto trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2011)

Población 60 años y más en aglomerados urbanos según sexo y distribución de la pobreza 2003 - 2011. Total país



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC (desde el cuarto trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2011)

Población 60 años y más en aglomerados urbanos según sexo y distribución de la indigencia 2003 - 2011. Total país



Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC (desde el cuarto trimestre de 2003 al cuarto trimestre de 2011)

La incidencia de la pobreza por ingresos y de la indigencia no es uniforme en todo el país: el NEA, Patagónica y Pampeana son las regiones en las que la indigencia en los adultos mayores supera la media nacional (0,7%), en tanto que con respecto a la situación de pobreza por ingresos se supera la media nacional (2,3%) en el NEA, NOA y Patagónica.

Cuadro 4. Población de 60 años y más en aglomerados urbanos por condición de pobreza por ingresos e indigencia. Total del país. Cuarto Trimestre de 2011

Población de 60 años y más por situación de indigencia/pobreza	Gran Buenos Aires	NOA	NEA	Cuyo	Pampeana	Patagónica	Total
No Indigente	99,3	99,6	99,2	99,6	99,1	98,4	99,3
Indigente	0,7	0,4	0,8	0,4	0,9	1,6	0,7

Gerontología Comunitaria e Institucional

Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
No Pobre	97,7	96,5	97,0	98,1	98,0	97,0	97,7
Pobre	2,3	3,5	3,0	1,9	2,0	3,0	2,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia en base a EPH-INDEC (cuarto trimestre de 2011).

El porcentaje de personas mayores en situación de pobreza varía de acuerdo al criterio de medición utilizado. Así, el 2,3% de la población adulta mayor del país es pobre por *ingresos*, y el 0,7% de las personas mayores son indigentes (no acceden a la canasta alimentaría).

El 11,8% de la población de 60 años y más es pobre de acuerdo al criterio de *necesidades básicas insatisfechas (según censo 2001)*.

Por otro lado, se ha desarrollado una alternativa de medición de las condiciones materiales de los hogares. Según el Índice de *privación material de los hogares* el 28,7% de la población mayor sufre alguna forma de privación: el 13,6, sólo de recursos corrientes; el 8,2%, sólo patrimonial y el 6,8% convergente (privación simultánea de recursos corrientes y patrimoniales).

III.3. Actividad laboral

El 23% de los varones de 65 años y más (edad jubilatoria) se encuentra en actividad laboral. A medida que la edad avanza aumenta la proporción de inactivos: así a los 65 años el 61% es inactivo y a los 80 el 94% lo es. En tanto que entre las mujeres de 60 y más años (edad jubilatoria) sólo el 16% permanece activa. Al igual que entre los varones a medida que la edad avanza disminuye la actividad: son activas el 35% de las que tienen entre 60 y 64 años versus el 3% de las que tiene 80 y más años. (EPH-INDEC, cuarto trimestre de 2009).

Educación

El 2% de la población adulta mayor es analfabeta. Es importante tener en cuenta que en el 2001 el analfabetismo era del 6%. La población adulta mayor es la que presenta los más bajos niveles de educación formal debido a la falta de oferta educativa masiva en su juventud.

Población de 60 años y más según sexo y sabe leer o escribir

Sabe leer y escribir?	Varón	Mujer	total
Sí	98,5%	97,2%	97,8%
No	1,5%	2,8%	2,2%
total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INDEC - EPH 2do trimestre de 2011

Población de 60 años y más según tramos de edades

Sabe leer y escribir?	60 a 64	65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 y más	total
Sí	98,5%	98,2%	98,3%	96,8%	96,1%	97,8%
No	1,5%	1,8%	1,7%	3,2%	3,9%	2,2%
total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INDEC - EPH 2do trimestre de 2011

Podemos observar que a mayor edad mayor analfabetismo.

Población de 60 años y más según nivel educativo y sexo. Total país

Nivel Educativo	Varón	Mujer	Total
Primaria Incompleta (incluye educación especial)	16,5%	17,2%	16,9%
Primaria Completa	34,3%	39,3%	37,2%
Secundaria Incompleta	11,2%	8,5%	9,6%
Secundaria Completa	18,0%	18,0%	18,0%
Superior Universitaria Incompleta	4,5%	3,1%	3,7%
Superior Universitaria Completa	14,1%	10,8%	12,2%

Sin instrucción	1,4%	3,0%	2,3%
Total	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: INDEC - EPH 2do trimestre de 2011

Algo más de la mitad de la población alcanzó como máximo nivel formal el primario completo (54,1%), y el 12% terminó sus estudios universitarios. Las mujeres mayores tuvieron menor acceso que los varones a los niveles educativos superiores. Seguramente esta situación mostrará signos de mejora en la medida en que las generaciones de adultos mayores mejor educadas (por expansión de la oferta educativa pública) ingresan a la vejez.

III.5. Vivienda

Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001, el 85% de los adultos mayores argentinos reside en viviendas propias, y el número de personas mayores en condiciones de hacinamiento es bajo: un 1,2%.

El 85,9% de los adultos mayores habita en casa o departamento. El resto lo hace en viviendas precarias (13,7%) y en menor medida en hoteles o inquilinatos (0,4%).

El 61,5% de las personas de 60 y más años tiene acceso a desagüe de red cloacal; el 87,2% tiene acceso a agua de red; el 96,2% a energía eléctrica por red, el 73,2% a energía de gas por red; el 91,5% a alumbrado público; el 80,8% a pavimento en las calles cercanas a su vivienda; el 91,6% a servicio de recolección de residuos, el 81,5% a transporte público a menos de 300 metros a la redonda de su vivienda y el 80,4% a teléfono público a menos de 300 metros a la redonda de su vivienda.

El 69,6% de las personas mayores habita en viviendas que reúnen todos los requisitos de calidad de los materiales y el 10,6% de la población mayor carece de inodoro con descarga de agua.

Con respecto a la posesión de bienes durables, sólo el 13,6% de los adultos mayores que habita en sus hogares tiene una computadora en su domicilio. Casi el

total de la población mayor cuenta con heladera y dos de cada tres, con teléfono y lavarropas.

El 2,3% de las personas mayores de 60 años vive en instituciones colectivas. El 61% de los mayores institucionalizados reside en hogares de ancianos (70.003); el 18%, en hospitales (20.137); el 4% (4.913), en hogares religiosos y el resto, en otras instituciones colectivas.

III.6. Formas de convivencia

Los datos del Censo de Población y Vivienda 2001 muestran que la proporción de hogares encabezados por personas mayores creció significativamente, el 21% de los hogares tiene como jefe a una persona mayor de 65 años, y el 29% si se toma el grupo de 60 y más.

La composición de los hogares se ha modificado, produciéndose un aumento de los hogares unipersonales: El 17,3% de los mayores de 60 años que vive en hogares familiares lo hace solo, el 26,8%, en hogar nuclear completo de pareja sola; el 14,6%, en hogar nuclear completo de pareja e hijos; el 6,3%, en hogar nuclear incompleto; el 34,2, en hogar extendido y el 0,8%, en hogar no familiar.

El 55% del total de hogares unipersonales corresponde a personas mayores y el 34,5 % de los hogares en Argentina tiene una persona mayor de 60 años.

Las personas mayores que habitan en hogares unipersonales son el 37,1% de las que lo hacen en hogares unigeneracionales, en tanto que el 62,8% de los adultos mayores que habita hogares unigeneracionales lo hace en hogares multipersonales.

El 23% de las personas mayores pasa su día solo, en tanto que el 69% lo hace con algún familiar.

A mayor edad, se pasa mayor cantidad de tiempo solo.

Encuesta sobre adultos mayores, MDS, 2001

III.7. Participación y uso del tiempo

La gran mayoría de los adultos mayores, el 99,2%, manifiesta estar enterado de lo que sucede en el país. Los medios que utiliza para ello son, en primer lugar, los noticieros de la televisión (el 55,4%), un tercio (30,1%) utiliza la radio como medio para estar informado y el 11,8% usa la prensa escrita.

Si bien más de la mitad de los adultos mayores no tiene una concurrencia habitual a lugares de participación social y/o recreativa, es interesante remarcar que asisten a instituciones el 28,4% y un 12,4% va frecuentemente a espacios verdes y plazas.

Concurrencia habitual a lugares de reunión (múltiple) por nivel económico social

		* Nivel económico social					Total
		Bajo	Medio bajo	Medio	Medio alto	Alto	
Concurrencia habitual a lugares de reunión (múltiple)	Centro de jubilados	19.7	14.4	12.6	9.8	5.0	16.5
	Club	4.5	7.5	12.4	18.5	14.7	7.6
	Instituciones	2.1	3.3	5.5	8.0	10.0	3.5
	Inst.académicas	.6	.4	1.8	1.4	2.9	.9
	Plazas	10.9	14.7	14.3	12.6	17.5	12.4
	Otros	1.6	1.8	5.4	1.1		2.1
	Concurrió alguna vez ahora no va más	10.1	10.1	12.6	8.2	9.4	10.3
	No concurrió nunca	49.4	45.9	34.3	40.3	37.1	45.5
	No contesta	1.1	2.0	1.1		3.5	1.3

Fuente: Encuesta sobre Adultos Mayores MDS, 2001

Actividad III.2.



A partir de los puntos desarrollados más arriba identifique aspectos favorables y no favorables en las condiciones de vida de las personas mayores en la Argentina

III.8. Pobreza, vejez y Derechos Humanos

Como enfatizamos en la unidad I (puntos I.4. y I.5.) los Principios a favor de las personas mayores enunciados por Naciones Unidas y la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento enfatizan el derecho de las personas mayores de contar con recursos para satisfacer sus necesidades básicas.

Desde los años 2003 en adelante se asumió un real compromiso con el derecho a la seguridad económica. En esta dirección se incrementó el haber jubilatorio mínimo en más de un 200% y por primera vez desde hace 10 años se produjo un incremento de los haberes jubilatorios que superan el monto de \$1.000.

Las pensiones no contributivas también aumentaron en más de 200% en lo referente al monto y se universalizaron para las personas de 70 años y más.

Por otro lado, la Ley N° 25.994 de diciembre de 2004, que crea la Prestación Anticipada y el decreto 1454/2005 de diciembre de 2005 (Jubilación de amas de casa), permiten, a quienes tengan la edad jubilatoria pero no alcanzan a cumplir los años de aportes previsionales, incluyendo a los que nunca han realizado aportes, adherirse a moratorias que les permiten acceder inmediatamente a la jubilación. Cabe aclarar que tanto las pensiones como las jubilaciones implican el acceso a cobertura en salud para los adultos mayores destinatarios de dichas prestaciones.

La pobreza por ingresos para las personas mayores se redujo muy significativamente.

Actividad III.3.



Realice una lectura crítica de los cuadros de evolución de la pobreza por ingresos en la población mayor y en los hogares con población adulta mayor.



Compare la incidencia de la pobreza en la población / hogares totales con la incidencia de la pobreza en la población / hogares de mayores. Justifique las diferencias.

Resumen de la Unidad III

Hemos realizado una descripción de las dimensiones básicas de las condiciones de vida de la población adulta mayor en la Argentina.

El gobierno de la República Argentina entiende como prioritario combatir la pobreza y asumir que las personas mayores son sujetos de derechos que merecen el bienestar que les brinda la seguridad económica a través de la seguridad social. Los adultos mayores han trabajado a lo largo de su vida y el Estado debe garantizar, en esta etapa, un haber previsional que les permita vivir con dignidad.

Bibliografía recomendada:

Amadasi, E. y Fassio, A. (1997). Resolviendo problemas conceptuales y de investigación para la formulación de políticas públicas: el caso de la vulnerabilidad en la tercera edad. En *Revista Argentina de Gerontología y Geriatria*, 3 y 4.

Gascón, S.; Fassio, A. y Golpe L. (2006). *Vejez y pobreza en Argentina: La visión de las personas de edad*. Buenos Aires: Help Age International, Instituto Universitario Isalud, Asociación Diagonal (mimeo)

¡Muy bien!! Hemos avanzado con éxito. Antes de entrar en el tramo final, nos tomamos otro pequeño descanso...



Unidad IV. El rol del Estado en la planificación y gestión de alternativas de promoción, prevención y asistencia de la población de edad. Los lineamientos de los organismos nacionales e internacionales en la temática

En esta unidad abordamos los lineamientos básicos del gobierno argentino y la indelegable responsabilidad del Estado en la planificación, ejecución y monitoreo de las políticas sociosanitarias para la población mayor.

Realizamos un recorrido por las principales líneas de acción, cuya población objetivo son los mayores, y sobre los organismos internacionales, regionales y nacionales que trabajan en la temática.

Para ampliar la temática de esta unidad recomendamos:

Huenchuán Navarro, S. (2004). *Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Población y Desarrollo 51.

OISS, IMSERSO, Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina y otros (2007). *Situación, necesidades y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur*. Apuntes para un diagnóstico.

IV.1. El rol del Estado en la planificación y gestión de alternativas de promoción, prevención y asistencia de la población de adultos mayores

Las políticas de vejez se entienden como aquellas acciones organizadas por el Estado frente a las consecuencias sociales, económicas y culturales del envejecimiento poblacional e individual (Sandra Huenchuan Navarro: De objetos de protección a sujetos de derechos).

Las políticas de vejez son políticas públicas, es decir, forman parte de un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación a una cuestión que concita atención, interés y movilización de otros actores de la sociedad (Oszlack y O'donell, 1990: 101)

Existen tres grandes periodos con enfoques distintos para estudiar las políticas de la vejez:

a) La Vejez como Asunto de Pobreza

La primera concepción que encontramos en las políticas de vejez es la construcción social de la vejez como un asunto de pobreza. El origen de esta concepción se encuentra en las sociedades industriales de finales del siglo XIX y principios del XX, atemperados los primeros rigores del liberalismo económico se elaboran y ponen en marcha los sistemas de pensiones contributivas que pretenden garantizar la subsistencia de los trabajadores demasiado viejos para ser considerados mano de obra. La otra cara de la moneda son aquellos individuos que, por circunstancias diversas, no han logrado trabajar a lo largo de su vida un lapso de tiempo suficiente como para merecer una pensión, o lo han hecho en sectores marginales: son los "paupers" o "pobres estructurales", el objeto fundamental de la política de beneficencia hacia la vejez de la época (Miranda, 1998:359). El modelo asistencialista diseñado para los pobres viejos en este periodo no es diferente del diseñado para los pobres jóvenes: el asilo, que cumple la doble función de mantenerlos con vida (proveer de subsistencia) y apartarlos de la sociedad (protegerla de su malos ejemplos o del desagradable espectáculo de su miseria).

b) La Vejez como un Asunto de Integración Social

En la década del 60 dada la gran movilidad de la población europea - migraciones interiores y exteriores – se plantea un problema adicional a la población vieja: la imposibilidad de convivir con los hijos, práctica habitual hasta ese momento entre los viejos "normales", es decir con derecho a pensión. A partir de la década del setenta las políticas de vejez y los sistemas de protección social detectan nuevas necesidades que incluyen objetivos de carácter social, contemplando fundamentalmente los problemas que conciernen a la inserción social de los viejos/as y la pérdida de la autonomía principal (Castells, op.cit:47). Así, evitar que la muerte social se adueñe de los viejos/as antes que los haya abandonado la vida biológica se han convertido en todos los países en las dos grandes consignas de las políticas de vejez (Guillermard, op. Cit.:18).

c) La Vejez como un Asunto de Derechos de las Personas de Edad

Un cambio sustancial respecto a las concepciones y prácticas anteriores, es la nueva forma de definir la cuestión en las políticas de vejez. Los derechos de los

viejos/as empiezan a ganar espacio en la agenda internacional. El tema se trata por primera vez en el Plan de Acción Internacional sobre Envejecimiento, aprobado por las Naciones Unidas en 1982. Considerando que debido a la marginación y a las incapacidades físicas y mentales que la vejez puede acarrear, las personas de edad corren peligro de perder sus derechos y de verse rechazadas por la sociedad a menos que esos derechos se determinen con claridad y que de igual modo se afirmen las responsabilidades que incumben a los miembros de más edad respecto de la comunidad en que viven. En este contexto, se entiende que la seguridad económica y la integración social son sólo un aspecto más de la amplia gama de derechos que gozan las personas de edad.

El cambio de paradigma implica la aplicación del enfoque de derecho a las políticas públicas.

Dicho enfoque promueve el empoderamiento de las personas mayores y una sociedad integrada desde el punto de vista de las edades, lo que implica que las personas mayores son sujetos de derecho y no, solamente objetos de protección, por lo tanto, disfrutan de garantías; pero también tienen responsabilidades respecto de sí mismos, su familia y su sociedad.



El enfoque de derecho traspasa la esfera individual e incluye los derechos sociales (derecho al trabajo, a la asistencia, al estudio, a la salud, entre otros) que requieren de la acción positiva del Estado y de la sociedad.

IV.2. Modelo de atención sociosanitario

Este modelo de atención se basa en la concepción de que a los usuarios del sistema se le debe dar algo más que cuidados técnicos, para ello se debe realizar el abordaje desde la globalidad, tanto en el acercamiento al problema del usuario como a su resolución.

Este modelo es:

- **Integral**, puesto que es capaz de dar respuesta a todas las necesidades del usuario (físicas, emocionales, sociales y espirituales).
- **Global**, puesto que desarrolla medidas en cada uno de los ámbitos de atención y establece sistemas de optimización institucionales y no institucionales.
- **Inserto en la comunidad.**
- **Interdisciplinario**, sobre la base de la comunicación y el respeto de los distintos profesionales y profesiones.
- **Armónico**, basado en el desarrollo de recursos en cada ámbito y en el territorio, adecuándose a las necesidades definidas con criterios objetivos y gradual en su despliegue.

Este enfoque propone: **la participación activa del usuario y su familia en su propio proceso de atención; medidas de rehabilitación y confort**, ya que su objetivo está orientado a obtener o mantener el máximo grado posible de autonomía por parte del usuario; **el trabajo con la familia y el entorno**, a fin de ayudar a la familia en el proceso de adaptación a nuevas situaciones y **la importancia de la relación** que afecta tanto a los actores involucrados directamente en la terapéutica como a los elementos exteriores y a la sociedad toda.

El proceso de atención sociosanitaria implica el tener en cuenta todos los niveles asistenciales, debido que las necesidades de los usuarios son diversas y globales. Esto supone, además, una relación dinámica entre los distintos servicios y ámbitos sanitarios y sociales entre sí y con la comunidad.

Este modelo debe garantizar las prestaciones y continuidad de los cuidados sociales y sanitarios, adaptándose a las variaciones que se produzcan en

el estado general de la persona bajo la premisa de la prevención. La propuesta es la de provisión de tratamientos de rehabilitación, mantenimiento y recuperación de las personas mayores de carácter multidisciplinar, puesto que la dependencia no es un estado definitivo, sino evolutivo y puede presentar distintos grados.



En este sentido **la política sociosanitaria** se desarrolla en el país a partir del **Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales** que articula, planifica y coordina la política social nacional, mediante la formulación de políticas y la definición de cursos de acción articulados e integrales, optimizando la asignación de los recursos, la transparencia en sus acciones y el control social.

