



Las Personas Mayores en Chile

Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez

Las Personas Mayores en Chile

**Servicio Nacional del Adulto Mayor
SENAMA**

Dirección: Huérfanos #863, Oficina 902
Santiago de Chile

Teléfono: (2) 585 35 00

Fax: (2) 585 35 98

Fono Mayor: 800 4000 35





Las Personas Mayores en Chile

Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez

> Índice

PRESENTACIÓN	5
INTRODUCCIÓN	6
I. MARCO CONCEPTUAL	8
1. Envejecimiento y Vejez	9
2. El Componente Género	10
3. Dependencia y Discapacidad en las Personas Mayores	11
4. Cuidados de Largo Plazo	13
5. Derechos, Empoderamiento y Participación Social	14
6. La Protección Social Frente a la Vulnerabilidad de las Personas Mayores	16
7. Calidad de Vida de las Personas Mayores	18
II. EL ENVEJECIMIENTO EN CHILE	20
1. Condicionantes del Envejecimiento Poblacional	21
1.1 Mortalidad y Esperanza de Vida	21
1.2 Fecundidad	22
1.3 Migración	22
2. Información Demográfica sobre el Envejecimiento	23
2.1 Envejecimiento de la Población de Mayores Según Sexo	25
2.2 Envejecimiento de la Población por Tramos de Edad	26
2.3 Índice de Dependencia Demográfica de Vejez	27
2.4 Razón de Apoyo a los Padres	27
2.5 Envejecimiento de la Vejez	28
2.6 Entorno Familiar de las Personas Mayores	28
2.7 El Envejecimiento y su Expresión en el Territorio	29
3. Dimensiones del Envejecimiento	31
3.1 Las Personas Mayores y el Desarrollo	31
a) La Pobreza en las Personas Mayores	31
b) Trabajo y Fuentes de Ingreso	33
c) Educación	35
d) Población de Mayores en las Zonas Urbana y Rural y el Impacto de la Migración Interna	37
e) La Dimensión del Género en las Personas Mayores	38
f) Personas Mayores en los Pueblos Indígenas	40
g) El Desarrollo y su Expresión en el Territorio	44
3.2 Salud y Bienestar en la Vejez	47
a) Discapacidad y Dependencia en las Personas Mayores	50
b) Calidad de Vida Relacionada a la Salud	54
c) Cuidados de Largo Plazo	57
d) Salud y Bienestar en el Territorio	65
3.3 Envejecimiento y Entornos	67
a) Maltrato e Imagen Desvalorizada del Envejecimiento y la Vejez	67
b) Vivienda y Arreglos Habitacionales	72
c) Participación y Asociatividad	75
d) Entornos y su Expresión en el Territorio	79

III. HACIA UN SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL PARA LAS PERSONAS MAYORES: POLÍTICAS Y PROGRAMAS	82
1. Las Personas Mayores y el Desarrollo	84
1.1 Reforma Previsional	85
1.2 Educación y Capacitación	88
1.3 Fondo Nacional del Adulto Mayor	89
2. Protección Social en Salud y Bienestar de las Personas Mayores	91
2.1 Acceso a la Salud	91
2.2 Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE)	93
2.3 Programa de Salud del Adulto Mayor	94
2.4 Establecimientos de Larga Estadía	95
2.5 Estipendio al Familiar Cuidador del Dependiente Severo	96
2.6 Conformar un Sistema de Servicios Sociales y Sanitarios: Pilar Indispensable de la Protección Social de las Personas Mayores	96
3. Construcción de Entornos Favorables para la Vejez	103
3.1 Programa de Vivienda para el Adulto Mayor	103
3.2 Programa Vínculos	104
3.3 Empoderamiento y Participación Social	105
3.4 Desempeño de Nuevos Roles en la Vejez: La Experiencia de los Asesores Senior	106
3.5 Programa de Intervenciones Innovadoras para el Adulto Mayor (PIIAM)	107
3.6 Generación de Conocimiento	108
3.7 Programa de Turismo Social	109
3.8 Promoción de una Imagen Positiva en la Vejez	110
3.9 Avances Normativos y Legales a favor de los Derechos de las Personas Mayores	111
IV. CONCLUSIONES Y DESAFÍOS FRENTE AL ENVEJECIMIENTO	116
1. Sobre el Cambio Demográfico	117
2. Respecto de la Situación Económica y Empleo	118
3. Educación Continua y Capacitación	119
4. La Salud y el Desarrollo de un Sistema Integral de Servicios de Cuidado de Largo Plazo: Desafío Fundamental para las Políticas Públicas	120
5. Respecto del Maltrato a las Personas Mayores	122
6. Respecto a la Vivienda y Condiciones de Habitabilidad	123
7. La Construcción Social de la Vejez	124
8. Enfoque de Derechos: Empoderamiento y Participación	125
9. Desafíos Legales e Institucionales frente al Envejecimiento y la Vejez	128
BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS	132
GLOSARIO	134
ANEXOS	146



> Presentación

El envejecimiento, los derechos humanos y las políticas públicas constituyen el trípode conceptual sobre el cual se ha edificado este libro, atendiendo a la importancia del envejecimiento individual, en tanto fenómeno biológico, psicológico y social que acompaña al ser humano desde el nacimiento a la muerte, y al envejecimiento demográfico y su particularidad respecto de hacer de la vejez una etapa que será vivida con certeza por un número creciente de personas y por un tiempo más largo.

El enfoque de persona mayor escogido por el Gobierno de S.E. Presidenta de la República, Michelle Bachelet, que guía este libro, no los considera como grupo vulnerable que es objeto de protección, sino como titulares de derechos. Esta definición va de la mano con el esfuerzo realizado en estos últimos años por los gobiernos de la Concertación, para establecer un nuevo paradigma que permita la definición de políticas que aseguren la integridad y dignidad de los mayores, que amplíe la protección real de sus derechos humanos y que fortalezca su autonomía en condiciones de igualdad y sin discriminación.

Los esfuerzos desarrollados para dar a luz esta publicación, la compilación de datos, la generación de nuevos conocimientos, la reflexión y las propuestas, buscan posicionar la temática de la vejez y el envejecimiento como un desafío y una oportunidad país, visibilizando la realidad y los derechos de las personas mayores, y asegurar el

diseño e implementación de políticas sectoriales y territoriales. Desde esa perspectiva, me llena de orgullo presentar el libro “Las Personas Mayores en Chile, Situación, Avances y Desafíos”.

Deseo agradecer a todas y a todos quienes colaboraron directa o indirectamente con esta publicación, de manera especial a todos los funcionarios de SENAMA, a la Unidad de Estudios y a Cristián Massad, a quien vi crecer con esta tarea.