Es presidido por el Ministro de Desarrollo Social de la Nación y conformado en forma permanente por los titulares de los siguientes organismos:

- Ministerio de Desarrollo Social
- Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
- Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología
- Ministerio de Salud y Ambiente
- Ministerio de Economía y Producción
- Ministerio de Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios
- Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia del Ministerio de Desarrollo Social

IV.2.1. Ministerio de Desarrollo Social

En el ámbito de este Ministerio existen dos espacios que articulan las políticas sociales en el territorio para los diversos grupos etarios, entre ellos el de los adultos mayores: a) los Centros Integradores Comunitarios, b) los Centros de Referencia.

a) Los Centros de Integradores Comunitarios (CIC) son espacios públicos de integración comunitaria para transformar la realidad en pos de la inclusión social, profundizando el desarrollo local y activando los recursos en poder de las comunidades. Se interviene de modo integral en el territorio desde una concepción de trabajo interdisciplinario, intersectorial y participativo. La puesta en funcionamiento de los CICs requiere la participación coordinada del Estado Nacional, el que interviene a través de los



Ministerios de Desarrollo Social; Salud y Ambiente; Trabajo, Empleo y Seguridad Social; y Planificación Federal, Inversión Pública y Servicios, los gobiernos provinciales y municipales. La Coordinación Ejecutiva del Programa está a cargo del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, a través del Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales. Funcionan 234 CIC en todo el país.

b) Los Centros de Referencia de Desarrollo Social (CRDS) del Ministerio de Desarrollo Social que se encuentran en las distintas provincias del país, se constituyen como la *“estrategia articuladora para avanzar hacia un modelo de gestión integral, resultando el nodo territorial de apoyo a la RED FEDERAL DE POLÍTICAS SOCIALES”*.

IV.2.1.1. Secretaría de Niñez Adolescencia y Familia. Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores

Por otra parte, el Ministerio de Desarrollo Social cuenta con una Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia, que diseña las políticas nacionales de infancia, familia y adultos mayores.

Dependiendo de la Secretaría se encuentra la **Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores**.

Esta Dirección Nacional tiene como **misión** articular las políticas dirigidas a los adultos mayores desde una perspectiva de integralidad, que considere a los mayores, sus núcleos familiares, sus organizaciones y comunidad, como sujetos de políticas públicas.

Objetivos específicos:

☞ Promover la participación de los adultos mayores, sus grupos y organizaciones, orientada a fortalecer su identidad individual y colectiva.

☞ Planificar y ejecutar Programas



específicos de promoción, protección, integración social y desarrollo de los adultos mayores.

☞ Asistir en establecimientos geriátricos a



los adultos mayores en riesgo social.

☞ Coordinar la tarea de los equipos técnico - profesionales y administrativos de todos los establecimientos del área para la prevención de las patologías propias de la institucionalización y favoreciendo el protagonismo de los adultos mayores manteniendo las condiciones bio-psico-sociales favorables para el desarrollo en la sociedad.

☞ Asistir al Ministerio de Desarrollo Social en la concepción e implementación de mecanismos que permitan mejorar la eficiencia, especialmente en los momentos de emergencia social, de la atención de los adultos mayores a través de la articulación de recursos y prestaciones.

☞ Asistir al Ministerio de Desarrollo Social en el desarrollo y afianzamiento de organizaciones que expresen los reales intereses de los adultos mayores, para aumentar su protagonismo en todas las etapas y fases de las políticas sociales orientadas a ese sector.

☞ Adoptar mecanismos de consenso para definir las políticas sociales de los adultos mayores, que impliquen la participación activa y organizada de ellos y de instituciones científicas, sociedades de geriatría, gerontología, universidades y todo otro tipo de organizaciones que hayan desarrollado experiencia científica y/o profesional en este ámbito.



☞ Desarrollar dispositivos de articulación entre organismos gubernamentales, organizaciones intermedias, organizaciones comunitarias y organismos internacionales, en especial de los países integrantes del Mercosur, orientados a potenciar la inversión social en políticas destinadas a los adultos mayores.



☞ Promover la participación y el compromiso de las organizaciones representativas de los intereses de los adultos mayores, en la elaboración de políticas públicas específicas que los

beneficien.

☞ Desarrollar, implementar y evaluar dispositivos de capacitación que faciliten y mejoren las capacidades organizativas y representativas, en este sector.

☞ Asistir al Ministerio de Desarrollo Social en el establecimiento de las normas que rijan el funcionamiento del Consejo Federal de Adultos Mayores.

☞ Convocar y coordinar al Consejo Federal de Adultos Mayores.

☞ Coordinar acciones con organizaciones científicas, tales como sociedades de geriatría, gerontología y universidades.

☞ Promover, ejecutar, apoyar y coordinar acciones orientadas a la participación de los adultos mayores en distintas actividades que favorezcan su desarrollo personal y el de sus comunidades.

☞ Proponer y aplicar mecanismos que integren a los adultos mayores como beneficiarios de las distintas acciones compensatorias y de emergencia dirigidas hacia ellos y asegurar la calidad de dichos servicios y prestaciones.



☞ Diseñar Programas de capacitación orientados a la formación de personas, grupos y organizaciones, para gerenciar programas y servicios de cuidados en el domicilio y en la comunidad, de los adultos mayores.

☞ Elaborar y aplicar instrumentos que faciliten la sistematización de los temas prioritarios que afligen y preocupan a los adultos mayores, así como la solución a los mismos.

☞ Desarrollar programas que den respuesta a las necesidades detectadas de acuerdo a las prioridades y supervisar su implementación e impacto, en articulación con organismos gubernamentales y no gubernamentales, nacionales, provinciales, municipales, e internacionales.

☞ Participar en la Formación de profesionales, técnicos y personas de la



comunidad para la atención y promoción de los adultos mayores.

☞ Fortalecer a través de acciones de asistencia técnica, orientación y capacitación a las áreas de Tercera Edad de los Gobiernos Provinciales y Municipales.

☞ Garantizar la calidad de las prestaciones gerontológicas brindadas en las residencias de adultos mayores a cargo del Ministerio de Desarrollo Social.

IV.2.2. Acciones específicas de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores

IV.2.2.1. Plan Nacional de las Personas Mayores

La Argentina tiene un Plan Nacional de Las Persona Mayores 2012-2016. Allí se encuentran plasmadas muchas de sus políticas y programas. Se confeccionó con la participación de las personas mayores, los gobiernos provinciales, las universidades y representantes de la sociedad civil. Se decidió seguir los mismos ejes del Plan internacional de Madrid.

Objetivos generales del Plan Nacional de las personas mayores

- Analizar los procesos de envejecimiento, desde el punto de vista social, epidemiológico y demográfico, en la República Argentina y las consecuencias que puedan derivarse para la situación y necesidades de atención de las personas mayores.
- Identificar y hacer frente a las nuevas situaciones que se les plantean a las personas mayores y a sus familias como consecuencia del incremento de la longevidad y de los cambios sociales de nuestro entorno y establecer el conjunto de recursos adecuados.
- Favorecer la protección de los derechos de las personas mayores y procurar que la prestación de los servicios se ajuste a los criterios de calidad exigidos en las normas y programas vigentes.
- Ordenar los recursos y programas existentes.

- ❑ Proporcionar herramientas que posibiliten el conocimiento actualizado y permanente de las demandas de las personas mayores y de los recursos existentes.

Para el cumplimiento de estos objetivos se elaborarán las áreas de intervención, sus ejes, objetivos, estrategias y metas por cada área (Ver Plan).

IV.2.2.2. Voluntariado Social de Adultos Mayores

Las organizaciones de adultos mayores han adquirido relevancia a partir de la multiplicación de distintos nucleamientos que se expandieron de manera paralela al despliegue de las prestaciones médicas y sociales que incluyen a las personas mayores de la Argentina.

En ese sentido, es imprescindible poner en práctica acciones de auspicio y fortalecimiento de las distintas formas de entramados solidarios en los que participan los adultos mayores y sus organizaciones.

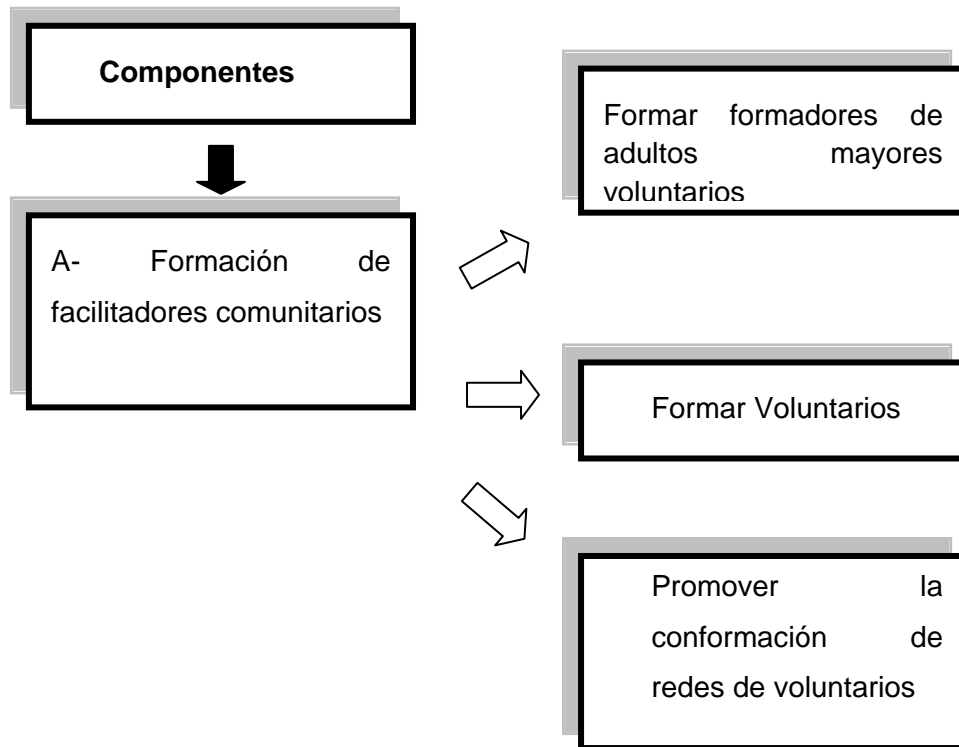
Se promueve el fortalecimiento de las capacidades existentes vinculadas a los **voluntarios adultos mayores** que contribuyan a crear y/o consolidar acciones a favor de la comunidad, relacionándose así con otras generaciones.

Objetivo general: Promover el desarrollo de acciones comunitarias voluntarias entre la población adulta mayor y la comunidad.

Objetivos específicos:

- ↗ Generar espacios de encuentro y de actividades entre distintas generaciones
- ↗ Fortalecer la capacidad asociativa de las organizaciones de mayores
- ↗ Dar respuesta a cuestiones sociales y comunitarias de fácil resolución a través de actividades concretas
- ↗ Fortalecer la imagen positiva de los adultos mayores
- ↗ Promover la conformación de una red de voluntarios





Las actividades previstas se estructurarán en dos partes: la primera consiste en un taller de carácter teórico- práctico de tres (3) meses de duración y posteriormente un mes (1) para el diseño de actividades en terreno, con la asistencia del equipo técnico local.

El taller teórico- práctico tendrá una duración de 24 (veinticuatro) clases de 3 (tres) horas cada una, 2 (dos) veces por semana (total de horas áulicas: 72).

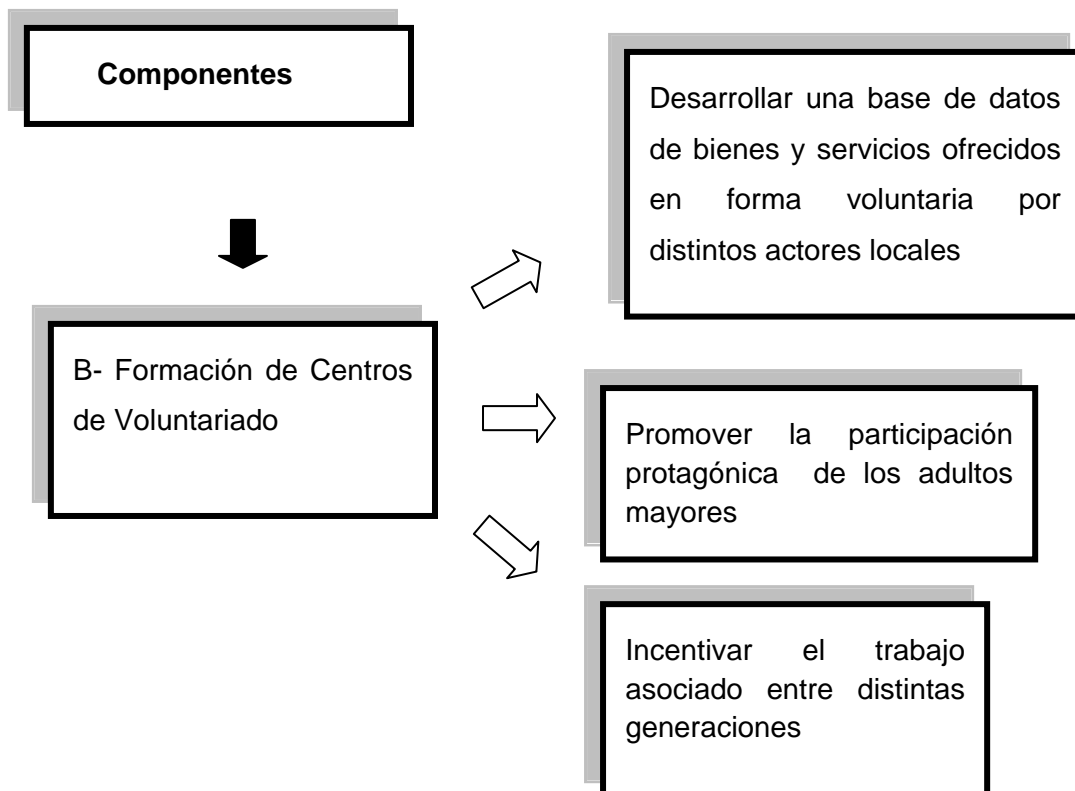
Como producto del trabajo el curso incorpora además el **diseño de actividades de intercambio de bienes y servicios voluntarios**. El intercambio podrá darse entre pares adultos mayores y/o entre adultos mayores y otras generaciones. A tal fin, el Centro de Voluntariado contará con un Fondo de Proyectos para el apoyo económico de las actividades, según las siguientes tipologías de proyectos:



- ✓ Cuidado de la salud
- ✓ Promoción de Derechos

- ✓ Prevención de situaciones de abuso y maltrato
- ✓ Apropiación de la cultura y memoria barrial
- ✓ Transmisión de saberes y oficios tradicionales
- ✓ Reconocimiento de las Buenas Prácticas

El curso prevé la participación de al menos el 70% de adultos mayores y un 30% de personas jóvenes y de mediana edad.



El Centro de Voluntariado debe asentarse físicamente en una organización de referencia para la comunidad, por ejemplo, un Centro Vecinal, Centro de Jubilados, Club de Abuelos o similar.

Este Centro de Voluntariado es **centralizador** de las demandas de las organizaciones y **articulador** de los Facilitadores Comunitarios y los bienes y servicios disponibles en cada localidad.

Para que esta base de datos de bienes y servicios se vea enriquecida, es imprescindible el trabajo asociado entre organizaciones gubernamentales y de la sociedad civil, así como también del ámbito privado y personas individuales. El apoyo del organismo de gobierno a cargo de las políticas de adultos mayores a nivel provincial es clave para la obtención de los resultados esperados en el marco de la presente propuesta.

IV.2.2.3. Programa de Trasmisión de Oficios: La Experiencia Cuenta

Las personas desarrollan oficios y/o saberes a lo largo de su vida. Algunos los han puesto o ponen en práctica como pasatiempo y otros los desarrollaron como medio para conseguir el sustento de sus familias. En todo caso, el oficio y su despliegue en el mundo es constitutivo de la identidad de los seres humanos y por tanto, al dejar de desempeñarlo no sólo se ponen en juego cuestiones económicas, sino aspectos constitutivos de un modo de ser y estar en el mundo.



Es habitual que la jubilación o el avance de la edad estén asociados con la imagen del adulto mayor “retirado de la vida activa”, dedicándose al descanso o a buscar actividades que no impliquen espacios de trabajo para crear valor socialmente útil.

La presente iniciativa se propone recuperar los saberes y habilidades de las personas mayores para ponerlos a disposición de su comunidad.

La experiencia acumulada en una vida de trabajo puede canalizarse a través de prácticas que empoderen a los adultos mayores, al mismo tiempo que personas jóvenes y de mediana edad puedan adquirir nuevas herramientas para mejorar sus oportunidades de inclusión en el mercado laboral.

Objetivo General

Facilitar la transmisión de saberes y oficios tradicionales desde los adultos mayores hacia las personas jóvenes y de mediana edad.



Objetivo específicos

- ↪ Desarrollar la imagen positiva y los saberes de las personas mayores.
- ↪ Promover el intercambio entre personas de distintas generaciones.
- ↪ Recuperar y/o fortalecer oficios tradicionales.
- ↪ Mejorar la situación de empleabilidad de los participantes del proyecto.
- ↪ Promover la articulación de las organizaciones sociales, las agrupaciones de Adultos Mayores, las empresas y los gobiernos locales.

Modalidad de trabajo

Cada proyecto deberá contemplar al menos tres líneas de capacitación en oficios tradicionales, seleccionados por el organismo postulante según las necesidades locales y las capacidades instaladas de los adultos mayores.



IV. 2.2.4 Programa de Promoción del Buen Trato hacia los Adultos Mayores

El maltrato, el abuso y la violencia dirigidos hacia las personas mayores son la expresión de un sistema que ensambla corresponsabilidades: la familia, la justicia, el hospital, la policía, la comunidad en su conjunto son los actores involucrados en cada caso particular.

El abordaje del problema centrado en las situaciones específicas de maltrato y violencia nos hace observar sólo uno de sus aspectos: la consecuencia. Alternativamente, proponemos una visión totalizadora, más comprensiva para abordar el tema de los derechos de las personas mayores, a fin de obtener herramientas conceptuales frente a problemáticas que tienen que ver con aspectos de su vida cotidiana para evitar, de esta forma, abordar la temática solamente desde la mirada de su victimización.

Objetivo general

Prevenir las situaciones de discriminación, abuso y maltrato hacia los adultos mayores desde una perspectiva de los derechos y al mismo tiempo Promover el buen trato hacia las personas mayores.





Objetivo específicos

- Capacitar a los profesionales, técnicos e idóneos que trabajan con los adultos mayores y sus familias.
- Sensibilizar a la comunidad sobre la existencia de situaciones de abuso y maltrato hacia la población mayor.
- Brindar información acerca de los derechos de los adultos mayores.
- Generar espacios de contención y derivación de casos de abuso y maltrato de adultos mayores.

Promover la constitución de redes de apoyo al adulto mayor y su familia.

Para el cumplimiento de los fines se prevé la implementación de cuatro Componentes:

- Capacitación a equipos técnicos provinciales
- Sensibilización comunitaria
- Fortalecimiento a los adultos mayores y cuidadores informales
- Asesoramiento y derivación de casos

IV.2.2.5. Curso para Responsables y Equipos Técnicos de Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores

Los Centros de Día y las Residencias para Adultos Mayores se han consolidado en nuestro país como las respuestas sociales para aquellas personas mayores vulnerables y carentes de redes sociales de apoyo. Sin embargo, muchas veces mantienen ciertas características asilares derivadas de sus orígenes institucionales.

En las últimas décadas ha cambiado substancialmente la idea acerca de lo que deberían ser las instituciones para adultos mayores y, en especial, las residencias para mayores han modificado el sesgo asilar, a fin de convertirlas en estructuras organizacionales más complejas y humanas. Para cumplir con este objetivo se considera importante la mejora de la calidad de los servicios que prestan y su

calificación con el objeto de asegurar un incremento de la calidad de vida en sus residentes.

Uno de los requisitos para sostener dicha calificación es la incorporación de nuevas propuestas en gerontología que permitan a los directivos y a sus equipos técnicos mayor capacidad de manejo de la institución.

Objetivo general

Mejorar la calidad de atención de los adultos mayores que residen en forma permanente o transitoria en Residencias y Centros de Día para Adultos Mayores, a través de la actualización de conceptos y técnicas para el gerenciamiento de estos servicios.

Objetivo específicos

- ⇒ Fortalecer el trabajo interdisciplinario.
- ⇒ Incorporar conocimientos acerca de las cuestiones ético-legales en las instituciones. Intercambiar conocimientos socio-ambientales.

Objetivo específicos

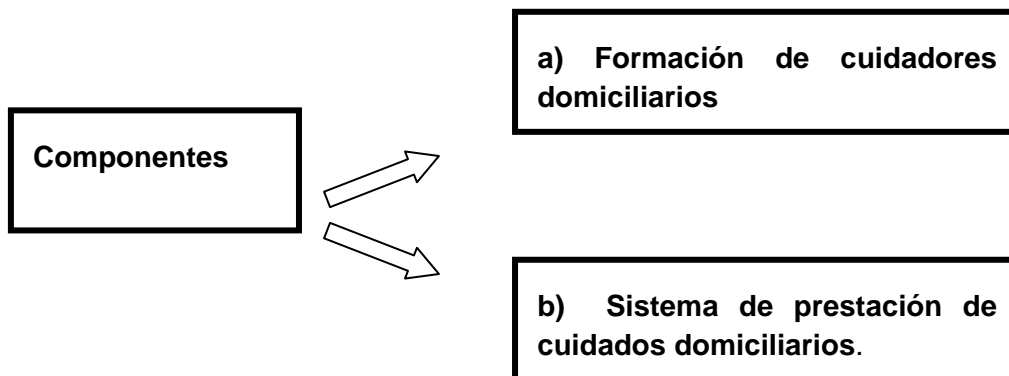
- ⇒ Incorporar nuevos conocimientos en contenidos gerontológicos y geriátricos.
- ⇒ Desarrollar habilidades socio-gerenciales.
- ⇒ Incorporar técnicas y metodología de análisis de resolución de conflictos.

IV.2.2.6. Programa Nacional de Cuidados Domiciliarios

La Atención Domiciliaria se define como el conjunto de servicios de apoyo sanitarios y sociales prestados a las personas en su hogar, manteniéndolos en sus casas el mayor tiempo posible y conveniente, insertos en su comunidad y conservando sus roles familiares y sociales, con el fin de mejorar su calidad de vida. Asimismo, intenta evitar internaciones innecesarias, generando habilidades remanentes y promoviendo nuevas redes solidarias de contención.

Para que las prestaciones de estos servicios sean eficientes, deben brindarse de manera continua y planificada y responder a un trabajo interdisciplinario.

Existe una variedad de alternativas que van desde prestaciones amplias a otras más restringidas de la ayuda a domicilio, entendiéndose esta última como la prestación de servicios básicos de apoyo a la subsistencia en el propio hogar basados en criterios de prevención y promoción.



Curso de formación de cuidadores domiciliarios

Su propósito es el de capacitar recursos humanos para la implementación de servicios de cuidados en domicilio.

Propósito: Que las personas mayores envejeczan en casa

Objetivos Generales:

- ⇒ Jerarquizar la atención de la población anciana, de las personas con discapacidades y de las personas con patologías crónicas invalidantes o terminales.
- ⇒ Legitimar y/o crear una fuente de trabajo.

Objetivos Específicos:

- ↪ Incorporar conocimientos teóricos generales sobre la situación biopsicosocial de las personas atendidas en su interacción con el medio.
- ↪ Fortalecer la autovaloración y el autocuidado.
- ↪ Desarrollar habilidades en el accionar diario de las tareas como cuidador domiciliario, en la toma de decisiones, en prevención de situaciones de riesgo y en la derivación profesional ante circunstancias que lo excedan.
- ↪ Adquirir capacidad para la organización de sistemas de empleo.

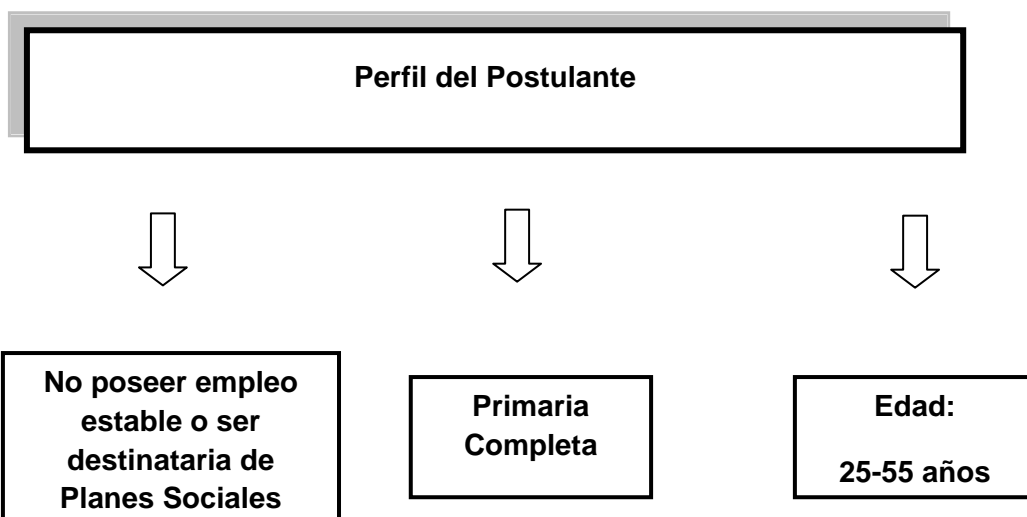
Perfil laboral del Cuidador

- ↪ Acompañamiento y asesoramiento en todas las actividades de la vida diaria.



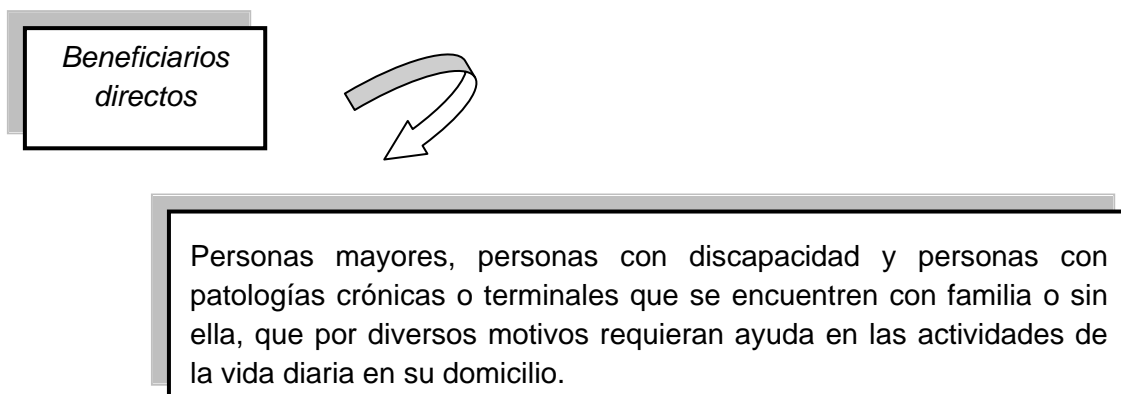
- ↪ Administración de medicamentos por vía oral y de uso externo indicado por profesionales.
- ↪ Preparación de alimentos. Ingesta asistida.
- ↪ Higiene y arreglo personal.
- ↪ Acciones preventivas de accidentes.
- ↪ Actividades recreativas y ocupacionales acorde a sus posibilidades.
- ↪ Colaboración en las prácticas indicadas por el profesional.

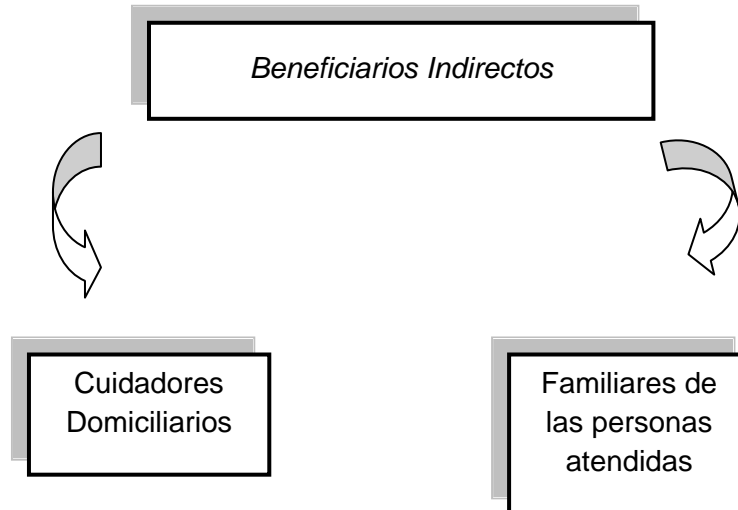
➤ Difusión de acciones de promoción de la salud y reinserción social.



Si bien esta es la edad considerada adecuada, el equipo seleccionador podrá incorporar, dentro de un margen discrecional, a aquellos postulantes de menor o mayor edad que, por sus características personales, reúnan otras condiciones que lo adecuen al perfil.

Sistema de prestación de cuidados domiciliarios





IV.2.2.7. Consejo Federal de los Mayores

El Consejo Federal de los Mayores fue creado por el



Decreto N° 457
del 22 de mayo de
1997

Luego de cinco años se reglamento (2002) por Resolución Ministerial N° 113, y modificada en 2006 por la Resolución Ministerial N° 1216. En ambos caso, la estructura del Consejo y su funcionamiento fue discutida y consensuada por todos los representantes de las organizaciones de mayores de todo el país.

De este modo, correspondió al Ministerio de Desarrollo Social el espacio de promoción de la inserción plena de los adultos mayores en la vida de la comunidad, de generación de las condiciones para el desarrollo de su organización y de la defensa de sus derechos, en consonancia con lo



dispuesto en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en Madrid en abril de 2002, a través de la conformación del Consejo Federal y la promoción de los Consejos Provinciales. En mayo de 2008 la Ministra de Desarrollo Social, Dra. Alicia Kirchner elevó a la Honorable Cámara de Senadores de la Nación el proyecto de ley del Consejo Federal, el cual ya tiene media sanción del senado.

Finalidad

El Consejo Federal de los Mayores es el ámbito en el cual se concentra el trabajo conjunto de todos los sectores comprometidos con la problemática de la tercera edad, con participación mayoritaria de los representantes del sector (61% de representantes de organizaciones de adultos mayores) pertenecientes a todas las provincias y regiones del país. Representa al conjunto de los adultos mayores del territorio nacional ante las organizaciones e instituciones de similar naturaleza en el ámbito internacional.



Tiene como objetivo institucionalizar la colaboración y participación de los adultos mayores, de las organizaciones representativas de ellos y de los gobiernos provinciales en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas públicas relacionadas con este grupo etario, en estrecha colaboración con los organismos del Estado.

Funciones

El Consejo Federal de los Mayores como ámbito de reflexión, concertación y asesoramiento permanente, tiene las siguientes funciones:



- Proponer y participar en el diseño de las políticas sociales específicas y las líneas prioritarias estatales de acción para el sector de personas mayores.
- Participar en la identificación de las necesidades específicas de los adultos



mayores, respetando sus particularidades acorde a la incidencia de los distintos factores regionales, sociales y económicos.

- Impulsar acciones conducentes al relevamiento de la información referida a las personas mayores, instituciones, recursos, programas, servicios, legislación, investigación y estudios, propiciando la constitución y el fortalecimiento de Centros de Documentación y bancos de datos que la registren.
- Participar en el relevamiento y análisis de las acciones que se lleven a cabo en la implementación de las políticas relativas a los adultos mayores, de los recursos que les sean asignados y proponer alternativas para su optimización.
- Contribuir a la creación, organización y ejecución de acciones de los Consejos de Adultos Mayores en las jurisdicciones provinciales y municipales.
- Proponer, colaborar e impulsar la organización periódica de encuentros provinciales y nacionales de los organismos de Estado y organizaciones de adultos mayores que contribuyan al crecimiento de los aspectos organizativos, culturales, científicos, etc., elaborando sus agendas.
- Proponer e informar sobre instancias de capacitación de los recursos humanos dedicados a la formulación de programas y a la atención directa de las personas mayores.
- Proponer y promover la actualización permanente de los diagnósticos cuantitativos y cualitativos de la situación de las personas mayores para la reformulación y diseño de acciones, procurando que el diagnóstico se realice por zonas geográficas.
- Promover el desarrollo de campañas de sensibilización de la comunidad sobre el envejecimiento, las potencialidades y la problemática de la vejez.
- Difundir información sobre los programas y proyectos existentes y experiencias exitosas e innovadoras.
- Promover un sistema de interconsultas con organismos del Estado y/o instituciones con alcance nacional y/o internacional, en materias relacionadas con las personas mayores.



- Proponer y promover el intercambio de experiencias y capacitación de funcionarios, especialistas y adultos mayores con instituciones públicas y/o privadas y

jurisdicciones nacionales e internacionales priorizando la relación con los países integrantes del Mercosur.

- Participar en la elaboración de propuestas para la incorporación de los derechos de los adultos mayores en las futuras reformas al texto de la Constitución Nacional, e invitar a las Provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires a incluir las reformas en sus Constituciones.
- Evaluar y ponderar los resultados logrados en la aplicación de las políticas y las acciones propuestas.
- Promover la inclusión y participación de adultos mayores que no perciban ningún beneficio previsional a través de organizaciones propias o de su incorporación a entidades ya conformadas y en funcionamiento.
- Coordinar el tratamiento de temas de interés común con otros Consejos Federales, organismos y cuerpos afines.
- Impulsar la actividad legislativa a nivel nacional, provincial y municipal que contemple toda la problemática vinculada a las personas mayores; contribuir a que la normativa vigente se mantenga constantemente actualizada, sugiriendo, en tal sentido, las modificaciones pertinentes y procurando su incorporación a la legislación general aplicable a todos los adultos mayores del país.
- Constituir comisiones especiales para el estudio de asuntos específicos en razón de los temas y de su trascendencia, con la colaboración de técnicos y especialistas.
- Recabar informes a organismos públicos y privados, referidos a su competencia específica.
- Celebrar los convenios que estime pertinente.
- Promover las relaciones intergeneracionales.
- Representar al colectivo de las personas mayores en el ámbito nacional e internacional.
- Fomentar el desarrollo de sistemas de calidad en las organizaciones, servicios y productos relacionados con la temática de los mayores.



- Promover el desarrollo del asociacionismo y la participación de las personas mayores en la comunidad.

- Participar en el monitoreo del “Plan Mayores” hasta que esté en vigencia y del “Adulto Mayor”.

- Participar en el diseño y evaluación

de los programas destinados a la población adulta mayor.

Composición del Consejo Federal de Adultos Mayores

El Consejo Federal de Adultos Mayores estará constituido por un presidente, dos vicepresidentes, un secretario ejecutivo y los vocales.

Funciona en Plenario y en Comité Ejecutivo.

IV.2.2.8. Residencias para Adultos Mayores

La Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores dispone de nueve residencias mixtas (varones y mujeres), una en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, seis ubicadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires y las dos restantes ubicadas en el sur de la Provincia de Buenos Aires. Las residencias son tanto para personas dependientes como para autoválidas, mayores de 60 años que carezcan de cobertura social, aunque se prioriza el ingreso de los mayores **dependientes** que no sufran deterioro severo de su salud mental.



La gestión de las Residencias para Mayores a partir de la asunción de nuevas autoridades en el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación en el año 2003, atravesó un proceso de refuncionalización organizacional y física que permitió la remodelación total de su estructura edilicia de los Hogares “San José” y “Santa Ana” en 2004 y 2005, así como su adecuación a las necesidades del adulto mayor, bajo el paradigma de derechos, el trabajo de equipos interdisciplinarios y la vigencia de un nuevo régimen de atención institucional.

Las residencias para mayores son centros de alojamiento y de convivencia que tienen una función sustituta del hogar familiar, ya sea temporal o permanentemente, donde se presta a la persona mayor una atención integral. Puede tener una orientación de instituto para válidos o de instituto con cuidados especiales por invalidez (residentes asistidos).

Estas residencias cuentan con equipos interdisciplinarios conformados por un equipo básico de Médico/a geriatra, Enfermera/o, Kinesióloga/o, Nutricionista, Psicóloga/o, Trabajador/a Social y Terapeuta Ocupacional. A su vez cuenta con un equipo



recurrente conformado por: Médica/o fisiatra, Médica/o psiquiatra, recreólogo, fonoaudióloga/o, etc.

IV.2.2.9. Programa de Educación y Cultura

Objetivo Generales:

1. Promover y difundir el saber gerontológico tanto a profesionales y técnicos, como a adultos mayores, desde la perspectiva de los derechos.

Los proyectos que enmarca este programa son:

1. Seminarios y Congresos de Formación Gerontológica.
2. Especialización en Gerontología Comunitaria e Institucional.
3. Apoyo a los programas universitarios para mayores, en especial en la realización de talleres educativos y recreativos.
4. Promoción y rescate de la cultura local, a través de la intervención de los adultos mayores.
5. Recuperación de la historia de las comunidades y de sus tradiciones: relatos orales, elaboración de materiales propios para acrecentar el patrimonio cultural de la comunidad (libros, videos).
6. Actividades de recreación y utilización del tiempo libre de las personas mayores. Creación de juegos de acercamiento intergeneracional.
7. Acceso a la alfabetización y alfabetización digital.
8. Expresión de la cultura local a través del arte: realización de murales, proyectos de teatro comunitario, coros, danzas.
9. Promoción de actividades de difusión de la gerontología en general y de acciones directas y específicas de las personas mayores, en particular, mediante la realización de comunicaciones en diarios, revistas, radios, televisión, etc., donde los adultos mayores sean protagonistas o destinatarios de esos productos.
10. Apoyo de proyectos que cumplan con los objetivos educativos y culturales.