Sé que quienes hemos trabajado en este libro nos sentimos parte del esfuerzo de hacer de Chile un país donde envejecer no sea motivo de temor e inseguridad. Tengo la convicción que cuando el lector cierre el documento, habremos sumado a otro colaborador en esta tarea de avanzar en más y mejores políticas para un Chile que envejece.

Por los Derechos de las Personas Mayores.

Chile se Construye con sus Mayores.

Paula Forttes Valdivia

Directora

Servicio Nacional del Adulto Mayor

> Introducción

Uno de los cambios asociados a la modernidad, inédito en la historia de la humanidad y que se observa en la actualidad en nuestras sociedades, es el envejecimiento de la población. Este fenómeno encuentra explicación en cambios culturales, sociales, políticos y económicos, que han influido en la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad.

Entre los logros conseguidos por las sociedades modernas se encuentra el de una mayor expectativa de vida de la población, debido básicamente a la reducción de las tasas de mortalidad, resultado del avance de la medicina y la implantación de políticas públicas, fundamentalmente asociadas a la salud y el trabajo. Debido a cambios socioculturales, como el acceso de las mujeres a los medios de control de la natalidad y su creciente participación en el mercado laboral, se ha producido una reducción de las tasas de fecundidad. La conjugación de estos dos fenómenos, ha derivado en una transición demográfica hacia el envejecimiento de la población, que en Chile se encuentra en una etapa avanzada.¹

En los últimos 30 años, la población del país ha experimentado un proceso de envejecimiento demográfico acelerado y sin precedentes históricos. Hasta 1970, las personas mayores de 60 años representaban 8% de la población, en el Censo de 2002 aumentaron a 11,4% y cuatro años después, de acuerdo a datos de la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) 2006, las personas mayores de 60 años alcanzaban al 13% de la población total del país. En los próximos 20 años se estima una tasa de crecimiento de 3,7% anual para este grupo etario, por lo que se proyecta una población de 3.825.000 personas de edad para el año 2025, lo que representará el 20% de los chilenos.

La expectativa de vida al nacer supera hoy en día los 78 años, sobrepasando los 80 años en el caso de las mujeres. Si a lo anterior se agrega que Chile ha mostrado una drástica disminución de sus tasas de natalidad², se tie-

ne como resultado un envejecimiento a ritmo sostenido. Esta situación irá profundizándose de acuerdo a estimaciones que señalan que se pasará de 13,12 nacimientos por cada mil personas en el quinquenio 2010-2025, a 10,98 durante los años 2045-2050³.

El envejecimiento debe ser valorado como un logro que genera oportunidades que deben ser aprovechadas, al tiempo que significa un desafío en función de lograr una mejora en la calidad de vida de las personas mayores, para que estos años los vivan de manera digna y en pleno bienestar.

Tanto el envejecimiento, proceso que abarca todo el ciclo vital y que cruza a toda la población, como la vejez, conforman un fenómeno complejo y multidimensional que acarrea consecuencias y desafíos, tanto para los sujetos que experimentan la vejez, como para la sociedad en su conjunto.

Las reflexiones que se han realizado respecto a estos fenómenos, han llevado a definir algunas dimensiones claves a la hora de diseñar e implementar políticas públicas. Los derechos y la protección social, proveen el marco ético-normativo a partir del cual se diseñan e implementan las políticas y programas sociales para el mejoramiento efectivo de la calidad de vida de las personas.

La discusión sobre las personas mayores como sujetos de derecho, se ha desarrollado desde una perspectiva teórico-política que sostiene que las políticas públicas deben estar guiadas por la titularidad de los derechos y que el desafío se encuentra en reconocer derechos para aquellos grupos más vulnerables⁴. La protección social está abocada a cubrir la brecha entre los derechos atribuidos y la capacidad de traducir el marco político-normativo en el que se sustentan los derechos, a un ejercicio efectivo, generando mecanismos que permitan hacerlos garantizables y exigibles.

1 Protección y participación en la vejez: Escenario futuro y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile. CELADE-CEPAL y SENAMA, 2007.

2 Las tasas de natalidad han disminuido desde 27,33 nacimientos cada mil habitantes en el período 1970-1975; a 15,76 en el lustro 2000-2005. CELADE-CEPAL, Observatorio Demográfico, 2007.

3 Observatorio Demográfico CELADE-CEPAL, 2007.

4 Boletín Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe, los Derechos en la Vejez. CEPAL, 2006.

Un sistema de protección fundado en derechos, implica ocuparse de las diversas formas de vulnerabilidad y exclusión social. Tradicionalmente se abordaba la protección desde el asistencialismo, implementando políticas para los grupos en situación de indigencia y pobreza. Los gobiernos de la Concertación han enfocado su quehacer hacia políticas universalistas, que incorporen diversas formas de vulnerabilidad además de la pobreza. En esta tarea adquiere una relevancia especial la situación de las personas mayores, considerando el crecimiento que este segmento etario ha tenido en los últimos años y las múltiples dimensiones de desprotección que vive este sector de la población.

La vulnerabilidad y la desprotección tienen múltiples expresiones, tantas como dimensiones en las que las personas se desenvuelven. Las personas mayores viven esta realidad en inestables condiciones de salud, seguridad económica y bienestar social, enfrentando, además, la subvaloración y discriminación que se expresan en discursos, símbolos y estructuras socioculturales respecto a la vejez y el envejecimiento.

A pesar de los avances sustantivos desarrollados para responder a las demandas por protección y seguridad, existe un déficit estructural frente al envejecimiento poblacional, que debe ser cubierto mediante acciones del Estado que permitan contar con estructuras, capacidades y recursos para el logro de las tareas. En materia de política pública, la promoción de los derechos de las personas mayores requiere acompañarse con un énfasis especial en los aspectos relativos a su salud, funcionalidad, vinculación social, participación y autonomía, indicadores clave de la calidad de vida de las personas mayores. Es necesario, asimismo, generar servicios sociales en ámbitos tan importantes, como la dependencia de las personas mayores, con una cobertura amplia y de calidad.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) ha buscado, a través de la elaboración de este documento, ofrecer un instrumento que proporcione conocimientos sobre la realidad de las personas mayores, como punto

de partida para la discusión y diseño de programas, así como la focalización de recursos en el marco de la construcción de un Sistema de Protección Social para una sociedad distinta.

El documento se estructura de la siguiente manera:

El primer capítulo desarrolla una aproximación conceptual a la temática del envejecimiento y vejez, estableciendo definiciones útiles para la comprensión del fenómeno.

El segundo capítulo entrega elementos de diagnóstico de la situación de las personas mayores en Chile, proporcionando información que explica el proceso de envejecimiento poblacional a través de dimensiones y descripciones.

El tercer capítulo da cuenta de los avances programáticos en materia de política pública para la construcción de un Sistema de Protección Social, cuestión fundamental para un diagnóstico completo de la situación actual de las personas mayores.