IV.2.1.2. Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales

En enero de 1996, mediante el Decreto 292/95, se produce la transferencia de las funciones de tramitación, otorgamiento, liquidación y pago de prestaciones no

contributivas desde la Administración Nacional de Seguridad Social (ANSeS) a la órbita del Ministerio de Desarrollo Social.

La necesidad de organizar los servicios transferidos coadyuvó a la creación de la Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales (CNPA), mediante el Decreto N° 1455/96, como organismo desconcentrado de la hasta entonces Secretaría de Desarrollo Social. En la actualidad depende del Ministerio de Desarrollo Social.

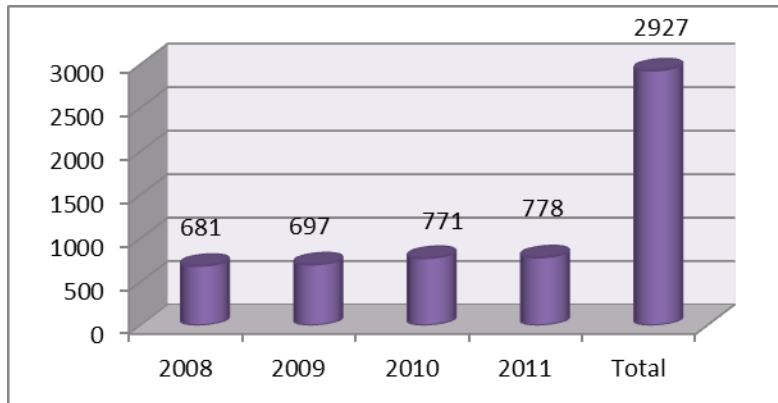
Dentro de las pensiones asistenciales, se encuentran las no contributivas, las que comprenden:

- **ADULTOS MAYORES:** anteriormente al dictado del Decreto 582/03 se la denominaba “**A la Vejez**”. Es un beneficio orientado a personas de 70 años y más. Se regula por la Ley N° 13.478 y sus Decretos Reglamentarios N° 432/97 y 582/03. Antes del 2003, existía una demora de más de 10 años para entregar una pensión. El gobierno actual, definió la **UNIVERSALIDAD de las pensiones a la vejez**, siendo este hecho de trascendental importancia para garantizar la seguridad económica y la calidad de vida de las personas mayores.
- **MADRES DE 7 o MÁS HIJOS:** comprende hijos nacidos vivos, propios o adoptados. Se regula por la Ley N° 23.746, Decreto Reglamentario N° 2360/90.
- **INVALIDEZ:** está dirigida a aquellas personas que presenten un porcentaje de incapacidad igual o mayor al 76%, comprobable por Baremo Nacional, Decreto N° 478/98. Se regula mediante Ley N° 18.910, Decreto Reglamentario N° 432/97.

IV.2.1.3: La Secretaría de Deportes (MDS) incluyó en los “Campeonatos Evita” a las personas mayores, de esta manera se realizan actividades deportivas y recreativas en todas las provincias que culminan con la final en Mar del Plata.

La cultura, la recreación y la reflexión encuentran su lugar en cada edición de los Juegos Evita, desarrollados en la ciudad de Mar del Plata, siendo un símbolo de la integración y el deporte social en todo el territorio nacional. Desde el año 2008 los adultos mayores participan en diversas disciplinas de competición: ajedrez, danzas, cuentos, newcom, tenis de mesa, tejo, sapo, entre otros. La cantidad de adultos mayores que participaron y llegaron a la final aumentó con el correr de los años.

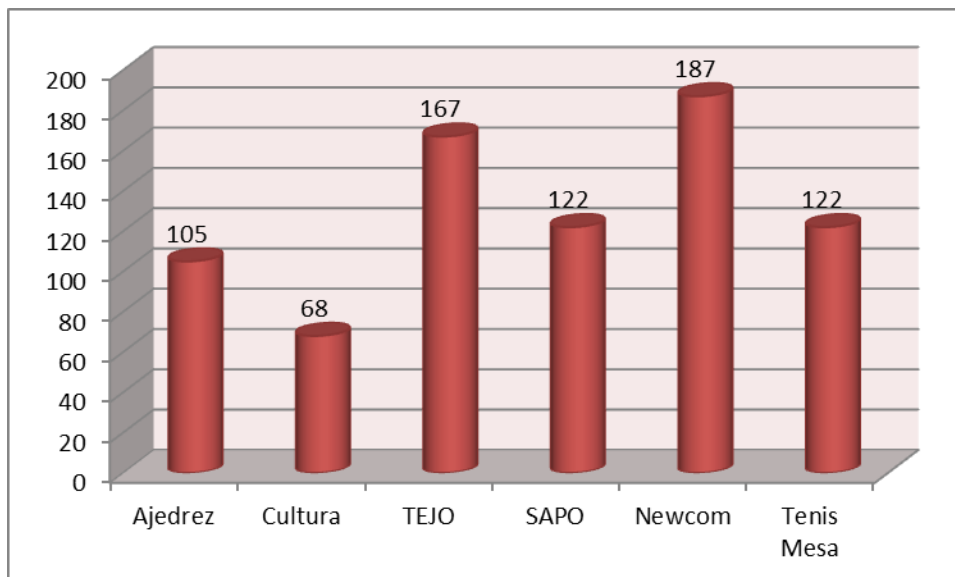
Figura 14. Personas 60 y más años que llegaron a la instancia final de los Juegos Evita. Años 2008 a 2011.



Fuente: Secretaría de Deporte de la Nación. 2011

A continuación el gráfico con la participación por disciplina de los adultos mayores que llegaron a la final de la competencia durante el 2010.

Figura 15. Personas 60 y más años que llegaron a la instancia final de los Juegos Evita por disciplina. Año 2010.



IV.3. Ministerio de Salud de la Nación

El Ministerio de Salud de la Nación es el que tiene en su estructura organizativa al Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP), conocido como PAMI. En 1971, a través de la ley 19.032, se crea el Plan de Atención Médica Integral (PAMI), en un intento por dar respuesta a la falta de atención médica y social de los adultos mayores. Así surge el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y se transforma en un pionero en la asistencia a los mayores, ya que en esa época no existían cátedras especializadas en mayores ni se planteaban políticas globales de salud para ese grupo. De allí el rol histórico que cumplió el organismo. El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) tiene como finalidad central otorgar a los jubilados, pensionados y su grupo familiar primario, las prestaciones sanitarias y sociales, integrales, integradas y equitativas tendientes a la promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Brinda a sus afiliados toda la cobertura sanitaria y social convirtiéndose en una herramienta estratégica para implementar políticas de atención sustentable para los mayores.

Es un organismo autárquico con una estructura administrativo organizacional de carácter nacional, pública no estatal, especializada para la atención de los adultos mayores que se financia a través de la Seguridad Social con el aporte de:

- Trabajadores en actividad
- Jubilados y Pensionados del Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones.

IV.4. Prestaciones públicas de ayudas técnicas y ortopedia

Los Ministerios de Salud y las áreas sociales provinciales financian este tipo de ayuda para las personas sin recursos. El 40% de las personas mayores de 65 años usan ayudas técnicas, audífonos, bastones, sillas de rueda, oxígeno, etc.; de las cuales el 50% debe pagarlas con el presupuesto de su hogar, y sólo el 22% es cubierto por las obras sociales o prepagas⁴. Existe un 44% de las personas mayores de 65



años que no usa ayudas técnicas porque no las necesita. Sin embargo, hay un 16% de personas que no usan ayudas técnicas y los motivos que refiere la Encuesta Nacional de Discapacidad (Indec 2002-2003) son los siguientes: el 50% a causa de no tener ingresos económicos suficientes y el 50%

⁴ INDEC, Encuesta Nacional Complementaria de Personas con Discapacidad, 2002-2003

restante por otros motivos o porque desconoce la ayuda técnica.

IV.5 Turismo Social de la Secretaría de Turismo de la Nación

Los programas de Turismo Social de la Secretaría de Turismo de la Nación tienen como destinatario principal a la población de escasos recursos de todo el país, siendo su objetivo brindarle la posibilidad de poder contar con un período de vacaciones.



Estos programas se llevan



de
Río

a cabo en las Unidades Turísticas de la Secretaría ubicadas en Chapadmalal, Provincia Buenos Aires y Embalse de Tercero, Provincia de Córdoba,

como así también el Programa Federal de Turismo Social que incorpora otros destinos del país. El Plan Tercera Edad tiene como destinatarios a jubilados y pensionados y personas de edad avanzada mayores de 65 años. Las solicitudes para la obtención de plazas se realizan por medio de las organizaciones de adultos mayores (OAM).

IV.6. Los lineamientos de los organismos nacionales e internacionales en la temática



Como vimos en la Unidad I, desde el enfoque de derechos las personas mayores son individualmente titulares de derechos de primera generación (libertades esenciales) y como grupo, titulares de segunda, tercera y cuarta (seguridad y dignidad).

El sistema de Naciones Unidas a partir de sus declaraciones y principios ha promovido la incorporación de los derechos de los mayores como un eje clave en la agenda de gobiernos y sociedades. Los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991) son: **independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad.**



En la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, realizada en Viena, en 1982 (UN) y

luego en el marco de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento,⁵ en la que la participación activa de los mismos adultos mayores en su cumplimiento está especialmente señalada (Naciones Unidas, 2202a y 2002b. y CEPAL-CELADE, 2004), se mencionan las siguientes líneas de acción: a) Las personas de edad y el desarrollo; b) el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y c) creación de un entorno propicio y favorable.

Por su parte, entre las organizaciones que tratan la temática a nivel internacional encontramos: la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el Centro Internacional de Gerontología Social (CIGS); la Asociación internacional de Gerontología (IAG); la Federación Internacional sobre envejecimiento (IFA); la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO); International Institute of Ageing (INIA); Asociación Internacional de Seguridad Social (AISS); Asociación Internacional de Psicogeriatría (IPA); INPEA (Organización de lucha contra el abuso y maltrato en los mayores) que dan cuenta, en diversos programas y líneas de trabajo e investigación, del nuevo desafío que enfrenta la humanidad y de las alternativas de acción para los países miembros, a fin orientar sus políticas a partir del paradigma de derecho de los adultos mayores.



A nivel regional, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe y el Centro Latinoamericano y del Caribe de Demografía (CEPAL-CELADE); la Organización Panamericana de la Salud (OPS); la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS) tratan de la temática.

Existen, además, Federaciones, Redes y Comités Iberoamericanos, Latinoamericanos y del Caribe que tienen como objetivo articular y promover la participación de los adultos mayores a nivel continental, entre ellos la FIAPAM, Federación Iberoamericana de Personas Adultos Mayores; Red Latinoamericana y del Caribe de Personas Mayores (Red Tiempos); Red Iberoamericana de Asociaciones de Adultos Mayores (RIIAM); Programa de Apoyo a Organizaciones de Adultos Mayores, y a nivel de cooperación técnica entre los países la Red Intergubernamental Iberoamericana de Cooperación Técnica (RIICOTEC).

⁵ Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento, Santiago de Chile, CEPAL, marzo de 2004.

Actividad IV.1.



Luego de este recorrido conceptual le proponemos hacer unos ejercicios

Complete el siguiente cuadro relacionando las líneas de acción para la población adulta mayor llevadas a cabo en Argentina con los derechos y lineamientos enunciados por Naciones Unidas.

Línea de Acción / Programa	Derecho	Línea de acción de la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento

.....

IV.7. Direcciones útiles para la consulta de material bibliográfico e información sobre la temática

Organización Iberoamericana de la Seguridad Social (OISS)

<http://www.oiss.org/>

Portal de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS), organismo internacional de carácter técnico y especializado, que tiene como finalidad promover el bienestar económico y social de los países iberoamericanos y de todos aquellos que

se vinculan por el idioma español y portugués mediante la coordinación, intercambio y aprovechamiento de sus experiencias mutuas en Seguridad Social.

Portal Mayores

<http://www.imsersomayores.csic.es/>

Portal especializado en gerontología y geriatría, desarrollado por el Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) y el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) y dirigido al ámbito académico y científico, los profesionales de los servicios sociales, los propios mayores y la sociedad en general. Creado en 2001 como resultado de un convenio de colaboración entre ambas instituciones, su actividad se basa en el intercambio de información sobre personas mayores en la red.

Envejecimiento y Desarrollo, CELADE –división de población CEPAL

<http://www.cepal.org/celade/envejecimiento/>

Organización Panamericana de la Salud

<http://www.paho.org/>

Red Latinoamericana de Gerontología

<http://www.gerontologia.org/>

La Red Latinoamericana de Gerontología es una red virtual en el área de la gerontología social que busca dar respuesta a las inquietudes de instituciones que trabajan en América y el Caribe en la promoción de las personas adultas mayores.

Red para el desarrollo de los adultos mayores. Desarrollo Social y Envejecimiento

<http://www.redadultosmayores.com.ar/>

Red de investigación focalizada en el proceso de envejecimiento de la población y el desarrollo cultural de los adultos mayores. Su propósito es contribuir con investigaciones en América Latina y el Caribe sobre el desarrollo cultural, educativo y sanitario de los adultos mayores, abriendo caminos hacia una sociedad para todas las edades en un mundo cada vez más envejecido y tecnificado, contando con la participación de investigadores, universidades y organizaciones no gubernamentales de adultos mayores en la Red.

Red de Investigación del Envejecimiento en América Latina y el Caribe (REALCE)

<http://realce.org/>

La Red de Investigación del Envejecimiento en América Latina y el Caribe (REALCE) está formada por un grupo de investigadores que buscan enfatizar el estudio de los aspectos sociales, económicos, de salud, bienestar y calidad de vida del proceso de envejecimiento de la población en la región de América Latina y el Caribe. Dentro de este contexto se considera, también como énfasis, el estudio de la población de origen latinoamericano y caribeño en los Estados Unidos y Canadá.

Equipo de apoyo técnico para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

<http://www.cstlac.org/html/home.html>

El Equipo de Apoyo Técnico para América Latina y el Caribe del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), con base en México, está constituido por especialistas en campos temáticos correspondientes a las tres áreas básicas del mandato del UNFPA: Estrategias de Población y Desarrollo, Salud Sexual y Reproductiva, y Movilización de Apoyos Políticos y Sociales.

Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Mayores

<http://www.fiapam.org/>

Federación formada por asociaciones de adultos mayores de Latinoamérica, El Caribe, España y Portugal, para emprender acciones conjuntas que colaboren en el desarrollo económico, político y social de los pueblos. Es un movimiento asociativo, plural y democrático, sin ánimo de lucro, en defensa de las personas adultas mayores.

Envejecimiento exitoso

<http://www.iadb.org/regions/aging/esp/home.cfm>

Página del Banco Interamericano de Desarrollo, ofrece información orientada a facilitar la formulación, implementación y evaluación de políticas y programas multisectoriales dirigidos a la promoción y el apoyo del envejecimiento exitoso.

Global Action on Aging

<http://www.globalaging.org/>

Organización estadounidense dedicada a la difusión de información sobre temas relacionados con las personas mayores y la problemática del envejecimiento.

HelpAge Internacional

<http://www.helpage.org>

HelpAge Internacional es una red mundial de organizaciones sin fines de lucro con la misión de trabajar con y para las personas mayores en desventaja en todo el mundo, con el fin de lograr una mejoría perdurable en la calidad de sus vidas.

Comisión Nacional de Pensiones Asistenciales. Ministerio de Desarrollo Social. Argentina

<http://www.desarrollosocial.gov.ar/pensiones/pensiones2.asp>

Es el organismo que realiza la tramitación, otorgamiento, liquidación y pago de prestaciones no contributivas.

Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Argentina

www.pami.org.ar/

El Instituto es la Obra Social de los Jubilados y Pensionados Nacionales. Es un organismo pionero en la asistencia sociosanitaria de los mayores, la mayor obra social de América Latina y una de las más grandes del mundo con más de 3.200.000 afiliados.

Ministerio de Desarrollo Social. Argentina

<http://www.desarrollosocial.gov.ar/>

El Ministerio de Desarrollo Social asiste al Presidente de la Nación y al Jefe de Gabinete de Ministros, en orden a sus competencias, en todo lo inherente a la promoción y asistencia social orientada hacia el fomento de la integración social y desarrollo humano, la atención y la reducción de las situaciones de vulnerabilidad social, el desarrollo de igualdad de oportunidades para estos sectores, capacidades especiales, menores, mujeres y ancianos, la protección de la familia y el fortalecimiento de las organizaciones comunitarias, así como en lo relativo al acceso a

la vivienda digna y al cumplimiento de los compromisos asumidos en relación con los tratados internacionales y los convenios multinacionales, en materia de su competencia.

Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES). Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Argentina

www.anses.gov.ar

ANSES es un organismo descentralizado, en jurisdicción del Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. Está facultada para administrar los fondos correspondientes a los regímenes nacionales de jubilaciones y pensiones, en relación de dependencia y autónomos, de subsidios y asignaciones familiares.

Ministerio de Salud y Ambiente. Argentina

www.msal.gov.ar

Programa Federal de Salud. Argentina

<http://profeonline.no-ip.info/>

Tiene el objetivo de brindar cobertura médico integral a los beneficiarios de pensiones no contributivas otorgadas y a otorgarse con la intervención de la COMISIÓN NACIONAL DE PENSIONES ASISTENCIALES, residentes en todo el territorio nacional que se encuentren afiliados al PROFE-SALUD. A través de su accionar asegura el cumplimiento de las políticas de prevención, promoción y recuperación de la salud y el ejercicio del derecho de los afiliados a gozar de las prestaciones médicas conforme lo establecido por el PROGRAMA MÉDICO OBLIGATORIO y otras leyes nacionales.

Instituto Nacional de Estadística y Censos de la República Argentina

<http://www.indec.mecon.gov.ar/>

Resumen de la Unidad IV

En esta unidad hemos abordado el marco conceptual de atención sociosanitaria para adultos mayores y las líneas de acción que lleva adelante el gobierno argentino a fin de promover una atención gradual a lo largo de toda la vida.

Este marco está en consonancia con las recomendaciones de los organismos internacionales abocados a la temática.



**¡¡Felicitaciones nuevamente!! Nos
merecemos otro descanso.**

Unidad V. Los adultos mayores como actores sociales relevantes. Su articulación con organismos públicos estatales

En esta unidad hacemos un recorrido por las diversas estrategias asociativas de los adultos mayores como sujetos de derecho, insertos en la sociedad y asociadas a organismos públicos estatales, actores en las políticas que les atañen como grupo.

V.1. El movimiento asociativo de los adultos mayores

Las organizaciones de mayores datan en nuestro país de 1921, con los primeros centros de jubilados por oficios como los de los ex- trabajadores ferroviarios. En el año 1950 el Club Edad de Plata de la colectividad judía marcó un hito en la conformación de estas organizaciones.

Definimos a las organizaciones de adultos mayores (OAM) como organizaciones civiles conformadas por personas mayores o intergeneracionales con predominio de adultos mayores (Rodríguez Cabrero, 1997: 36) que:



“[...] son indirectamente políticas por lo reivindicativas, pero sobre todo son asociaciones cívicas. Por lo cual, entendemos aquellas entidades de carácter voluntario que pretenden altruísticamente desarrollar un servicio que no sólo contribuya al bienestar individual de sus miembros, sino también al bienestar general de la sociedad.”