Para la construcción de los dos primeros capítulos, se ha tomado como eje estructurante la Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, la cual define tres áreas prioritarias en las cuales los países de la región deben enfocar sus acciones, a saber: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable.

El cuarto capítulo, incorpora las conclusiones más relevantes que han surgido del documento, enfocándose en aquellas que gozan de mayor consenso entre los actores vinculados a la temática del envejecimiento y la vejez.

Finalmente, el quinto capítulo realiza una propuesta orientadora de los ámbitos en los cuales debiese enfocarse la política pública en el futuro próximo, en función del diagnóstico desarrollado.

> I. Marco Conceptual



En el presente capítulo se han reconocido y desarrollado constructos que atraviesan los ámbitos más relevantes a la hora de observar las condiciones de vida de los mayores. Estos refieren, por una parte, a cuestiones propias del envejecimiento y la vejez, en tanto fenómenos anclados en el cambio demográfico y la transición hacia el envejecimiento de la población y, por otra, a dimensiones que posibilitan comprender el impacto de la vejez y el envejecimiento en los sujetos, aportando nociones relevantes a la hora de intervenir sobre este grupo etario.

1. ENVEJECIMIENTO Y VEJEZ

Al aproximarse a la temática de las personas mayores suelen presentarse confusiones en torno a los conceptos de envejecimiento y vejez, los que se encuentran estrechamente relacionados y que, sin embargo, no son sinónimos.

Una primera distinción necesaria aparece con el concepto de envejecimiento, el cual puede referirse tanto al envejecimiento individual como al envejecimiento poblacional.

Se entiende por envejecimiento individual el proceso que se inicia con el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psico-sociales de variadas consecuencias. El envejecimiento individual se haya inscrito en el ciclo vital de las personas y, por tanto, está determinado por los contextos en que el individuo se ha desarrollado, sus estrategias de respuesta y adaptabilidad y los resultados de dichas estrategias.

El envejecimiento poblacional hace referencia al proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto de los más jóvenes, siendo en este sentido muy relevante la definición que se ha construido sobre la vejez y la edad límite de ella.

El envejecimiento poblacional - o demográfico - es resultado tanto del desarrollo de las ciencias médicas e innova-

ciones tecnológicas acaecidas durante el siglo XX y sus efectos en el mejoramiento de la salud de las personas, reducción de la mortalidad y aumento de la expectativa de vida, como también de transformaciones socioculturales que explican la reducción de las tasas de natalidad y fecundidad.

Desde el envejecimiento, se derivan otras conceptualizaciones que contribuyen significativamente a la aproximación sobre la calidad de vida de las personas mayores. Estas son las de envejecimiento saludable y envejecimiento activo.

Por envejecimiento saludable se entenderá aquel donde factores extrínsecos del envejecimiento compensan los factores intrínsecos, evitando o disminuyendo la pérdida funcional. En este sentido implica un bajo riesgo de sufrir enfermedades o adquirir una discapacidad causada por enfermedad, un alto rendimiento de las funciones físicas y mentales y un compromiso activo con la vida⁵.

Por envejecimiento activo se debe entender el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez. Este concepto es aplicable tanto a individuos como a grupos de población y hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales y espirituales, no estando limitado a las funciones físicas o a la participación laboral. Incluye a todas las personas, sean éstas frágiles, discapacitadas o con necesidad de asistencia. El envejecimiento activo constituye un concepto más amplio que el envejecimiento saludable al reconocer factores que, junto a lo sanitario, afectan la manera de envejecer de individuos y poblaciones, estando íntimamente relacionado con un enfoque de derechos de las personas mayores, su autonomía e independencia⁶.

Si el envejecimiento se define como un proceso, la vejez corresponde a una etapa inscrita al final en el ciclo vital, cuya definición puede resultar algo confusa al no existir

5 Ekerdt, David J. Encyclopedia of Aging [libro-e]. New York: Macmillan Reference USA, Gale Group, 2002.

6 Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental "Envejecimiento activo: un marco político". Revista Española de Geriatría y Gerontología, 2002, 37 (S2), pp. 74-105.

un paradigma único que de cuenta de ella, tratándose más bien de una construcción heterogénea de aportes teóricos provenientes de distintas disciplinas como la psicología, la biología, la antropología, la sociología, la medicina y la demografía⁷.

Una primera definición de vejez hace referencia a una condición temporal y, concretamente, a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo, es decir, a la edad. En esta consideración, la vejez está en función del tiempo que transcurre para un determinado sujeto, frecuentemente medido según su edad cronológica⁸.

Es también posible definir la vejez desde una edad social, la cual se define en función de los roles, actitudes y conductas adecuadas, la percepción subjetiva del propio sujeto y la edad socialmente atribuida.

La edad social responde a una construcción, determinada histórica y culturalmente y, por esto, sujeta a transformaciones y revisión. En este sentido, la vejez sería una construcción que varía de sujeto en sujeto y de sociedad a sociedad, en la que confluyen un amplio número y tipo de dimensiones. Es desde la definición de la edad social que emergen una serie de estereotipos y preconcepciones asociadas a la vejez, las que muchas veces resaltan los aspectos negativos de esta etapa, imagen que deviene en la valoración desfavorable que socialmente ha sido construida sobre la vejez.

Cabe reflexionar que los primeros estudios en materia de envejecimiento y vejez se desarrollan a partir de la geriatría, primando en el análisis de los datos la imagen de declinación física a través de los años. Desde el desarrollo posterior de conocimiento a partir de ópticas gerontológicas, y más específicamente gerontológicas sociales y de la teoría psicosocial, es que se releva la dimensión del crecimiento por sobre la declinación, otorgando una nueva perspectiva al abordaje de políticas públicas, menos asistenciales y más inclusivas⁹.

Más allá de las referencias a estas distintas definiciones de edad, la vejez debe ser comprendida como la última etapa del ciclo vital de las personas, la cual, lejos de ser estática, presenta un gran dinamismo y múltiples cambios que comportan variadas consecuencias para los sujetos que la experimentan. Entre ellas se cuentan las asociadas al retiro laboral, al cambio de las relaciones sociales y pérdidas vinculares, que en un alto porcentaje de casos llevan al debilitamiento de la red social del individuo que envejece, así como la emergencia de discursos sociales negativos asociados a la inactividad y la dependencia, los que impactan directamente en la valoración de la etapa por parte del sujeto y la sociedad, poniendo en evidencia

el vacío de un rol social para las personas mayores que les permita un estatus de mayor valoración.

Otra característica de esta etapa, que aparece con fuerza en estos últimos años, es la mayor duración de la misma, lo que plantea el desafío concreto a la gerontología de tener que diferenciarla internamente, a razón de afinar el análisis y poder proponer estrategias más acordes.

Finalmente, una correcta conceptualización de la vejez debe prestar atención a la multiplicidad y diversidad de factores, tanto internos como externos, que están intervinando en su definición. No es posible hablar de la existencia de una vejez, sino de muchas, construidas desde la experiencia particular de lo que ha sido el proceso de envejecimiento de la persona mayor, el contexto histórico y las condicionantes psicosociales que le han permitido o facilitado el desarrollo de oportunidades y destrezas determinantes en la configuración de esta etapa y en la percepción de la misma.

2. EL COMPONENTE GÉNERO

Desde la heterogeneidad que presenta la vejez, se hace necesario representar, en el análisis gerontológico, los aspectos relacionados al género y sus implicancias en las formas y modos en que se vive esta etapa, más aún cuando una característica universal del envejecimiento de las sociedades es que las mujeres viven más que los hombres y, en el caso de muchos países como el nuestro, en condiciones más desfavorables.

Las mujeres y los hombres difieren entre sí por una diversidad de elementos que se configuran desde lo biológico y lo sociocultural. Cuando se considera lo biológico nos referimos al sexo y con lo sociocultural al género.

El género se define como la construcción social de las diferencias sexuales, destacando los significados atribuidos culturalmente a tales diferencias y entendiéndolas como fruto de un aprendizaje sociocultural, lo que determina roles y actitudes adecuados para cada sexo.

El género es un concepto general, que permite una mayor comprensión de los fenómenos sociales, pues posibilita la existencia de diferentes tipos de relación entre mujeres y varones, generando distinciones de acuerdo a contextos sociales, culturales y períodos históricos diferentes.

El género constituye, además, un sistema de clasificación de las personas, a las cuales se les otorga una posición diferenciada en el entramado social a partir de un sistema de discursos y prácticas que constituyen a lo femenino y lo masculino, en términos de roles diferenciados y en tér-

7 Aranibar, Paula "Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina". NU. CEPAL. CELADE. División de Población. Area de Población y Desarrollo del CELADE. Santiago, 2001.

8 Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2000) "Gerontología Social". Madrid. Editorial Pirámide. ISBN: 84-368-1437-1.

9 Paula Fortes Valdivia. Directora Nacional de SENAMA. Seminario Interno de Capacitación. 2008.

minos diferenciados de valor y prestigio. De este modo, va a determinar profundamente la manera en que hombres y mujeres experimentan su vida. En tal sentido, el género se constituye en un importante componente a considerar en el envejecimiento y la vejez, dado que influye a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.

El proceso de transición demográfica que experimenta el país, considera diferencias tanto cuantitativas como cualitativas entre los hombres y las mujeres mayores, lo que configura escenarios de envejecimiento y vejez que muchas veces ubican a las mujeres en una posición de desventaja frente a sus coetáneos masculinos. De este modo, el género va a estar determinando en una importante medida la manera en que las personas acceden a la vejez y transitan por ella, siendo un elemento clave a tener en cuenta en la formulación de las políticas públicas sobre envejecimiento y vejez. Dicho de otro modo, si partimos de la consideración que es necesario observar la heterogeneidad que encontramos entre las personas mayores, lo que obliga a diseñar e implementar políticas pertinentes, el género va a determinar profundamente una parte importante de esas diferencias, toda vez que envejecer como mujer o como hombre es muy distinto, siendo necesario, además, considerar las particularidades que existen entre las mujeres y entre los hombres mayores.

Uno de los elementos que adquiere especial relevancia al profundizar sobre el componente género, lo configuran las transformaciones que ha experimentado la estructura familiar, y los consecuentes impactos que ésta ha tenido sobre la vejez y el envejecimiento.

Una de las transformaciones más importantes del siglo XX ha sido la de la estructura familiar. La modernización, nuevas formas de producción y trabajo, entre otros factores, ha significado un cambio en la manera en que éstas se construyen y los roles señalados para cada uno de sus miembros.

Parte importante de estas transformaciones se explican desde un enfoque de género. Nuevas formas de relación entre los sexos han significado una reconfiguración de los roles dentro de la familia y la emergencia de una pluralidad de modelos que coexisten en la sociedad actual. Sin embargo, pese a los grandes avances, hoy las mujeres siguen estando cultural y socialmente asociadas al ámbito de lo doméstico y, por tanto, ocupándose de la mayoría de las tareas que en este espacio se encuentran inscritas, entre ellas los cuidados a terceros, como los requeridos por personas que por razones ligadas a su capacidad funcional necesitan de un apoyo cotidiano para realizar las actividades de la vida diaria.

En este sentido, es necesario considerar estas transformaciones en la estructura de las familias toda vez que, de no implementarse medidas que compensen la sobrecarga

de trabajo para las mujeres, específicamente en lo que a cuidados de otros se refiere, se irá profundizando una situación que hoy en día ya aparece como un problema. La sobrecarga de trabajo que sobrellevan las mujeres, haciéndose cargo del cuidado de personas con dependencia para la realización de actividades de la vida diaria, impacta en su salud, lo que las hace vulnerables a caer en dependencia, reproduciéndola al interior de sus familias.

Estas y otras problemáticas que deben enfrentar las mujeres, sobre todo las mayores, hacen necesario identificar aquellas diferencias demográficas y estructurales que significan, finalmente, disparidad en las condiciones de vida de hombres y mujeres, para luego definir la focalización de los programas en función de aquellas particularidades.

3. DEPENDENCIA Y DISCAPACIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES

Algunas de las características que observa el proceso de envejecimiento en Chile son el aumento de la esperanza de vida a partir de los 60 años, como también el aumento de las cohortes poblacionales de mayores de 79 años, lo que se denomina envejecimiento de la vejez. Este aspecto otorga un peso mayor al análisis del fenómeno de situaciones de discapacidad y dependencia de las personas mayores.

Existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su funcionalidad aumenta entre las personas mayores, especialmente en los de edades más avanzadas. Este aumento no se produce a un ritmo constante, sino que alrededor de los 80 años se acelera notablemente. De este modo, la dependencia se encuentra estrechamente ligada al envejecimiento de la vejez¹⁰.

En el contexto de un proceso de transición demográfica avanzada, es necesario tener presente que algunos tipos de enfermedades afectan y afectarán a una fracción cada vez mayor de la población, patologías que muchas veces gatillan escenarios de discapacidad y dependencia. A edad avanzada, el organismo no responde de igual forma ante las patologías y las condiciones ambientales que lo amenazan, comenzando a manifestarse deterioros del organismo que traen consecuencias que se traducen en pérdidas de funcionalidad. Así, muchas de las patologías recurrentes que enfrentan los mayores los hacen más vulnerables a caer en dependencia.