Sin dudas, la creación del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados como la obra social de los jubilados nacionales – INSSJP - (con su Programa de Atención Médica Integral- PAMI), a principios de los años setenta, significó un avance fundamental en la formulación de políticas para este grupo etario y consecuentemente en la conformación de las Organizaciones de



Adultos Mayores (OAM) desde el paradigma de la actividad. La propuesta era fundamentalmente recreativa y de turismo y apuntaba a los sectores medios y medios bajos beneficiarios de la obra social. Por medio de subsidios el PAMI brinda, aún en la actualidad, a los centros, la posibilidad de contar con servicios de enfermería, pedicuría, talleres de gimnasia, yoga, asesoramiento previsional, turismo y miniturismo, etc.

En la década del 80 comenzó una línea de acción del PAMI de conformación de centros de jubilados que coincide con la recuperación del espacio democrático y fue parte de la transición que se inicia en ese momento. En el año 1984 se contabilizaron 800 centros de jubilados en todo el país.

En la década del 90 y luego de la crisis económica de fines de los 80 surgieron dos programas alimentarios que centraron su ejecución en las OAM (Organizaciones de Adultos Mayores) como unidades efectoras. El INSSJP, lanzó, en 1992, el Programa ProBienestar por el que se otorga un subsidio para que las OAM brinden un servicio de comedor a población mayor, afiliada al Instituto, en situación de riesgo social. Este subsidio consistía en un monto *per cápita* y, eventualmente, otro para mejoras del comedor y área de preparación de alimentos. En un principio las comisiones directivas de los centros de jubilados y pensionados recibían el subsidio y debían, conjuntamente con los voluntarios de la OAM, realizar las compras,



preparar y servir la comida, así como rendir cuentas. En el año 1997 cubrían a 299.000 beneficiarios por medio de 2.119 centros. En la actualidad la cobertura es para aproximadamente 500.000 personas y hay más de 5000 centros de jubilados en todo el país. Esta iniciativa implicó, por un lado, la conformación de aproximadamente unos 600 nuevos centros de jubilados fundados en barrios periféricos de las grandes ciudades del país y en zonas marginales que no respondían al perfil original recreacional de sectores medios y medios bajos. Y por el otro, la implementación del programa en los centros existentes en los que se proponía la solidaridad intrageneracional de aquellos que disponen de más recursos hacia los pares generacionales que se encuentran en situación de vulnerabilidad social. Esto conllevó en muchos casos a un alto nivel de conflictividad en el interior



de los centros por la aparición de una población diversa a la que habitualmente concurría. Si bien el programa subsiste, ya no quedan prácticamente comedores y sólo se reparten bolsones con un complemento alimentario. Es necesario destacar que, si bien la preparación de

los bolsones una vez al mes es más sencilla, de cualquier modo hay que realizar las compras, armar los bolsones, repartirlos y rendir cuentas, además de las tareas complementarias que se llevan a cabo. Reciben para ello apoyo técnico del Pami y la oferta de otros servicios para sus asociados.

Desde la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación se implementó en 1993 el Programa Asoma como respuesta a las necesidades de los adultos mayores en riesgo social sin acceso a prestaciones básicas de alimentación y recreación a través del sistema de seguridad social. El Programa Asoma tuvo un componente alimentario complementario conformado por bolsones, cuyas unidades efectoras fueron las áreas provinciales de Tercera Edad y las OAM en todo el territorio nacional, con una cobertura prevista de 350.000 beneficiarios. Este programa se unificó con otros programas alimentarios del ámbito del Ministerio de Desarrollo Social en el año 2000, en el marco del Programa Unidos, el que se enmarca en la actualidad en el Plan de Seguridad Alimentaria que tiene como población objetivo a la familia y sus unidades efectoras son los municipios y diversas organizaciones de la sociedad civil.

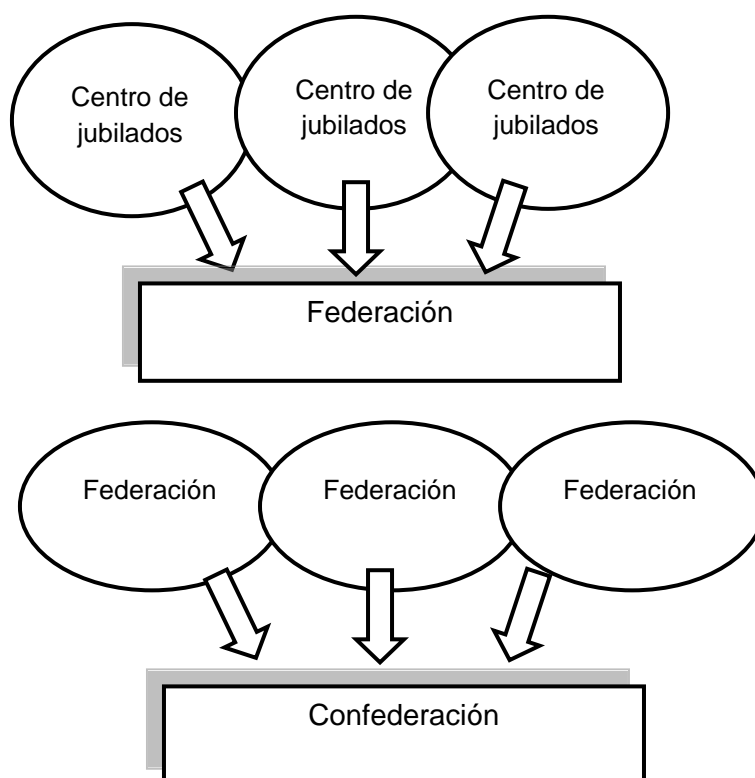


Se registran, según datos del Registro de Entidades de Jubilados y Pensionados, Subgerencia de Relación con los Beneficiarios (INSSJP-PAMI) 5.220 centros de jubilados y pensionados nacionales (se conforman en centros de jubilados como parte del universo de las asociaciones civiles simples en todo el país). El 40% se encuentra en el Área Metropolitana de Buenos Aires, correspondiendo con la proporción de población de edad que allí reside. Le siguen en importancia Córdoba y Santa Fe con el 9% de la población mayor y la misma proporción de OAM, Mendoza con el 4% de la población mayor y el 3% de OAM del país; Tucumán, Santiago del Estero, Entre Ríos y Chaco con un porcentaje que oscila entre el 2 y el 3% de las OAM del país.

Las dificultades que encaran las organizaciones para su mantenimiento tienen una forma de expresión en el porcentaje de entidades que tienen su documentación o conformación de autoridades con mandato vencido que alcanza al 29,6% de las OAM (1.544 organizaciones).

Es de destacar la existencia de centros de adultos mayores a nivel provincial (jubilados provinciales) y organizaciones de mayores como los Centros Cumelén del Gobierno de La Pampa o los 24 clubes de abuelos que reciben asistencia técnica y alimentaria dependientes de la Subsecretaría de Acción Social de la provincia de Misiones. El movimiento asociativo de adultos mayores, además de las organizaciones de base, está conformado por organizaciones de segundo y tercer nivel a partir de nucleamientos de centros y clubes de abuelos en federaciones, cuyo ámbito territorial son las provincias, y en confederaciones, cuyo alcance territorial es regional o inclusive pueden llegar a abarcar todo el país. Los centros y organizaciones de primer grado, reunidos en asamblea, constituyen una organización de segundo grado o federación. Para conformar una federación se necesita nuclear, como mínimo, a siete centros. Con un mínimo de tres federaciones se conforma una confederación, que es una organización de tercer grado.

El mapa de organizaciones no es sencillo, ya que existen centros que adhieren directamente a las confederaciones y federaciones que no están confederadas, especialmente en el conurbano bonaerense.



Las federaciones y confederaciones actúan como representantes de los adultos mayores ante los órganos gubernamentales y no gubernamentales que demandan la presencia y participación de las personas mayores. Además llevan adelante estrategias de capacitación y de difusión (programas radiales y publicaciones) a fin de formar e informar a sus asociados.

Existen registradas unas 147 federaciones y siete confederaciones (datos del INSSJP a diciembre de 2005). Las Confederaciones son:

1) Confederación Patagónica de Entidades de Jubilados y Pensionados, que inició sus actividades en 1995 con seis federaciones asociadas que abarcan organizaciones de jubilados nacionales y de tercera edad de las provincias de La Pampa, Río Negro, Neuquén, Chubut, Santa Cruz y Tierra del Fuego.

2) Confederación Mesa Federal de Organizaciones de Jubilados, Pensionados y Tercera Edad de la República Argentina, creada en 1992, con 28 federaciones asociadas, con aproximadamente 900 centros adheridos y 500 centros adheridos directamente, representando a jubilados nacionales, provinciales y tercera edad, que abarca la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, conurbano bonaerense, resto de la provincia de Buenos Aires, Santa Fe, Tucumán, Entre Ríos, Formosa, Corrientes, Córdoba, Santiago del Estero, Mendoza, San Juan, San Luis, Chaco y Misiones.

3) Confederación de Jubilados, Pensionados y Retirados de las Provincias Unidas, fundada en 2000, con cuatro federaciones miembros, representando a jubilados nacionales, provinciales, municipales y tercera edad, con centros adheridos de la provincia de Buenos Aires.

4) Confederación de la Tercera Edad del Área Metropolitana Norte del Conurbano Bonaerense, creada en 2002, con cuatro federaciones adheridas con 57 centros de la Provincia de Buenos Aires.

5) Confederación Argentina de Entidades de Jubilados, Retirados y Pensionados Provinciales y Nacionales, conformada por 4 federaciones y 5 centros no federados que representan jubilados nacionales, provinciales, municipales y tercera edad de las provincias de Tucumán, San Luis, Mendoza, Jujuy, Río Negro y Ciudad de Buenos Aires.

6) Confederación General de Jubilados, Retirados y Pensionistas del País, conformada por 16 federaciones y 22 centros no federados de las provincias de Tucumán, Córdoba, Buenos Aires, Santa Fe, Neuquén, Misiones, Salta y Jujuy.

7) Confederación General de Jubilados, Pensionados y Retirados de la República Argentina.

Estas organizaciones congregan aproximadamente 1.600.000 personas (INSSJP, 2005), cifra que debemos tomar con cautela, si consideramos que constituiría prácticamente una tercera parte de población de 60 y más años. En este sentido consideramos que es necesario afinar los criterios de representatividad, ya que una organización de primer nivel puede estar afiliada a más de una federación y lo mismo ocurre con las federaciones respecto de las confederaciones. Además, es habitual que las personas mayores concurren a más de una organización con lo que es necesaria una depuración periódica de los padrones a fin de eliminar a los socios que, aunque inscriptos, no concurren.

Después de la crisis del 2001 se produjo una fragmentación de las organizaciones y no tanto, un aumento de su cobertura en función del crecimiento del número de organizaciones de primero, segundo y tercer nivel.

El punto es, desde el paradigma del envejecimiento poblacional como un logro de la humanidad, y de la vejez como una etapa en la que se está en condiciones de aportar a la sociedad el conocimiento y la experiencia vital de haber transitado por toda una vida, cómo fortalecer y promover el aporte comunitario de las personas mayores con posibilidad de brindarlo. Actualmente el 8,9% (Encuesta de Condiciones de Vida, 2001) de la población de mayores, valor algo menor que el obtenido para la

población comprendida entre los 15 y los 59 años de edad (10,2%), realiza algún tipo de actividad voluntaria.

Consideramos que el restar importancia a la potencialidad de las OAM -que transitan experiencias similares a tantas otras organizaciones de la sociedad civil- tanto en lo que significa satisfacer necesidades crecientes de los mayores más vulnerables, como en la reivindicación de la condición de ciudadanos de las personas de edad, se constituye en un nuevo enfoque edaísta o discriminatorio ante el cual debemos estar alerta.

V.2. Estrategias asociativas para la implementación de políticas públicas. Los consejos de mayores

La proliferación de organizaciones de la sociedad civil ha sido interpretada desde distintas ópticas (Ariño Villarroya, 2002). Algunos autores sostienen que desde un enfoque utópico se observa una nueva oportunidad para la participación y profundización de los procesos democráticos. Otros, desde una perspectiva crítica, sostienen que el incremento del asociacionismo está íntimamente relacionado con el corrimiento del Estado de Bienestar. Y se manifiesta una última posición, que podríamos llamar integrada, que resalta la creciente institucionalización del sector y la viabilidad de trabajar conjuntamente con el Estado y la empresa. Desde esta última mirada se observa la creciente conformación de consejos a nivel local, provincial, nacional, regional e internacional en los que la complejidad y variedad de conformación, objetivos y formas de funcionamiento es enorme.

Los consejos económico-sociales poseen tres características: a) representan intereses, en la medida en que son espacios que permiten a los ciudadanos la participación en el sistema político a través de las organizaciones que representan sus intereses; b) son foros permanentes de diálogo social y, c) de institucionalización de los intereses colectivos.

Los consejos consultivos tiene una larga tradición en Europa que se remonta a los inicios del siglo XX (Constitución de Weimar, 1919), se han expandido a toda Europa y desde la última década del siglo a los países del este europeo.

En Iberoamérica han tenido también un desarrollo variado que se relaciona fundamentalmente con los procesos de transición democrática. En el caso particular de la Argentina, se implantaron durante los últimos años del siglo pasado, y alcanzaron un desarrollo con variada suerte luego de la crisis económica y social que

convulsionó al país a principios del milenio. En 1997 se creó el Gabinete Social y luego, el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales que opera hasta ahora.

El **Gabinete Social** tuvo el objetivo de asignar recursos presupuestarios y establecer mecanismos de coordinación, información y control de la aplicación de sus propios fondos y de los recursos transferidos a las provincias y municipalidades, para el logro de los objetivos fijados, competencias en la asignación, monitoreo, evaluación y ejecución de políticas, con la participación de ministros y la presidencia del Jefe del Gabinete, con un resultado más formal que real, debido a la escasa base política de sustentación.

Luego de la crisis se creó mediante el Decreto N° 357 del 21/02/2002 el Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales.

Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales tiene como objetivo “constituir un ámbito de planificación y coordinación de la política social nacional para mejorar la gestión de gobierno, mediante la formulación de políticas y la definición de cursos de acción coordinados e integrales, optimizando la asignación de los recursos.”

El Consejo está integrado por los ministros de Economía y Producción; Desarrollo Social; de Trabajo, Empleo y Seguridad Social; Educación, Ciencia y Tecnología; y de Salud y Ambiente. Se ubica en el ámbito de la Presidencia de la Nación. En este ámbito se creó en enero de 2005, el Consejo Consultivo Nacional de Políticas Sociales (CCNPS), como una instancia unificada, asumiéndose que la participación ciudadana “[...] aportará una perspectiva integrada de las distintas y

variadas complejidades de la realidad social, de modo que permita la articulación de los diferentes territorios y los derechos de los grupos más vulnerables.” (Decreto 15/2005 de creación del Consejo Consultivo).

La convocatoria del Consejo Consultivo pretende ser amplia en la medida en que incluye a representantes gubernamentales, empresariales, de organizaciones sindicales de trabajadores, de organizaciones sociales y de instituciones confesionales.

El modelo de los consejos de adultos mayores proviene de la estructura de los consejos económicos sociales que son órganos consultivos compuestos por representantes de la sociedad civil organizada, principalmente organizaciones empresariales y sindicales, y cuya finalidad es orientar las políticas públicas en materias sociolaborales y/o económicas.

Los consejos de adultos mayores funcionan como órganos consultivos en relación a la temática de las personas de edad y han adoptado formas diversas según las características de los países en los que se han implementado.

La conformación de los consejos de adultos mayores (CAM) fue concebida como una estrategia para promover la capacidad de las personas mayores y de sus organizaciones en la defensa de sus derechos y en el logro de respuestas a sus necesidades.

En este sentido, son un espacio de articulación e intercambio entre representantes de las organizaciones de adultos mayores y del sector público directamente vinculados a la temática, a fin de posibilitar que las políticas sean discutidas y elaboradas con la participación de todos los actores involucrados, propiciando el consenso en la detección de necesidades y en la aprobación de las decisiones, de manera de garantizar su aplicación efectiva y su implementación eficaz.

Actividad V.1.



Antes de seguir con el tema le proponemos realizar un análisis:

Relacione las estrategias participativas de los adultos mayores enunciadas en este capítulo con los Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad y la Estrategia Regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. ¿Con cuáles de los derechos y líneas de acción se relacionan?

V.3. Consejos de Adultos Mayores en Europa y América

En lo que respecta específicamente a los consejos de personas mayores los primeros datan de la década de los 80 y se desarrollan, sobre todo, en la década siguiente.

Entre los antecedentes europeos encontramos en **España** el **Consejo Estatal de las Personas Mayores**, organismo que depende del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, creado en 1994 por el Real Decreto 2171, actualizado y reglamentado por Real Decreto 117/2005.

Está actualmente conformado por sesenta consejeros: a) dos de carácter nato: Titular de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. (Presidente) y Titular de la Dirección General del Inmerso (vicepresidente). b) Los cuarenta y ocho restantes: trece en representación de la administración pública: siete de la administración General del Estado; cuatro de la autonómica y dos de la Local; veinticinco en representación de las confederaciones, federaciones o asociaciones de mayores; quince del ámbito estatal y diez del ámbito no estatal (vicepresidente y secretario); diecinueve en representación de los consejos u órganos colegiados que tiene funciones análogas al Consejo Estatal en las Comunidades Autónomas; uno en representación del Consejo General de Emigración.

Los consejeros que representan a la Administración Pública Nacional son nombrados por el titular de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad a propuesta de sus respectivos departamentos.

Los consejeros representantes de las Administraciones Autonómicas son elegidos por la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales entre sus miembros. Los consejeros correspondientes al ámbito local son elegidos por la Federación Española de Municipios y Provincias.

Los consejeros representantes de las organizaciones de mayores son nombrados por la Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad a propuesta de las correspondientes organizaciones. El consejero por el Consejo General de Emigración es designado por dicho consejo.

Entre las funciones se destacan: institucionalizar la colaboración y la participación de las personas mayores en la definición, aplicación y seguimiento de las políticas de atención, inserción social y calidad de vida dirigidas a este sector de población en el campo de competencias atribuidas a la Administración General del Estado. Canaliza hacia la Administración General del Estado las iniciativas y demandas de las personas mayores. Asesora e informa sobre las consultas que le son formuladas por los departamentos Ministeriales e Instituciones en materias que afectan a las condiciones y calidad de vida de la población mayor.

La duración del mandato es de cuatro años para los miembros no natos.

Con respecto a las características de las organizaciones de la sociedad civil que lo conforman: son entidades formadas exclusivamente por personas mayores, legalmente constituidas, debidamente inscritas en el registro administrativo correspondiente, que carezcan de fines de lucro y hayan sido creadas con fines relacionados con los intereses propios de las personas mayores.

No podrán formar parte del Consejo aquellas que conforman federaciones o confederaciones ya representadas en él.