La dependencia es uno de los principales desafíos que las políticas, planes y programas dirigidos a las personas de edad deben abordar. Sin embargo, hoy en día no se cuenta con toda la información necesaria para avanzar en ello y la que existe refiere principalmente a la discapa-

10 Revista Gente Grande. Editorial. Junio 2008. Paula Forttes Valdivia, Directora Nacional, Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA.

cidad, que no es equivalente a dependencia, aún cuando permite predecir potenciales escenarios de fragilidad y vulnerabilidad ante ésta.

La clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), define la discapacidad como un término paraguas que aglutina los déficit, limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo con una alteración de la salud y su entorno (factores contextuales y ambientales).

La CIF propone un esquema conceptual que permite definir claramente la discapacidad y la dependencia, facilitando la diferenciación de ambos conceptos y permitiendo interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud:

- **Déficit en el funcionamiento:** es la pérdida o anomalía de una parte del cuerpo, o de una función fisiológica o mental. Esta “anormalidad” refiere a una desviación significativa de la normalidad estadística.
- **Limitación en la actividad:** se refiere a las dificultades que un individuo puede encontrar a la hora de ejecutar actividades. Las limitaciones en la actividad pueden clasificarse en distintos grados, en relación con la intensidad, según cantidad o calidad de la disminución que se esperaría respecto a la ejecución de actividades por parte de una persona sin alteración de salud.
- **Restricción en la participación:** hace referencia a los problemas que un sujeto puede experimentar en sus experiencias vitales. La restricción en la participación es estimada en función de la comparación entre la participación de un individuo y la participación esperada de un individuo sin discapacidad.
- **Barrera:** son todos aquellos factores del medio que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos como, por ejemplo, un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

En tal sentido, la dependencia es entendida como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal o mental, consecuencia de una enfermedad, un deterioro o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad. Cuando tal limitación no puede compensarse mediante la adapta-

ción del entorno o del sujeto, provoca una restricción en la participación, que se concreta en la dependencia de la ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida cotidiana. La dependencia queda así definida como el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas, o ayudas importantes, para realizar actividades básicas de la vida diaria.¹¹

La discapacidad en sí, es condición de posibilidad de dependencia, pero para que exista necesidad de ayuda de otros, deben existir limitaciones en la actividad. Aún así, que existan limitaciones o dificultades para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABDV)¹², no implica forzosamente la necesidad de asistencia por parte de terceros, es decir, dependencia.

Sucede que personas discapacitadas, incluso con discapacidades severas que ocasionan grandes limitaciones para realizar las actividades de la vida cotidiana, no necesitan de asistencia para ejecutarlas. La dependencia requiere una o más limitaciones en la actividad a las que se agrega la necesidad de ayuda de otros para su realización.

Otro concepto que se encuentra asociado a la discapacidad y la dependencia es el de fragilidad. La fragilidad es un concepto relativamente nuevo y aún no logra construirse una definición consensuada sobre ella, utilizándose variados conceptos para especificarla. Con todo, es posible entender la fragilidad como resultado de la disminución de la capacidad de reserva que lleva a la discapacidad y precipita la institucionalización. Muchas veces, las personas mayores son vulnerables al medio interno y/o externo, cuestión que es producida por la normal pérdida de la reserva fisiológica con el paso de los años, a lo que hay que sumar la pérdida en su capacidad de mantención del equilibrio dinámico y autorregulación, reduciéndose, por ejemplo, su fuerza muscular o la capacidad de regular la temperatura corporal.¹³

Una persona puede presentar fragilidad sólo por causas médicas, pero existen otras causas que la pueden estar determinando, entre ellas las sociales, farmacológicas y psicológicas. Finalmente, es frecuente observar que se puede estar frágil con pequeñas sumas de factores o agresiones del ambiente médico-social, ya sea del medio interno o externo.

11 Art. 2.2 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006).

12 Son las actividades imprescindibles para poder subsistir de forma independiente. Entre ellas se incluyen las actividades de autocuidado (asearse, vestirse y desnudarse, poder ir solo al servicio, poder quedarse solo durante la noche, comer) y de funcionamiento básico físico (desplazarse dentro del hogar) y mental (reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas). Ref.: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

13 Fragilidad en el adulto mayor y valoración geriátrica integral. Pedro Paulo Marín. Revista chilena de Reumatología. Vol. 20. 2004.

4. CUIDADOS DE LARGO PLAZO

Como ya se ha señalado, el envejecimiento individual, en sus etapas más avanzadas, presenta una mayor frecuencia de deterioro físico y cognoscitivo que, en muchos casos, se traducen en discapacidad y dependencia, haciendo que los sujetos que los viven requieran del apoyo de otras personas -sobre todo del entorno social inmediato- para realizar las actividades cotidianas.

Tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo, la capacidad de las familias de brindar asistencia a las personas dependientes se ha visto reducida debido a los cambios en su estructura, lo que se relaciona con el arribo de la mujer al mercado del trabajo y la reducción en las tasas de fecundidad; siendo las mujeres quienes, con mayor frecuencia, proveen apoyo y brindan cuidados.

La situación de países como el nuestro presenta precariedades en materia de protección y cuidados, habiéndose ya verificado un proceso de envejecimiento más acelerado, sin un correlato en el rol del Estado en la provisión de cuidados. Cabe señalar que la provisión de cuidados presenta escenarios más favorables en Estados Benefactores que han resuelto que la familia no es el único responsable de ellos.

La articulación del acelerado y progresivo envejecimiento y las transformaciones de la familia es un antecedente para la reflexión entorno a los cuidados de larga duración, en el sentido que la sociedad demanda una respuesta a la necesidad, cada vez mayor, de brindar cuidados de largo plazo a aquellas personas que así lo requieren¹⁴. Al mismo tiempo, esa respuesta no puede seguir exclusivamente instalada en la familia -sobretudo en las mujeres- y la comunidad, principalmente por las enormes presiones que estos cuidados significan para quienes los proveen y por la consecuente reproducción de la dependencia en el ámbito de la familia, cuestión que estaría afectando a un número cada vez mayor de mujeres, incluso mayores, que ven dramáticamente aumentado el riesgo de requerir de otros para la realización de las actividades de la vida cotidiana.

Cuando se habla de cuidados de largo plazo, se hace referencia a todos aquellos cuidados y servicios permanentes que son requeridos por personas que no son capaces de desempeñar la totalidad de las actividades de la vida cotidiana de manera autónoma y sin ayuda, es decir, personas dependientes.

Al igual que la dependencia, estos cuidados pueden ser de mayor o menor magnitud, la que estará determinada por los requerimientos de la persona cuidada, es decir, por su grado de dependencia.

Además, estos cuidados pueden ser provistos tanto en el ámbito de la familia y la comunidad por personas cercanas al demandante de cuidados, o bien, por instituciones especializadas o personas que se desempeñan profesionalmente en la provisión de cuidados. En estos espacios, como es de esperar, deben existir las competencias suficientes para brindar cuidados de calidad. A los primeros tipos de cuidado de larga duración se les denomina cuidados informales, mientras que los segundos reciben la denominación de cuidados formales.

Para efectos de este análisis se considerarán como equivalentes, por una parte, a los cuidados informales y cuidados no profesionales y, por otra, a los cuidados formales y cuidados profesionales.

Los cuidados informales o no profesionales son todos aquellos cuidados que son proporcionados por familiares o personas cercanas a la familia, realizando la tarea del cuidado bien en la casa de la propia persona mayor o en la casa del cuidador¹⁵ y que no están vinculadas a un servicio de atención institucionalizada. De este modo, se desprende la existencia de cuidadores informales.

Los cuidados formales o profesionales son todos aquellos cuidados que son prestados por profesionales o semiprofesionales, tales como trabajadores sociales, médicos, abogados, personal de ayuda a domicilio y enfermeras, que cuidan de personas mayores en una amplia variedad de ámbitos¹⁶. Entre éstos, se deben considerar aquellos que son prestados por una institución pública o privada, con o sin ánimo de lucro, y los de profesionales autónomos, entre cuyas finalidades se encuentra la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro especializado¹⁷.

Respecto de los cuidados de larga duración, es necesario definir a un ámbito de cuidados que está orientado a la atención de las necesidades físicas, psicológicas y sociales, existenciales y espirituales de personas que presentan enfermedades terminales. Este tipo de cuidados recibe la denominación de cuidados paliativos y su objetivo es conseguir la mejor calidad de vida posible, el alivio del dolor, el control de los síntomas de la enfermedad, brindando un apoyo integral a la propia persona y su entorno¹⁸.

14 Paula Forttes Valdivia. Directora Nacional de SENAMA. Seminario Fuentes y Organización del Gasto en Salud, Redes para la Epidemiología del Siglo XXI. 2008.

15 Encyclopedia of Gerontology: age, aging, and the aged. Ed., James E. Birren. San Diego: Academic Press, 1996. 2 vols.

16 IDEM.

17 Art. 2.6 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006).

18 Thesaurus of aging terminology. 8th ed. Washington: AARP, 2005.

5. DERECHOS, EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

El sistema internacional de derechos humanos da pie a toda normativa o instrumento legal en pos de la protección social hacia cualquier individuo o grupo, incluidas las personas mayores. Así, para definir la forma en que operan los derechos, el empoderamiento y la participación social en referencia a los derechos, es necesario precisar sus orígenes y principales características, para luego abordar sus implicancias para las personas mayores.

En este sentido, las primeras declaraciones de derechos, con fuerza, fundadas en derechos inherentes al ser humano son:

- La Declaración de Independencia de los Estados Unidos de 1776, donde se afirma que todos los hombres han sido creados iguales, dotados de ciertos derechos innatos, como la vida, la libertad y la búsqueda de la felicidad.
- La Declaración de los Derechos del Hombre y el Ciudadano de 1789, que constituye el más completo catálogo de derechos y garantías de la época.¹⁹

En este marco, surge la Declaración Universal de Derechos Humanos, la que, en términos generales, alude a un conjunto de derechos universales que cada individuo puede reclamar por el sólo hecho de pertenecer a la especie humana. Este concepto se fundamenta en la idea de una sociedad compuesta por individuos libres e iguales.

Desde una perspectiva jurídica podemos definir Derechos Humanos como: “Aquellas libertades, inmunidades, pretensiones y potestades que corresponden a todo ser humano como condición necesaria para realizarse como sujeto moral y cuya satisfacción es condición necesaria y suficiente para justificar la existencia, el origen y contenido de un sistema jurídico”.²⁰

Características

Tradicionalmente se señalan como características de los Derechos Humanos las siguientes:

- Los Derechos son inherentes a la naturaleza humana, prescindiendo de cualquier reconocimiento positivo, “existen” incluso siendo negados por algún Estado.
- El orden en el que se basan los derechos es “inmutable”, prescindiendo del origen social de cada individuo.
- Son propios de cada individuo en cuanto tales, no de los grupos.

Esta última característica en décadas recientes ha sido sometida a revisión, por el reconocimiento a ciertos “grupos” específicos, a través de los denominados “Derechos Colectivos”²¹. Desde un punto de vista jurídico es posible señalar que los derechos son:

Universales: pertenecen a todo ser humano, en cualquier sociedad, sin distinción de sexo, raza, edad, clase social, origen étnico o religioso.

Imprescriptibles: es decir, que no se pierden por el transcurso del tiempo.

Innatos e irrenunciables: todos los seres humanos nacemos con ellos, además no se puede renunciar a su titularidad, inclusive contra su propia voluntad.

Interdependientes y complementarios: porque se relacionan y apoyan unos con otros.²²

Evolución de los Derechos Humanos

Al respecto es posible reconocer cinco estados o etapas de estos derechos, a saber, positivación, generalización, expansión, internacionalización, y especificación.²³

- Positivación:** dice relación con el hecho que los derechos humanos se han ido incorporando progresivamente al derecho positivo interno de los Estados, especialmente a través de sus Constituciones, lo que ha contribuido a cristalizarlos y a favorecer su efectividad.
- Generalización:** por la cual se entiende el proceso a través del cual estos derechos han llegado a ser propios de todos los seres humanos, por el sólo hecho de ser tales, es decir, sin distinciones de raza, color, sexo, edad, posición política, género o de cualquier otro orden.
- Expansión:** ha consistido en el gradual y progresivo incremento del catálogo de los derechos humanos, en el que se han incorporado nuevos derechos, o nuevas generaciones de éstos, que pasan a ser reconocidos y protegidos en el carácter de tales.
- Internacionalización:** que se inicia en el siglo pasado, a través del cual estos derechos exceden el ámbito de los derechos internos o nacionales y pasan a incorporarse primero como declaraciones y luego a través de pactos o tratados, lo que podría denominarse como el derecho positivo internacional de los derechos humanos.
- Finalmente con la **especificación**, de data reciente, en la que con una mejor y más particularizada identificación de los sujetos titulares de los derechos, se atribuyen determinadas prerrogativas a quienes puedan

19 Mora, Tania y Solé, Loreto. “Desafíos del Envejecimiento Poblacional desde la Perspectiva de los Derechos Humanos: El caso de Chile”. 2008.

20 Hierro, L. en Mora, Tania y Solé, Loreto. “Desafíos del Envejecimiento Poblacional desde la Perspectiva de los Derechos Humanos: El caso de Chile”. 2008.