La convocatoria a participar en el Consejo es pública según requisitos, modelo de solicitud y criterios valorativos, así como la composición de la comisión de valoración, que es presidida por el Director General del Imsero y que establecerá los criterios para elegir los diecinueve consejeros representantes de las comunidades autónomas.

En lo que respecta a su funcionamiento está conformado por el Pleno del Consejo y la Comisión Permanente. El Pleno del Consejo debe realizar al menos dos sesiones ordinarias por año. Podrá haber reuniones extraordinarias convocadas por el presidente por propia iniciativa, por la Comisión Permanente o a petición de un tercio de sus miembros. La Comisión Permanente se reúne por lo menos cuatro veces al año. Podrá reunirse en sesiones extraordinarias por solicitud del presidente, de una tercera parte de sus miembros o con carácter previo a la celebración del Pleno.

El Consejo Nacional de Envejecimiento y Personas Mayores que depende del Ministerio de Salud y Niñez de **Irlanda** fue creado el 19 de marzo de 1997.

Tiene como antecedentes dos consejos de mayores creados con anterioridad (1981 en adelante). Está conformado por treinta personas, de los cuales como mínimo cuatro tienen que ser personas de sesenta y cinco y más años. Es un organismo que realiza un diagnóstico de la situación de las personas mayores en Irlanda y participa en la elaboración de las políticas en articulación con otros organismos de Estado, la provisión de información a otros organismos públicos y al público en general sobre los adultos mayores y la promoción de una mejor comprensión del envejecimiento y de la población mayor en Irlanda.

En América, en la década del 90 y más tardíamente, surgen diversos consejos de mayores según las características sociodemográficas y políticas de los diversos países del continente.


En **Canadá** se creó el 1º de mayo de 1980 el **Consejo Consultivo Nacional sobre la Tercera Edad** dependiente del Ministerio Nacional de Salud.

Está conformado por dieciocho miembros provenientes de todas las regiones de Canadá y de diversos sectores sociales. Los miembros son nombrados por el Gobernador General por un mandato entre dos y tres años. El Consejo recibe soporte administrativo de un equipo de funcionarios de la función pública federal de Ottawa. Entre sus funciones se encuentra a) aconsejar al Ministro de Salud sobre las cuestiones prioritarias hoy y en el futuro relacionadas con los adultos mayores; b) estudiar los problemas de las personas mayores y realizar las recomendaciones correctivas necesarias; c) realizar la articulación entre las asociaciones, instituciones y grupos nacionales, provinciales y locales que se interesan por el envejecimiento o que representan a las personas mayores; d) difundir información sobre la temática; e) publicar informes y f) estimular el debate público sobre el envejecimiento.

En los países **de América Latina** si bien la legislación en algunos casos data de la última década del siglo pasado, se hicieron efectivos al mismo tiempo o con posterioridad a la realización de la Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento.

La **República Federativa de Brasil** creó el **Consejo Nacional de los Derechos de los Mayores** dependiente de la Presidencia de la República y dentro de ella de la Secretaría Especial de Derechos Humanos, según la Ley N° 8842, del 4 de enero de 1994 y luego constituido por la Ley N° 10741 del 1° de octubre de 2003 y el Decreto N° 5109 del 17 de junio de 2004.

El Consejo está conformado por veintiocho miembros: 1) catorce representantes y sus respectivos suplentes (uno por cada uno) de los siguientes organismos gubernamentales: Secretaría Especial de los Derechos Humanos de la Presidencia de la República, Ministerio de Justicia; del Ministerio de Relaciones

Subsecretaria de Direitos Humanos
Secretaria-Geral da Presidência da República 
GOVERNO FEDERAL

Exteriores; Ministerio de Trabajo y Empleo; Ministerio de Educación; Ministerio de Salud; Ministerio de Cultura; Ministerio de Deporte; Ministerio de Turismo; Ministerio de las Ciudades; Ministerio de Ciencia y Tecnología; Ministerio de Desarrollo Social y Combate al Hambre; Ministerio de Previsión Social y Ministerio de Planeamiento, Ordenamiento y Gestión. Estos son elegidos por los titulares de los organismos representados veinte días antes del término de los mandatos.

2) Un representante y los respectivos suplentes de las organizaciones de Trabajadores, las organizaciones de empleadores, de los órganos de fiscalización del ejercicio profesional y de las organizaciones de “aposentados”. Dos representantes y sus respectivos suplentes de los siguientes segmentos: representantes de la sociedad civil, que actúan en el campo de la defensa y de la promoción de los derechos de las personas mayores: organizaciones de la comunidad científica; organizaciones de educación, ocio, cultura, deporte o turismo. Tres representantes y sus respectivos suplentes de los siguientes segmentos representantes de la sociedad civil, que actúan en el campo de la defensa y de la promoción de los derechos de las personas mayores: organizaciones de defensa de derechos; organizaciones de asistencia social.

El Presidente y el vicepresidente son elegidos por el Plenario reunido en Asamblea y deberán alternarse entre un representante de las organizaciones de gobierno y de la sociedad civil en cada nuevo mandato.

Los catorce representantes de las organizaciones de la sociedad civil son escogidos por medio de votación a partir de una convocatoria del CNDI, en una publicación en el diario oficial realizada sesenta días antes de la finalización del mandato. Se elegirán titulares y suplentes, por lo menos treinta días antes de finalización del mandato. El proceso electoral es acompañado por un funcionario de gobierno designado a ese fin.

Entres sus funciones se encuentran:

- 1) Elaborar las directrices, instrumentos, normas y prioridades de la política nacional de la persona mayor, controlar y fiscalizar sus acciones de ejecución;
- 2) elaborar proposiciones con el objetivo de perfeccionar la legislación pertinente a la política nacional de la persona mayor;
- 3) velar por la aplicación de la política nacional de atención a las personas mayores y por la implementación de acciones que tiendan al cumplimiento de acuerdos, convenciones y otros instrumentos internacionales relativos al envejecimiento de las personas;
- 4) estimular la creación de consejos de personas mayores;
- 5) estimular y apoyar técnicamente la creación de consejos de mayores y a los organismos estatales, municipales y organizaciones de la sociedad civil para hacer efectivos los derechos de las personas mayores;
- 6) avalar la política llevada a cabo por las esferas estadual, distrital y municipal en lo referente a los consejos de mayores instituidos en esas áreas de gobierno;
- 7) acompañar el reordenamiento institucional de las estructuras públicas y privadas, siempre que sea necesario en lo referente a la atención de las personas mayores;
- 8) apoyar la realización de campañas educativas sobre los derechos de las personas mayores, con atención a las medidas a ser adoptadas en caso de violación de los derechos de las personas mayores;
- 9) acompañar la elaboración y ejecución de una propuesta del Estado Federal, identificando las modificaciones necesarias para llevar adelante una política de promoción de los derechos de las personas mayores;
- 10) elaborar un



reglamento interno, que será aprobado, como mínimo por dos tercios de sus miembros. Sus miembros permanecen en el cargo por dos años con posibilidad de reelección. Entre los criterios de elección de sus representantes se establece que se considera organización de la sociedad civil a la entidad de derecho privado sin fines de lucro, de interés de utilidad pública que tenga actuación en el ámbito nacional, con representación como mínimo de cinco unidades de federaciones en tres regiones.



Funciona a partir de una Asamblea General; comisiones permanentes y grupos temáticos. Las comisiones, de carácter técnico se constituyen en carácter permanente y son las siguientes: Políticas Públicas; Normas; Comunicación social; Financiamiento y de Articulación y estímulo a la creación de los consejos. Los grupos temáticos son temporales y se

organizan con tareas y plazos determinados.

El CNDI se reúne cada dos meses o extraordinariamente convocado por el Presidente o a requerimiento de la mayoría de sus miembros. Las reuniones ordinarias son públicas. Las asambleas extraordinarias deben ser convocadas con 20 días de antelación.

En **Chile** se creó el **Comité Consultivo del Adulto Mayor**

El origen del mismo es el Artículo 6 de la Ley 19.828 que



creó el Servicio Nacional del Adulto Mayor en 2003 y su Decreto Reglamentario N° 92 del 21 de julio de 2003. Está presidido por el titular del Servicio Nacional del Adulto Mayor e integrado por: a) siete académicos de Universidades del Estado o reconocidas por éste; b) cuatro personas provenientes de organizaciones de adultos mayores, inscriptas en el Registro del Servicio con esa finalidad; c) cuatro personas representantes de personas naturales o jurídicas que presten servicios remunerados o no a adultos mayores inscriptas en el Registro de Prestadores de Servicios al Adulto Mayor. Los consejeros correspondientes a los ítems a) y b) son nombrados por el Presidente de la Nación; en tanto que los del c) son elegidos entre las personas e

instituciones inscritas en el Registro Nacional. Para ello el Director Nacional del SENAMA realiza una convocatoria en un periódico de circulación nacional a los representantes de los prestadores de servicios inscritos en el registro a fin de que realicen la elección. Los elegidos serán aquellos que tengan las cuatro primeras mayorías en la votación de los presentes. Cada representante tendrá derecho a emitir un voto. La elección se lleva a cabo con los representantes que asistan y se realiza durante la segunda quincena del mes de diciembre del año anterior a su entrada en funciones. Los miembros a) y b) se mantienen en su cargo mientras tengan la confianza del Presidente de la República, los c) pueden ser reelegidos.

Las funciones del Comité son: a) Asesorar al Director Nacional en todo lo relativo a las acciones, planes y programas del Servicio sometidos a su consideración; b) realizar las sugerencias, observaciones y proposiciones que estimen convenientes; c) dar su opinión en las materias en las que se solicite su opinión.

El Consejo se reúne en sesiones ordinarias por lo menos una vez al mes. El Director Nacional podrá convocar a sesiones extraordinarias por propia iniciativa o a propuesta de cuatro de los miembros del comité consultivo. Los acuerdos se adoptan a partir del voto favorable de la mayoría de los miembros presentes. Estos acuerdos tienen el carácter de recomendaciones para el Director Nacional.

En **Nicaragua** se creó el **Consejo Nacional del Adulto Mayor**, dependiente del Ministerio de la Familia, según Decreto N° 93 del 27 de septiembre de 2002.

El Consejo está presidido por la Primera Dama de la República. Coordinado por el titular del Ministro de la Familia e integrado por dieciséis delegados de los siguientes organismos públicos: Ministerio de la Familia, Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, Instituto Nicaragüense de Turismo, Procuraduría de Derechos Humanos, Asociación de Municipios; adulto mayor miembro de las Asociaciones de Jubilados, adulto mayor no jubilado beneficiario de un programa social dirigido a esta población; un representante



de las regiones autónomas Atlántico Norte y Atlántico Sur, de organismos no gubernamentales vinculados al tema y acreditados ante el Ministerio de Familia; empresa privada, Iglesia, Consejo de Universidades y otros que decida el Consejo. Las funciones del Consejo son: 1) estimular la integración del adulto mayor a la vida familiar, social y al desarrollo del país; 2) velar y asegurar que el adulto mayor cumpla con sus deberes y disfrute plenamente de los derechos y libertades consagradas en la Constitución Política y en las demás leyes de la República; 3) proponer las políticas y los planes nacionales en materia de protección y atención integral del adulto mayor; 4) participar, en coordinación con las instituciones gubernamentales, no gubernamentales y la Sociedad Civil en general, en la implementación de las políticas de Estado en materia de protección y atención integral del adulto mayor; 5) promover la capacitación y asesoramiento de los órganos gubernamentales y la sociedad civil en general, sobre las políticas estatales dirigidas a la protección y atención integral del adulto mayor, así como la difusión y promoción de los derechos y deberes reconocidos en la legislación nacional y los instrumentos internacionales firmados y ratificados por Nicaragua; 6) evaluar anualmente los programas, proyectos y servicios a los adultos mayores, que ejecutan las instituciones públicas y privadas; 7) promover la actualización de la legislación nacional, necesaria para el cumplimiento efectivo de los derechos y deberes del adulto mayor; 8) crear un Comité Técnico de apoyo al Consejo Nacional del Adulto Mayor conformado por las instituciones representadas en el mismo, para realizar el trabajo técnico y de coordinación interinstitucional que el Consejo le asigne. Este comité estará coordinado por la Secretaría Ejecutiva; 9) Promover la realización de investigaciones, estudios y diagnósticos relacionados al tema; 10) aprobar su reglamento interno, el cual establecerá los procedimientos para la elección de los integrantes del Consejo y el cumplimiento adecuado de los objetivos del Consejo; y 11) las demás funciones que se consideren convenientes para el desarrollo de las actividades en beneficio del bienestar y la protección de la población de adultos mayores. Debe reunirse seis veces al año para revisar el cumplimiento de sus objetivos.

V.4. El caso argentino. El Consejo Federal de los Mayores

La Constitución Nacional, luego de la reforma del año 1994, en su artículo 75, inciso 23 introduce en su texto la necesidad de que se “[...] garanticen la igualdad real de oportunidades y de trato, y el pleno goce y ejercicio de los derechos reconocidos

por esta Constitución y por los tratados internacionales vigentes sobre derechos humanos, en particular respecto de los niños, las mujeres, los ancianos y las personas con discapacidad.”

Por su parte, las leyes fundamentales de las provincias contemplan los derechos que asisten a los adultos mayores en las disposiciones sobre la tercera edad.

El Consejo Federal de los Mayores fue creado por el Decreto N° 457 del 22 de mayo de 1997.

Fue reglamentado luego de cinco años en el 2002 por Resolución Ministerial N° 113. Su conformación fue modificada a partir de la reunión del Plenario realizada en mayo de 2006 (Resolución 1216/06) e institucionalizada a partir de la realización de la elección de los miembros en diciembre de 2006.

De este modo, corresponde al Ministerio de Desarrollo Social, ejercer la presidencia del mismo y llevar adelante sus acciones a través de la Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia y su Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores.

Es el espacio de promoción de la inserción plena de los adultos mayores en la vida de la comunidad; de generación de las condiciones para el desarrollo de su organización y de la defensa de sus derechos, en consonancia con lo dispuesto en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado en Madrid, en abril de 2002, a través de la conformación del Consejo Federal y la promoción de los consejos provinciales.

A través del Consejo Federal:

[...] se concentrará el trabajo conjunto de todos los sectores comprometidos con la problemática de la tercera edad, con participación mayoritaria de los representantes del sector pertenecientes a todas las provincias y regiones del país, que contribuirá y participará en la definición, la aplicación y el seguimiento de las políticas sociales dirigidas a la atención del sector de población mayor, canalizando las iniciativas y demandas de los adultos mayores.

Para participar del Consejo Federal las OAM deben inscribirse en el Registro Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores (RENOAM) del Ministerio de Desarrollo Social, siendo requisito básico para la incorporación al mismo la

constitución formal de la entidad y la constancia de su personería jurídica (para las organizaciones de 2º y 3º grado).

V.4.1. Antecedentes del Consejo Federal de los Mayores

Existen dos antecedentes de consejos consultivos de organizaciones de adultos mayores en nuestro país. Estos dos consejos incorporan en su seno a representantes de las organizaciones de mayores para la toma de decisiones hacia el interior de la dependencia gubernamental.

1) El Consejo Asesor de PAMI a nivel nacional y los consejos asesores del interior del país, tienen como objetivo aconsejar al Directorio y a las autoridades de la obra social de personas jubiladas y pensionadas a nivel nacional de las distintas jurisdicciones del país en lo relativo a la adopción de medidas que activen su funcionamiento.

Para ello se creó en 1984 el Registro Nacional de Entidades de Jubilados y Pensionados de la República Argentina. A diciembre de 2005 este registro contabilizaba 5.220 organizaciones: 7 confederaciones, 145 federaciones y el resto organizaciones de primer nivel. Representantes de la OAM conforman, con normativa que se fue modificando a través del tiempo, el directorio de la obra social.

2) El Órgano Consultivo de la ANSES fue creado en noviembre de 1996, integrado por representantes de entidades de jubilados y pensionados, con fines de fiscalización en la prestación de los servicios, de canalizar las inquietudes de los beneficiarios del sistema de seguridad social y de lucha contra la evasión y el fraude previsional.

Para conformar el Órgano Consultivo las Federaciones y Confederaciones deben contar con 1) Personería Jurídica, nómina detallada de los centros asociados, copia certificada de los estatutos sociales; acreditar no menos de un año de antigüedad en la personería jurídica, si agrupa a veinte centros y dos años de antigüedad.

El órgano consultivo se reúne en Plenario cuatro veces por año y para ello

cada federación / confederación designa un representante y un alterno. El Órgano Ejecutivo está conformado por once miembros elegidos en el Plenario y que representen a las distintas regiones del país. Las reuniones del Órgano Ejecutivo y la Unidad de Relación (ANSES) se realizan por lo menos una vez al mes. En el marco del Órgano Consultivo se realizan capacitaciones a fin de formar a los líderes mayores en la temática previsional, los beneficios y trámites necesarios para acceder a ellos.

En el momento de conformación del órgano Consultivo las Federaciones y Confederaciones (1996) eran 59, hoy está conformado por 100 organizaciones distribuidas en todo el país.

Cabe la reflexión sobre los consejos del PAMI (Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados) y de la ANSES (Administración Nacional de Seguridad Social) conformados por beneficiarios del sistema nacional de la seguridad social, que coordinados por un área específica de articulación, son organismos consejeros de dichas instituciones.

En tanto que la propuesta del Consejo Federal de los Mayores es la de inclusión de todos los actores a nivel nacional involucrados en la temática de los adultos mayores (adultos mayores que perciban o no beneficios provisionales y funcionarios de diversas instituciones).

V.3.2. Pasos seguidos para la conformación del Consejo Federal de los Mayores

Si bien el decreto presidencial de conformación del Consejo data de 1997 recién en 2002 se comenzó a trabajar en la conformación del Consejo Federal. Durante ese año se conformó una Junta Promotora integrada por representantes de Adultos Mayores de diversas provincias y dos representantes de las sociedades de geriatría y gerontología. Participaron en ella representantes de las siete confederaciones de organizaciones de adultos mayores del país y representantes de federaciones no federadas, especialmente numerosas en la provincia de Buenos Aires.

En mayo de ese año se hizo una convocatoria masiva a los representantes de organizaciones de adultos mayores, federaciones, confederaciones, autoridades provinciales relacionadas con las temáticas de adultos mayores de todo el país, a la que concurrieron ciento nueve participantes, a fin de llevar adelante una consulta relacionada con los problemas fundamentales de la población mayor y las posibles incumbencias, conformación y forma de elección de los miembros del Consejo Federal de los Mayores.



A partir de ello se realizaron reuniones mensuales con los miembros de la Junta Promotora a fin de elaborar en conjunto el proyecto de resolución ministerial definitivo y los criterios de elección de los miembros para la conformación del Plenario del Consejo Federal, así como realizar un seguimiento de las acciones realizadas por



los miembros de la Junta Promotora en su accionar para promover la conformación de los consejos provinciales de adultos mayores. Para ello se dividió el país en siete zonas, cada una con dos referentes mayores a fin de organizar la tarea. Se trabajó además en un documento base para la conformación de los consejos

provinciales de adultos mayores, ya que si bien las provincias (que son veinticuatro) en el sistema federal argentino son soberanas, el gobierno federal actúa como promotor de las políticas y normativa, que las provincias adaptan a sus realidades locales. En este sentido la propuesta final fue la de organización de los consejos de “abajo hacia arriba”, puesto que de los consejos locales de adultos mayores surgirían los representantes para los consejos provinciales y de éstos los representantes para el Consejo Federal.