21 Ferrer, Marcela (2005). “La población y el desarrollo desde un enfoque de derechos humanos: intersecciones, perspectivas y orientaciones para una agenda regional”. Serie población y desarrollo N 60. CEPAL/ CELADE - División de Población, Chile.

22 Huenchuan, Sandra, Alejandro Morlchetti y Javier Vásquez, (2006). “Derechos Humanos en la edad avanzada. Análisis de los instrumentos de derecho internacional y de derecho interno en América Latina”. Manuscrito. CEPAL, Chile.

23 Squella Narducci, Agustín, (2004). “Introducción al Derecho”, Editorial Jurídica de Chile.

encontrarse en la sociedad en una situación de desventaja respecto de sus semejantes (vulnerabilidad). La primera especificación surgió a propósito del término ciudadano, respecto de una más general de hombre, por lo que sin perjuicio de los derechos del hombre, puede hablarse también de los derechos del ciudadano en particular, como por ejemplo los derechos políticos.

Esta especificación se ha producido a través de la consideración de que éstos derechos son sólo atribuibles a categorías o grupos de ciudadanos por razones vinculadas a su situación social o cultural discriminada.

Este proceso de especificación ha abierto paso a lo que se denomina “derechos de grupo”, que constituyen aquellos “derechos atribuidos a conjuntos determinados de sujetos en función de peculiares circunstancias en que se realiza su existencia”.²⁴

En cuanto a los grupos vulnerables, potenciales sujetos de derechos de grupo, el informe sobre Desarrollo Humano del año 2000 destaca que en todo el mundo persiste la discriminación en razón del género, el grupo étnico, la raza y la edad.

En específico, respecto de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, podríamos señalar primeramente que al no hacer distinción específica en algún grupo, se aplica a todos los seres humanos, por lo que se aplica también a las personas mayores. Sin embargo y al ser el primer instrumento de estas características no avanza en la especificidad de algunos “grupos” denominados vulnerables.

En este sentido, es preciso señalar que, hasta hace poco, ninguno de los instrumentos de derecho internacional consideraba a las personas mayores como sujetos de derecho específico, quedando contenidas en declaraciones del orden “cualquier otra condición social” (Declaración Universal de Derechos Humanos; Pacto sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales; y Convención Americana sobre Derechos Humanos).

Sin embargo, la Convención Americana de Derechos Humanos contiene un protocolo adicional conocido como Protocolo de San Salvador, el cual incluye normas específicas a favor de las personas mayores. La situación legal del Protocolo de San Salvador en Chile, indica que está aún pendiente la ratificación a través de los procedimientos internos para tener fuerza obligatoria.

Hacia una Convención Internacional de las Personas de Edad

Al no existir un instrumento jurídicamente vinculante que estandarice y proteja los derechos de las personas ma-

yores impera la tolerancia y la impunidad. Las especificidades y requerimientos que presentan las personas mayores, simplemente se pierden en la universalidad con las que son tratados.

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 generacionales, pero cuyo tratamiento no ha sido manifiesto. El argumento es que la naturaleza universal de los instrumentos internacionales debería incluir a los sujetos de edad avanzada. Sin embargo, es frecuente que los actos de violación de los derechos de las personas mayores sean abordados de manera local, o cuando adquieren connotación pública los gobiernos adoptan medidas reactivas, y en cuyo caso, muchas veces, no cuentan con los mecanismos de protección o los procedimientos pertinentes, o bien, las instancias dedicadas a la defensa y protección de derechos se declaran incompetentes.²⁵

A partir del reconocimiento de lo anterior, es necesario señalar que los países de América Latina y el Caribe han manifestado una especial preocupación en torno a trabajar por una Convención Internacional de las Personas de Edad. En el contexto de Naciones Unidas, se han llevado a cabo dos Reuniones de Seguimiento al Plan Internacional de Madrid, la primera en Santiago el año 2003 y la segunda en Brasilia en 2007. Adicionalmente, en 2008 se realizó en Río de Janeiro la reunión de seguimiento a la Declaración de Brasilia. Estos encuentros avalan el planteamiento explícito de estos gobiernos de trabajar para la elaboración de una Convención Internacional en defensa de los derechos de las personas mayores.²⁶

Esta idea ha sido entusiastamente respaldada por el Gobierno de Chile, a través de gestiones realizadas por SENAMA, en el mes de junio de 2008, la Cancillería Chilena, a través de Documento del Ministerio de Relaciones Exteriores, N° 2.096, de mayo de 2008, de apoyo a iniciativas multilaterales sobre adulto mayor, señaló aprobar la aceptación como país de la Declaración de Brasilia; e instruyó a su representante en el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas a promover la instauración de una Convención de Derechos de las Personas Mayores, así como la designación de un Relator especial encargado de velar por la promoción y protección de los derechos humanos de las personas mayores.

El Senado de la República de Chile, por otra parte ha manifestado también su voluntad de solicitar al Gobierno de Chile el estudio de una Declaración Internacional de Derechos de Personas Mayores, a través de documento N° 789 de junio del 2008.

24 Ferrajoli, Luigi. (1999). “Derechos y Garantías”, la ley del más débil. Editorial Trotta Madrid.

25 Lowick-Russel, Jenny. Hacia Una Convención de Derechos de las Personas Mayores, documento interno, SENAMA.

26 Mora Biere, Tania, Ponencia presentada en Congreso Internacional Ciencias, Tecnologías y Culturas. Diálogo entre las disciplinas del conocimiento. Mirando al futuro de América Latina y el Caribe, 30 de octubre a 2 de noviembre de 2008, Universidad de Santiago de Chile.

Participación Social

Los derechos y la participación social se vinculan en dos dimensiones: por una parte, la participación social se establece como un derecho al que pueden acceder todos los miembros de la sociedad y, por otra, se define la participación social como instrumento de articulación de intereses entre individuos y grupos, que posibilita exigir derechos que no son asegurados por el aparato público. Así, la participación se configura como instrumento de generación de empoderamiento, de conocimiento de derechos y de construcción de ciudadanía.

Los derechos y la protección social proveen el marco desde donde las políticas públicas se plantean y operacionalizan, de este modo se está haciendo referencia a un aspecto del quehacer social que dice relación con el rol del Estado. El correlato necesario para que la protección social y el ejercicio de los derechos se cristalice, se encuentra en la ciudadanía, lo que sólo es posible en una sociedad con individuos que conocen y exigen sus derechos. El empoderamiento hace referencia entonces al conocimiento sobre los derechos y a la capacidad de exigirlos para que el Estado provea su garantía efectiva.

Por otra parte, la participación en el ámbito de la vinculación a redes sociales, permite acceder a formas de capital social que posibilitan asociar y movilizar una serie de recursos, a los que sin una participación activa es muy difícil acceder.