En diciembre de 2002 se realizó una convocatoria a los representantes de las sociedades de geriatría y gerontología de todo el país para trabajar en los cinco puntos clave en los que lo había hecho la Junta Promotora a fin de detectar las prioridades de políticas para los adultos mayores. Los ejes fueron: a) economía y previsión; b) derechos y vejez; c) problemática social, cultura, deporte y recreación; d) salud y e)

vivienda, hábitat y transporte. A partir de su análisis surgieron propuestas que fueron trabajadas luego por el equipo técnico a fin de preparar el temario de la reunión plenaria a realizarse el siguiente año. En marzo de 2003 se llevó a cabo una nueva reunión plenaria con la asistencia de representantes de federaciones y confederaciones de organizaciones de adultos mayores, funcionarios nacionales y provinciales representantes de programas y áreas que tratan la temática de los adultos mayores y miembros de la Junta Promotora. En esta reunión se acordó la conformación del Consejo y se disolvió la Junta Promotora.

V.3.3. La conformación de los Consejos Provinciales como producto de las acciones de promoción realizadas por el Consejo Federal

Los consejos provinciales y locales de adultos mayores se conforman a partir de la normativa nacional y de la promoción realizada. Se observan dos períodos fundacionales: el primero posterior al Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 457/97 y en concordancia con los postulados del Plan Nacional de Ancianidad (Secretaría de Desarrollo Social, 1996) y el segundo posterior a la Resolución 113/02 del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.

En la fundamentación de su conformación se enuncian el envejecimiento poblacional que transita el país, la necesidad de contar con la participación de los representantes de las organizaciones de mayores para la elaboración de políticas para el sector, la defensa de los derechos de los mayores, la necesidad de articular la acciones hacia el interior de cada provincia y regionalmente y la importancia de llevar acciones que concuerden con lo dispuesto por la Nación en la temática.

En la reunión del Plenario de marzo de 2003 se llevó adelante una evaluación sobre lo trabajado por la Junta Promotora a nivel nacional y las juntas promotoras provinciales.

Los principales obstáculos se sintetizan en la falta de recursos económicos y capacidades para asociarse y difundir la temática, el escaso compromiso del poder político y el temor a la cooptación clientelar, ejes que denotan que es necesario profundizar la problematización social de la temática de las personas mayores (Fassio, 2001, 2006) a fin de ponerla en agenda desde el paradigma de los mayores como sujetos de derecho (Huenchuán Navarro, 2004a y b). En tanto que los recursos identificados se centran en la capacidad de gestión de las organizaciones de mayores (su experiencia y flexibilidad), la coyuntura política y el conocimiento e interacción con los actores relevantes para llevar a cabo el objetivo.

Las funciones y estructura de los consejos provinciales son a grandes rasgos concordantes con el modelo del Consejo Federal y con la propuesta de Consejos Provinciales desarrollada a nivel nacional por el Ministerio de Desarrollo Social.

Por otro lado, la normativa para la conformación de los consejos provinciales también es variada en unos pocos casos se conformó por ley (Poder Legislativo) y en la mayoría por decreto del Poder Ejecutivo o por resolución ministerial. En la actualidad existe normativa sobre los Consejos Provinciales de Adultos Mayores en 17 provincias del país y en otras se han conformado juntas promotoras. Esto implica haber puesto en agenda la temática de los mayores, pero en muchos casos es sólo una propuesta enunciativa en la que se da la participación simbólica de los mayores.

La **provincia de Buenos Aires**, por el Decreto 2427/05, creó el Consejo Consultivo de Adultos Mayores en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Humano. Sin embargo hasta la fecha no está en funcionamiento.

La **Ciudad Autónoma de Buenos Aires**, creó por Resolución 191 del 27/7/2001 en el ámbito de la Dirección General de Tercera Edad de la Secretaría de Promoción Social, el Consejo Asesor de la Tercera Edad. Este consejo está conformado por quince representantes de entidades de segundo grado (federaciones) inscriptas en el Registro confeccionado por la Dirección General de Tercera Edad. Actualmente este Consejo prácticamente no funciona y se está trabajando en su reformulación.

En la provincia de **Corrientes**, el Decreto N° 1993 del 25/9/2002 creó el Consejo Provincial Participativo de Adultos Mayores, en el ámbito de la Secretaría de Desarrollo Humano.

La provincia de **Córdoba** ha creado el Consejo Provincial del Adulto Mayor por Decreto 1527/05 del 21 de noviembre de 2005 y se encuentra funcionando.

En el **Chaco** la Resolución N° 2735 del 23/10/2002 de la Secretaría de Desarrollo Social reconoce la conformación de la Comisión Provisoria a partir de las consideraciones de la Ley 4964. Esta ley de Promoción Ayuda y Protección de las personas de la Tercera Edad, en su artículo 20 creó el Consejo Provincial de Mayores en el ámbito de la Dirección de Ancianidad de la SDS. En octubre de 2002 se estableció una comisión provisoria del Consejo (en la que participan representantes de las organizaciones de mayores y autoridades provinciales), pero hasta la fecha no se ha constituido la comisión definitiva.

En la provincia de **Chubut**, según la Ley N° 4332/97 de Promoción y Protección Integral de la Tercera Edad se conformó el Consejo sólo por Organizaciones No Gubernamentales. Hace 10 años que funciona periódicamente, y los cambios políticos no entorpecieron su funcionamiento. El Estado provincial propicia la integración de un consejo provincial de adultos mayores para ponerse en concordancia con la normativa nacional. Las funciones del Consejo provincial son las de asesorar y proponer al poder ejecutivo las políticas sobre el área, requerir la información necesaria para el cumplimiento de sus líneas, realizar estudios y diagnósticos tendientes a avanzar hacia una progresiva desconcentración y descentralización del área; participar en el diseño de la política oficial de los medios de comunicación relacionados con el tema; promover la realización de congresos, seminarios y encuentros de carácter científico y participar en los que organizan otras entidades u organismo afines; promover el desarrollo de la investigación y capacitación en la materia; dictar su reglamento interno *ad referéndum* del Poder Ejecutivo; promover y articular acciones entre las distintas áreas del Estado y la sociedad civil para el cumplimiento de los postulados de la presente ley; propiciar la creación de centros recreativos comunitarios fomentando el desarrollo de talleres y actividades culturales y recreativas.

Los miembros son elegidos por sus pares. Para ser miembro es necesario tener 60 años y más, residir en la provincia y acreditar antecedentes en la materia.

Está compuesto por dieciocho miembros, tres por cada una de las regiones de la provincia. Presidente, Vicepresidente y Secretario que durarán en su cargo dos años. Se reunirá una vez por trimestre en la ciudad que se designe y los gastos que insuma esta reunión correrán por cuenta de la Dirección de Tercera Edad de la Provincia.

En la provincia de **Formosa** el Decreto N° 1600 de 12/11/2002 creó el Consejo Provincial de Adultos Mayores en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Humano. Por Resolución 928/02 de 16/11/2002 se dio aprobación a la elección de los miembros que lo componen. Está conformado por el Presidente (Jefe del Departamento de Tercera Edad, Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia); Vicepresidente, Secretario y siete vocales representantes de organizaciones de segundo y primer grado de adultos mayores, jubilados y pensionados y pueblos originarios. En 2005 según decreto 1323/05 se aprobó el Reglamento de Funcionamiento del Consejo Provincial de Adultos Mayores y se conformó el Registro Provincial de Organizaciones para Adultos Mayores a fin de registrar las organizaciones de las que luego se elegirán los

representantes para el Consejo. El Presidente es representante de organizaciones de mayores, el Vicepresidente del organismo provincial de gobierno, y los vocales son once funcionarios de gobierno y diez representantes de organizaciones de adultos mayores. Se establece en la normativa que el 3% de las viviendas construidas en el marco del Plan Provincial de Construcción de Viviendas deben ser asignadas a personas mayores.

En la provincia de **Jujuy** se conformó el Consejo Provincial del Adulto Mayor en el año 2001 como consejo asesor conformado exclusivamente por representantes de organizaciones de mayores (Presidente, vicepresidentes y tres vocales titulares y tres suplentes). Posteriormente se aprobó por ley en el marco de la Ley de Atención Integral al Adulto Mayor, de octubre de 2004 en su título V, que propone la creación del Consejo Provincial del Adulto Mayor, pero dicho proyecto no prosperó.

En **La Pampa** se creó el consejo Provincial de Adultos Mayores, con fecha 23 de junio de 2008.

En la provincia de **La Rioja** se ha constituido recientemente la Junta Promotora del Consejo Provincial de Adultos Mayores y se está trabajando en la legislación. La Junta está conformada por autoridades provinciales y por representantes de los once municipios que conforman la provincia (representantes gubernamentales y organizaciones de adultos mayores).

La provincia de **Mendoza** constituyó el Consejo Provincial de Mayores por Resolución N° 1796 de 1997 en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social y Salud. El Plenario está conformado por un máximo de treinta miembros de los cuales el 50% deben ser adultos mayores. Participan en él representantes de los organismos nacionales y provinciales relacionados con la temática, representantes de culto, de la universidad local, de las sociedades científicas y hasta dieciocho representantes de organizaciones de adultos mayores (centros de jubilados y pensionados, clubes de abuelos), de cada uno de los municipios de la provincia, elegidos mediante asambleas departamentales. El Comité Ejecutivo está constituido por cinco miembros: el Presidente es un representante de las organizaciones de mayores, un Secretario: representante del Ministerio de Desarrollo Social y Salud y tres vocales representantes de las organizaciones que conforman el plenario. En la actualidad el funcionamiento del Consejo es discontinuo. Se conformó un consejo local en la ciudad de Godoy Cruz en el año 2000.

En la provincia de **Misiones** se sancionó la Ley Derechos de la Ancianidad N° 3920/02. Su reglamentación en el Art. 5 creó el Consejo Provincial de Adultos Mayores

en el ámbito del Ministerio de Bienestar Social, la Mujer y la Juventud. El Consejo está conformado con la Presidencia del Ministro de Bienestar Social, la Mujer y la Juventud, y por un representante de la Dirección de Seguridad Social y de los Ministerios de Salud Pública y Educación; dos miembros de la Cámara de Representantes; un representante del Instituto de Previsión Social de Misiones; un representante por cada municipio de los consejos locales de adultos mayores; un representante de las sociedades de geriatría y gerontología; un representante de organizaciones de segundo grado de jubilados y pensionados con personería jurídica; un representante mayor de comunidades aborígenes, un representante cada diez asociaciones sin fines de lucro que trabajan en la temática de los adultos mayores y un representante del área de prensa.

La provincia de **Salta** creó por Ley N° 7006/98 del 17/11/1998 el Consejo Provincial de los Mayores, cuya estructura fue promulgada por el Decreto del Poder Ejecutivo N° 3.378/98. El Decreto 3306/99 del 22/7/1999 aprobó el reglamento del Consejo Provincial de Mayores.

El Consejo está conformado por un Plenario (con la presencia de 50 organizaciones de adultos mayores) y una comisión Ejecutiva conformada por el Presidente (el Secretario de Gobierno de Desarrollo Social de la Provincia); Vicepresidente (representante de jubilados y pensionados); Secretario (representante de jubilados y pensionados); Tesorero (funcionario provincial) y siete vocales: representantes de la Universidad de la Tercera Edad; de ANSES, Ministerios de Educación, y Salud Pública de la Provincia; diputado de la Cámara de Diputados de la Provincia y dos representantes de organizaciones de adultos mayores. Uno de los representantes de organizaciones de mayores pertenece a los pueblos originarios. A nivel local la Ordenanza 0043/04 creó el Consejo Municipal de General Güemes.

En **San Luís** el Decreto 839 creó, en marzo de 2005, el Consejo Provincial de Adultos Mayores en el ámbito del Ministerio de la Cultura del Trabajo. Su comisión ejecutiva está constituida por el Ministro de Cultura del Trabajo; el Jefe del Programa Salud, el Jefe del Programa Familia Solidaria; el Jefe del Programa Desarrollo Regional y Relaciones Interinstitucionales con los Municipios; titulares de las representaciones de ANSES, representante de la Confederación de mayores con asiento en la provincia; de la Federación Sanluiseña de Adultos Mayores, y de la Federación Regional de Pensionados y Retirados con asiento en la provincia. Su objetivo principal es: promover el diseño de políticas, participar en la identificación de

necesidades, participar en el diseño y la selección de áreas prioritarias de acción y contribuir a la creación de los consejos municipales de adultos mayores.

El Presidente es el Ministro de Cultura del Trabajo, el vicepresidente es un representante de las organizaciones de AM y la Comisión Ejecutiva está integrada por ocho miembros y cuatro suplentes.

En la provincia de **San Juan** según Resolución 0536-AS- del año 2002 se creó el Parlamento del Adulto Mayor. Posteriormente, el Decreto 949/2002 del 2/7/2002 creó el Consejo Provincial de Adultos Mayores en el ámbito de la Secretaría de Acción Social.

En **Santa Cruz** la Res. N° 3412/06 del Ministerio de Asuntos Sociales, da continuidad a la Comisión Provisoria para la conformación definitiva del Consejo Provincial de Adultos Mayores de la Provincia. Existe borrador de la reglamentación de dicho consejo

En **Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur** por Decreto 2515/03 se creó el Consejo Provincial de Adultos Mayores cuyo Presidente es el titular de Desarrollo Social y el Vicepresidente es el Secretario General de Tercera Edad; Secretario de Previsión Social, Secretario de Prensa, Difusión y Relaciones Pública, Tesorero, Protesorero; Coordinador y cuatro vocales y dos revisores de cuentas representantes de organizaciones de adultos mayores, y sus respectivos suplentes. Está compuesto por catorce miembros y seis suplentes.

Sus principales funciones son: realizar estudios y diagnósticos y proponer al poder ejecutivo las políticas sobre tercera edad; participar en el diseño de la política oficial en los medios de comunicación relacionados con el adulto mayor; promover la realización de plenarios, seminarios y encuentros sobre la temática con la participación de otras entidades y organismos afines; participar directa o indirectamente conjuntamente con organismos gubernamentales y no gubernamentales que implementen acciones de asistencia y promoción relacionadas con los adultos mayores, promover la creación de centros comunitarios con talleres y actividades recreativas y de ocio; recabar, recibir y dirigir las inquietudes y necesidades de los adultos mayores; gestionar la difusión de derechos y conocimientos sobre los mayores; y promover la participación de los adultos mayores que no perciban beneficio previsional.

Para ser parte del Consejo Provincial es necesario tener 55 o más años y una residencia continua en la provincia de cinco años y tener tres años como socio de una organización de adultos mayores. Posteriormente, el Decreto 2137/04 modificó sus autoridades.

V.3.4. El Consejo Federal de los Mayores. Situación actual

El proceso de evaluación y monitoreo de lo actuado en el período de tiempo transcurrido desde el 27 de agosto de 2002, fecha de la resolución ministerial N° 113 y el 3 de marzo de 2006, fecha en que se realizó la reunión del Comité Ejecutivo da cuenta de los logros mencionados más arriba y dificultades en la conformación de consejos provinciales en las provincias que aún no los tienen; la inclusión de las federaciones no confederadas tanto en el Plenario como en el Comité Ejecutivo del Consejo; la inclusión de los representantes de los consejos provinciales conformados tanto en el Plenario como en el Comité Ejecutivo del Consejo.



A partir de este diagnóstico se llevó adelante un proceso de consultas para modificar la Resolución 113/02 con el objetivo de conformar completamente el Plenario del Consejo y dar también una conformación federal al Comité Ejecutivo. Este proceso culminó con la reunión del Plenario llevada a cabo en mayo de 2006 que dio origen a la Resolución 1216/06 que modificó sus funciones y su conformación.

También en la reunión plenaria de 2006 se eligió el vicepresidente primero del Consejo. El mismo fue elegido por todos los adultos mayores integrantes del consejo de mayores, y resultó electo el representante de Formosa.

Funciones y conformación del Consejo Federal de los Mayores **(Resolución (1216/06)**

- ↳ Proponer y participar en el diseño de las políticas sociales específicas y las líneas prioritarias estatales de acción para el sector de personas mayores.
- ↳ Participar en la identificación de las necesidades específicas de los adultos mayores, respetando sus particularidades acorde a la incidencia de los distintos factores regionales, sociales y económicos.
- ↳ Impulsar acciones conducentes al relevamiento de la información referida a las personas mayores, instituciones, recursos, programas, servicios, legislación, investigación y estudios, propiciando la constitución y el fortalecimiento de centros de documentación y bancos de datos que la registren.
- ↳ Participar en el relevamiento y análisis de las acciones que se lleven a cabo en la implementación de las políticas relativas a los adultos mayores, de los recursos que les sean asignados y proponer alternativas para su optimización.
- ↳ Contribuir a la creación, organización y ejecución de acciones de los Consejos de Adultos Mayores en las jurisdicciones provinciales y municipales.

- ↳ Proponer, colaborar e impulsar la organización periódica de encuentros provinciales y nacionales de los organismos de Estado y organizaciones de adultos mayores que contribuyan al crecimiento de los aspectos organizativos, culturales, científicos, etc., elaborando sus agendas.
- ↳ Proponer e informar sobre instancias de capacitación de los recursos humanos dedicados a la formulación de programas y a la atención directa de las personas mayores.
- ↳ Proponer y promover la actualización permanente de los diagnósticos cuantitativos y cualitativos de la situación de las personas mayores para la reformulación y diseño de acciones, procurando que el diagnóstico se realice por zonas geográficas.
- ↳ Promover el desarrollo de campañas de sensibilización de la comunidad sobre el envejecimiento, las potencialidades y la problemática de la vejez.
- ↳ Difundir información sobre los programas y proyectos existentes, y experiencias exitosas e innovadoras.
- ↳ Promover un sistema de interconsultas con organismos del Estado y/o instituciones con alcance nacional y/o internacional, en materias relacionadas con las personas mayores

- ↳ Promover las relaciones intergeneracionales.
- ↳ Representar al colectivo de las personas mayores en el ámbito nacional e internacional
- ↳ Fomentar el desarrollo de sistemas de calidad en las organizaciones, servicios y productos relacionados con la temática de los mayores.
- ↳ Promover el desarrollo del asociacionismo y la participación de las personas mayores en la comunidad.
- ↳ Participar en el monitoreo del “Plan Mayores” hasta que esté en vigencia y del “Plan Adulto Mayor Mas”.
- ↳ Participar en el diseño y evaluación de los programas destinados a la población adulta mayor.

El Consejo está conformado por:

1. Plenario
2. Comité Ejecutivo.

Plenario es el órgano responsable de fijar las políticas y acciones generales que el Consejo debe ejecutar. Está integrado por un presidente, dos vicepresidentes, un secretario ejecutivo y los vocales.

La **Presidencia** será ejercida por el titular del Ministerio de Desarrollo Social. Corresponderá a la Presidencia. La **Vicepresidencia Primera** será ejercida por un representante de las **organizaciones de adultos** mayores, elegido por y entre los consejeros pertenecientes a las confederaciones, federaciones y consejos provinciales que lo componen. La **Vicepresidencia Segunda** será ejercida por el titular de la **Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia**. Quien sustituirá al Presidente en caso de vacancia, ausencia o enfermedad. La **Secretaría Ejecutiva** será ejercida por el titular de la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores,

o su equivalente, que sustituirá al Vicepresidente Segundo en caso de vacancia, ausencia o enfermedad.

Las Vocalías serán ejercidas por: 1) Un/a representante con rango de Director/a Nacional o equivalente por cada uno de las siguientes áreas de gobierno: a) Ministerio de Economía; b) Ministerio de Salud; c) Ministerio de Trabajo; d) Ministerio de Educación; e) Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; f) Administración Nacional de Seguridad Social; g) Comisión Nacional de Pensiones no Contributivas; h) Secretaría de Derechos Humanos de la Nación i) Comisión de Tercera Edad de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Nación; j) Comisión de Previsión y Seguridad Social de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Nación; k) Comisión de Acción Social y Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Nación; l) Comisión de Salud y Deporte de la Honorable Cámara de Senadores del Congreso de la Nación y m) Comisión de Trabajo y Previsión Social de la Honorable Cámara de Senadores del Congreso de la Nación. n) Comisión de Población y Desarrollo Humano de la Honorable Cámara de Diputados del Congreso de la Nación y ñ) Comisión de Población y Desarrollo Humano de la Honorable Cámara de Senadores del Congreso de la Nación. (Continua)

(Continuación)

- ↳ Dos representantes de las sociedades científicas de geriatría y gerontología propiciando la representación rotativa de las entidades.
- ↳ Director/a Provincial de Adultos Mayores o cargo equivalente correspondiente a cada una de las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- ↳ Un (1) representante por cada una de las confederaciones (el/ la representante será la máxima autoridad de la confederación) de organizaciones de adultos mayores del país con un máximo de diez. Deberán estar acreditadas en los Registros del MINISTERIO DE DESARROLLO SOCIAL a nivel nacional, Registro Nacional de Organizaciones de Adultos Mayores (RENOAM)
- ↳ Un (1) representante por provincia de las Federaciones de jubilados y pensionados pertenecientes a los Regímenes Previsionales provinciales no transferidos al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones (Formosa, Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe, Entre Ríos, La Pampa, Misiones, Corrientes, Chubut, Santa Cruz, Tierra del Fuego, Neuquén y Chaco).
- ↳ Dos (2) representantes Adultos Mayores del Consejo Provincial (adultos mayores elegidos/as en el seno del Consejo Provincial de Adultos Mayores) por cada una de las provincias y por dos (2) la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En caso de no estar conformado el consejo provincial, serán vocales dos adultos/as mayores representantes de las organizaciones de mayores elegidos/as por el Director Provincial de Adultos Mayores o cargo equivalente por cada una de las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de manera transitoria.
- ↳ Dos representantes de los adultos/as mayores pertenecientes a las comunidades aborígenes, elegidos/as por el responsable del INAI u organismo equivalente a nivel nacional.

El **Plenario** celebrará al menos una reunión ordinaria al año y podrá ser convocado a reuniones extraordinarias solo a solicitud del Presidente por propia iniciativa, por solicitud del Comité Ejecutivo, o por una tercera parte de sus miembros.

El **Comité Ejecutivo** es el órgano del Consejo Federal de los Mayores que realizará las tareas necesarias para el cumplimiento de las resoluciones del Plenario.

El **Comité Ejecutivo** será coordinado por el titular de la Secretaría Ejecutiva (la Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores).

El **Comité Ejecutivo** celebrará, al menos, una reunión por trimestre, y celebrará reuniones extraordinarias cuando así lo considere el Presidente. El Comité Ejecutivo expresará las conclusiones a las que arribe a través de recomendaciones a la Presidencia.

El Comité Ejecutivo estará integrado por:

A) El Presidente

B) Los Vicepresidentes

C) El Secretario Ejecutivo

D) Los siguientes vocales del Plenario del CONSEJO FEDERAL:

a) Un/a representante con rango de Director/a Nacional o equivalente por cada uno de las siguientes áreas de gobierno: 1) Ministerio de Salud; 2) Ministerio de Economía; 3) Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; 4) Administración Nacional de Seguridad Social; 5) Comisión Nacional de Pensiones no Contributivas.

b) Un/a representante por cada una de las confederaciones de organizaciones de adultos mayores del país.

c) Un (1) representante de las Federaciones de Jubilados y Pensionados pertenecientes a los Regímenes Previsionales Provinciales no transferidos al Sistema Integrado de Jubilaciones y Pensiones

d) Siete (7) Directores/as Provinciales de Adultos Mayores o cargo equivalente representantes de las áreas provinciales correspondientes a cada una de las regiones del país (NEA, NOA, Centro, Buenos Aires, Nuevo Cuyo y Patagonia Norte y Patagonia Sur). Estos serán elegidos entre sus pares correspondientes a cada una de las regiones determinadas por el MDS.

e) Siete (7) Adultos Mayores de los Consejos Provinciales correspondientes a cada una de las regiones del país (NEA, NOA, Centro, Buenos Aires, Cuyo y Patagonia Norte y Patagonia Sur). Estos serán elegidos entre sus pares regionales por cada región, que no podrá ser representante de la misma provincia a la que pertenece el representante provincial autoridad.

Cuadro V.2.

Síntesis de la composición del Consejo Federal de los Mayores. Año 2006

<i>Plenario del Consejo Federal</i>	<i>113 miembros</i>
Funcionarios de gobierno	41 miembros
Representantes de sociedades de geriatría y gerontología	2 miembros
Representantes adultos mayores:	70 miembros
<i>Comité Ejecutivo del Consejo Federal</i>	<i>30 miembros</i>
Funcionarios de gobierno	15 miembros
Representantes adultos mayores:	15 miembros

Fuente: Actas del Consejo Federal del Adulto Mayor. Mayo 2006

Actividad V.2.



Le pedimos ahora que realice el siguiente ejercicio:

Realice un cuadro comparativo de los Consejos de Mayores en América Latina a partir de los siguientes ejes:

País	Nombre	Organismo del que depende	Normativa	Conformación	Forma de elección	Porcentaje de representantes de organizaciones de mayores

Resumen de la unidad V

En este capítulo realizamos una descripción del universo de organizaciones de adultos mayores y de los consejos que estas organizaciones conjuntamente con representantes de organismos de Estado conforman en el país. Debe tenerse en cuenta que las que se encuentran especialmente registradas son las que congregan a jubilados y pensionados de origen nacional y provincial y en menor medida los clubes de abuelos y organizaciones de mayores que nuclean a grupos de mayores sin beneficios previsionales o con beneficios no contributivos.

Con respecto a los Consejos de adultos mayores existentes en Europa y América se observan heterogeneidades en su conformación. Existen Consejos como los de España y Argentina, que tienen un porcentaje alto de representantes de organizaciones de mayores en su seno (42 y 61% respectivamente), o bajo como el caso de Nicaragua o Chile (14 y 26% respectivamente). En otros casos, como el consejo de Brasil, si bien un alto porcentaje de miembros son representantes de la sociedad civil (50%) no provienen de organizaciones de adultos mayores, sino de aquellas que trabajan en la defensa de derechos o en la asistencia o brindan servicios a los mayores, cuyos miembros no necesariamente pertenecen a este grupo etario. Los representantes de las organizaciones de adultos mayores, en algunos casos, son elegidos por sus pares de acuerdo a criterios consensuados en la normativa de los consejos (Argentina, España) y en otros son elegidos por la máxima autoridad del país a partir de la inscripción en un registro creado para ese fin (Chile).

Estas diferencias y la continuidad a través del tiempo de estas líneas de acción a partir de estrategias asociativas entre las organizaciones de la sociedad civil y los organismos públicos estatales marcan situaciones y estrategias diferenciales de empoderamiento de los mayores y sus organizaciones.

Para ampliar este punto recomendamos:

Fassio, A. (2001). *Organizaciones de la sociedad civil y redes solidarias entre personas de edad*. Centro de Estudios Organizacionales, 1 (2). Buenos Aires: Facultad de Ciencias Económicas, UBA.

Fassio, A. (2006). *Participación y Consejos de Mayores*. El Consejo Federal de los Mayores. Buenos Aires (mimeo).

Ministerio de Desarrollo Social y Medio Ambiente, Secretaría de Desarrollo Humano y Familia, Subsecretaría de Tercera Edad (2003). *Creación del Registro de Organizaciones de Adultos Mayores. Resolución 027*. Buenos Aires.

Ministerio de Desarrollo Social. (2006). *Reglamento del Consejo Federal de los Mayores Resolución 1216*. Buenos Aires.

iiiFelicitaciones!!! Terminamos
con éxito la lectura de este
módulo.

A disfrutar de nuestro
merecido descanso...



Bibliografía del Módulo

- Amadasi, E. y Fassio, A. (1997). Resolviendo problemas conceptuales y de investigación para la formulación de políticas públicas: el caso de la vulnerabilidad en la tercera edad. En *Revista Argentina de Gerontología y Geriátrica*, 3 y 4.
- Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL. Serie Población y Desarrollo 21.
- Arias, C. (2005). Composición de la red de apoyo social de adultos mayores: vínculos familiares y no familiares. En *Sistemas formales e informales de apoyo social para adultos mayores*, (pp. 233-249). Mar del Plata: Suárez.
- Bazo Royo, M.T. (2004). Sociedad y vejez: la familia y el trabajo. En R. Fernández-Ballesteros (Directora). *Gerontología Social*, (pp. 241-248). Madrid: Pirámide.
- Burr, J.; Choi, N.; Mutchler, J. y Caro, F. (2005). Caregiving and volunteering: are private and public helping behaviour linked? En *Journal of Gerontology*, 60B (5):247-256.
- Castel, R. (2004) [2003]. *La inseguridad social. ¿Qué es estar protegido?* Buenos Aires: Manantial
- CEPAL- CELADE (2004b). *Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Santiago de Chile.
- CEPAL- CELADE (2006). *Documentos Seminario Internacional Indicadores de calidad de vida de las personas mayores*. Santiago de Chile.
- Dabas, E. (1998). *Red de redes. La práctica de la intervención en redes sociales*. Buenos Aires: Paidós.
- Engler, T. (2002). Marco conceptual del envejecimiento exitoso, digno, activo, productivo y saludable. En T. Engler y M. Peláez (editores), *Más vale por viejo*, (pp. 23-64). Washington D.C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Fassio (2005). La población de adultos mayores institucionalizados según los datos censales. En L. Golpe y C. Arias (editoras). *Cultura Institucional y Estrategias Gerontológicas* (pp.41-44). Mar del Plata: Suárez.
- Fassio, A. (2006). Participación y Consejos de Mayores. El Consejo Federal de los Mayores. Buenos Aires (mimeo).
- Feijoo, M. (2003). *Nuevo país, nueva pobreza*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fernández-Ballesteros, R. (2004). Gerontología Social. Una introducción. En R. Fernández-Ballesteros (Directora), *Gerontología Social*, (pp. 31-53). Madrid: Pirámide.

- Freire, P. (1986). *Hacia una pedagogía de la pregunta. Conversaciones con Antonio Faundez*. Buenos Aires: La Aurora.
- Gascón, S.; Fassio, A. y Golpe L. (2006). *Vejez y pobreza en Argentina: La visión de las personas de edad*. Buenos Aires: Help Age International, Instituto Universitario Isalud, Asociación Diagonal (mimeo)
- Grundy, E. (2006). Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives. *En Ageing and Society*, 26:105-134.
- Guajardo, G. y Hunneus, D. (2003). Las narrativas de la participación social entre los adultos mayores: entre la reciprocidad y la desolación. *En Notas de Población* 77: 17-34.
- Guzmán, J. M.; Huenchuán, S. y Montes de Oca, V. (2003). Redes de Apoyo Social a las personas mayores: marco conceptual. *En Notas de Población* 77: 35-70.
- Health Canadá, Secretaría de Salud de México y OPS (2002). *Guía para el desarrollo de un sistema integral de apoyo para el envejecimiento activo*. Washington DC.
- Help Age International (2002b). *Participatory research with older people: A sourcebook*. Descargado el 7 de febrero de 2003 de www.helpage.org.
- Huenchuán Navarro, S. (2004a). *Marco legal y de políticas a favor de las personas mayores en América Latina*. Santiago de Chile: CEPAL, Serie Población y Desarrollo 51.
- Huenchuán Navarro, S. (2004b). Políticas sobre vejez en América Latina: elementos para su análisis y tendencias generales. *En Notas de Población*, 78: 155-182.
- INDEC (2002). *Tablas abreviadas de Mortalidad 2000-2001*. Buenos Aires.
- INDEC (2004a). *Adultos mayores: hogares y población*. Censo Nacional de Población y Vivienda. 2001. Serie 5. Grupos Poblacionales. Nº 5.1. Buenos Aires.
- INDEC (2004b). *Estimaciones y proyecciones de población. Total del país. 1950-2015*. Serie Análisis Demográfico Nº30. Buenos Aires.
- INDEC (2005). Datos definitivos del Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, disponible en www.indec.mecon.gov.ar.
- Licha, I. (2000). *Participación comunitaria. Conceptos y enfoques de la participación comunitaria*. Washington D.C.: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.
- Licha, I. (2003). *La especificidad de la gerencia social*. Washington DC: Instituto Interamericano para el Desarrollo Social.
- Maddox, G. (1999) [1996]. Definiciones y descripciones de la edad. En B. Neugarten, *Los significados de la edad*, (pp. 39-45). Barcelona: Herder.
- Marshall T. (1996). Citizenships and social class. En T. Marshall y T. Bottomore, *Citizenships and social class*, (pp.3-51). London: Pluto Classic.

- Ministerio de Desarrollo Social. Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia, Dirección Nacional de Políticas para Adultos Mayores (2007). *Líneas de acción*. Buenos Aires (mimeo)
- Monk, A. (1997). *Actualización en Gerontología*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Gerontología.
- Montes de Oca, V. (2003). Redes comunitarias, género y envejecimiento. En *Notas de Población 77*: 35-70.
- Muchnik, E. (2005). *Envejecer en el siglo XXI. Historia y perspectiva de la vejez*. Buenos Aires: Lugar.
- Naciones Unidas (1982). *Documentos sobre la Asamblea Mundial sobre Envejecimiento*, Viena.
- Naciones Unidas (1998). *Año Internacional de las Personas de Edad 1999*. Nueva York.
- Naciones Unidas (1999a). *Derechos Humanos y Personas de Edad*. Descargado el 29 de junio de 2003 de <http://www.un.org>.
- Naciones Unidas (1999b). *Voluntariado y desarrollo social. Documento de antecedentes para discusión*. Nueva York, 29 y 30 de noviembre. Descargado el 29 de abril de 2001 de <http://www.iyv2001.org>.
- Naciones Unidas (2002a). *Plan de Acción Mundial sobre el envejecimiento*. Descargado el 20 de junio de 2003 de www.un.org.
- Naciones Unidas (2002b). *The second world assembly of ageing. Political declaration*. Descargado el 20 de junio de 2003 de www.un.org.
- Naciones Unidas (2002c). *La acción voluntaria de las personas de edad*. Descargado el 19 de abril de 2006 de http://www.worldvolunteerweb.org/fileadmin/docs/old/pdf/2002/02_04_08ESP_VolActionOlderPersons_esp.pdf.
- Naciones Unidas (2003b). *The global movement for active ageing. Older people a new powerment for development*. Descargado el 20 de junio de 2003 de www.un.org.
- Neugarten, B y Datan, N. (1999) [1996]. *Perspectivas sociológicas del ciclo vital*. En B. Neugarten. *Los significados de la edad*, (pp.107-130). Barcelona: Herder.
- OISS, IMSERSO, Ministerio de Desarrollo Social de la Argentina y otros (2007). *Situación, necesites y demandas de las personas mayores en los países del Cono Sur. Apuntes para un diagnóstico*.
- Rodríguez Rodríguez, P. (2002). *Mujeres mayores, género y protección social*. En V. Maquieira D'Angelo (compiladora), *Mujeres mayores en el siglo XXI. De la invisibilidad al protagonismo* (pp. 89-136). Madrid: IMSERSO.
- Roqué M. (2005). *El envejecimiento poblacional: un desafío con futuro. Estrategias gerontológicas de la Dirección Nacional de Adultos Mayores en Hogares*

- Públicos de la República Argentina. En L. Golpe y C. Arias (editoras). *Cultura Institucional y Estrategias Gerontológicas* (pp.15-27). Mar del Plata: Suárez.
- Roqué M. (2006). Una mirada social de la fragilidad en la vejez. Conferencia inaugural del III Simposium Argentino de Gerontología Institucional. Mar del Plata, 28 al 30 de septiembre.
- Saad, P. (2002) *Transferencias Informales de los adultos mayores de América Latina y el Caribe: Estudio Comparativo de Encuestas SABE*. Santiago de Chile: CEPAL.
- Sen, A. (1996) [1993]. Capacidad y bienestar. En M. Nussbaum y A. Sen, *La calidad de vida*, (pp.54-83). México: FCE.
- SIEMPRO (2001). *Tercera Edad. Datos Nacionales. Encuesta de Desarrollo Social, Número 6*. Buenos Aires.
- SIEMPRO-INDEC, ECV-2001 (2003). *El Voluntariado*. Serie Informes Breves de la Encuesta de Condiciones de Vida 2001. Buenos Aires.
- Sirvent, M. T. (2004). *Cultura popular y participación social*. Buenos Aires: Miño Dávila-Eudeba.
- Sosa Portillo, Z. y Huenchuán, S. (2003). *Redes de apoyo y calidad de vida de personas mayores en Chile*. En *Notas de Población*, 77: 103-138.
- Torrado, S. (1999). Transición de la familia en la Argentina 1870-1995. En *Desarrollo Económico* 154, (39): 235-260.
- Huenchuan Sandra, Rodríguez Luis (2010) *Envejecimiento y derechos humanos: situación y perspectivas de protección*. CEPAL, UNFPA, ADIS.
- Contribución de la CEPAL en la implementación Regional del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. CEPAL, enero de 2011.
- Rodríguez Luis -Piñero Royo, *Los desafíos de la protección internacional de los derechos de las personas de edad en el marco de la Declaración de Brasilia*. CEPAL- UNFPA.
- Informe Mundial Sobre la discapacidad, OMS, Banco Mundial, 2011.
- Barahona Rivera Roció (2011) *La Protección de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Personas Mayores*, ONU.
- El desarrollo en un mundo que envejece, Estudio Económico y Social Mundial 2007. ONU 2007.
-



FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA
.....



Ministerio de
Desarrollo Social
Presidencia de la Nación

Secretaría Nacional de
Niñez, Adolescencia y Familia