La participación social de las personas mayores, desde su dimensión individual, podría definirse como el “proceso de interacción personal que consiste en tomar parte activa y comprometida en una actividad conjunta y que es percibida por la persona como beneficiosa”. Sin embargo, la participación social no sólo se refiere a los estilos de vida de cada persona, también está estrechamente ligada al lugar que la sociedad asigna a quien envejece, es decir, a la imagen social de la vejez.

De este modo, los entornos de participación y de vinculación social, cuando se establecen como espacios de integración y como facilitadores de un envejecimiento activo, significan recursos funcionales al logro o incremento de la calidad de vida de las personas. Por el contrario, cuando no existen instancias de participación, estos potenciales recursos se transforman en barreras y limitaciones para la actividad y el bienestar.

Los medios institucionales para enfrentar estas limitaciones van en la línea de la inserción sociocomunitaria y del fomento a la participación, generando vinculación con y entre grupos que significan un potencial de recursos de apoyo recíproco, de vínculos de solidaridad y de trabajo, y de articulación subjetiva de trayectorias de vida.

6. LA PROTECCIÓN SOCIAL FRENTE A LA VULNERABILIDAD DE LAS PERSONAS MAYORES

Para aproximarse conceptualmente a la protección social, se debe considerar que ésta, antes que nada, constituye la expresión máxima de una sociedad democrática que ha decidido garantizar, a todos sus miembros, igualdad de oportunidades frente a los diversos escenarios de vulnerabilidad existente, para el alcance del bienestar y aseguramiento de su calidad de vida durante todo el ciclo vital.

Esta decisión de la sociedad conlleva el deseo de vivir entre iguales, lo que no significa de ninguna manera la homogenización de las formas de vivir y pensar, sino más bien la disponibilidad de una institucionalidad incluyente que garantice a todos las mismas oportunidades de participar en los beneficios de la vida colectiva y en las decisiones que se toman respecto de como orientarla. En este sentido, la pobreza no es sólo una condición socioeconómica caracterizada por la falta de acceso a los mínimos considerados en una escala de necesidades básicas, o la falta de participación en el progreso colectivo debido a la brecha entre el ingreso de los pobres y el ingreso medio de la sociedad; ser pobre o excluido es, sobre todo, carencia de ciudadanía o condición “preciudadana”, en la medida en que se niega la titularidad de derechos sociales y de participación.²⁷

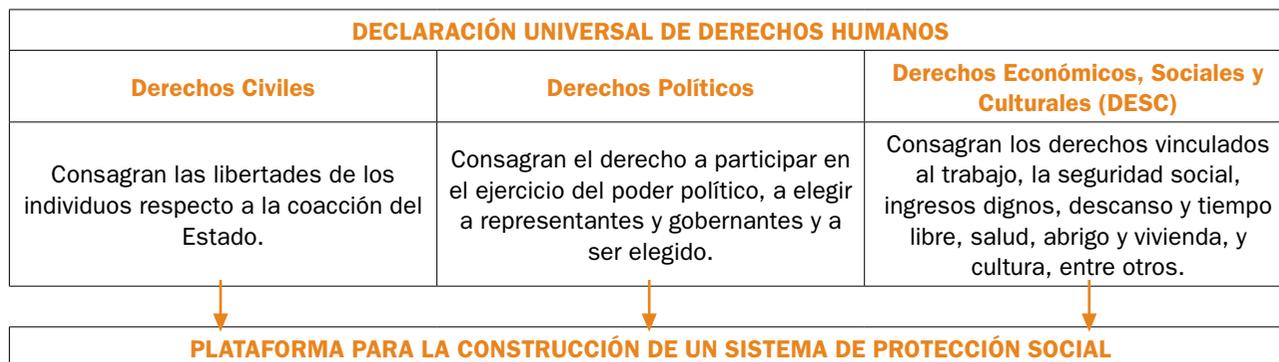
De acuerdo a lo anterior, la protección social se vincula directamente con la pertenencia efectiva a la sociedad, a través de la participación e inclusión, y con el disfrute efectivo de las condiciones de vida acorde con el progreso y desarrollo de la sociedad. La pertenencia a la sociedad y el consecuente disfrute de sus éxitos, es considerado un derecho inalienable, del cual todos los miembros son titulares y, por tanto, pueden y deben exigir al Estado -como depositario y responsable del resguardo y cumplimiento de los consensos sociales- la garantía de tales derechos. Desde aquí es que se conceptualiza una protección social fundada en derechos.

El tipo de derechos que el Estado debe proteger son, en el marco internacional de los derechos humanos, de tres índoles: los derechos civiles, que consagran las libertades de los individuos respecto a la coacción del Estado e incluyen, entre otros, la libertad de expresión y pensamiento, de asociación y reunión, de culto y religión, de propiedad, y el derecho a la justicia; los derechos políticos, a saber, el derecho a participar en el ejercicio del poder político, a elegir a representantes y gobernantes y a ser elegido; y los derechos económicos, sociales y culturales (DESC), que incluyen derechos al trabajo, la seguridad social, ingresos dignos, descanso y tiempo libre, salud, abrigo y vivienda, a la cultura, entre otros. Estos tres ámbitos de derechos proporcionan, de manera amplia, la plataforma

27 CEPAL, “La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad”. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), febrero 2006.

de exigibilidad de derechos por parte de los ciudadanos y la consecuente responsabilidad del Estado en disponer

las condiciones para el goce efectivo por parte de todos los miembros de la sociedad.



La magnitud del desafío de brindar a todos los ciudadanos y ciudadanas garantía explícita de la disponibilidad de los recursos necesarios para el ejercicio efectivo de los derechos, hace necesario que el Estado construya un Sistema de Protección Social, dado que debe articular una serie de estrategias, instrumentos y prestaciones para conseguir este fin. Para ello, debe contar con un marco normativo e institucional que permita que dicho sistema pueda ser diseñado y puesto en funcionamiento, además de la voluntad política de hacerlo. Dicho de otro modo, instalar un sistema de protección social es, por sobre un arreglo institucional, un acuerdo político al que concurre la sociedad para establecer las bases sobre las cuales quiere construir y regular su convivencia: determina qué derechos son para todos, cómo se garantizan y cómo se viabilizan. Ello supone instituciones, instrumentos, programas y recursos, pero también requiere delimitar las atribuciones y responsabilidades del Estado, del mercado, de las personas y de las familias²⁸.

Tal Sistema de Protección Social constituye un dispositivo de políticas y acciones que acompañen el ciclo vital de las personas. El destinatario debe ser la familia en toda su diversidad, entendida como sujeto de riesgo al que se orienta la protección social.

La necesidad de un Sistema de Protección Social emana de la existencia de inseguridades y vulnerabilidades causadas por las transformaciones que ha experimentado la sociedad, entre ellas, las derivadas de la implantación de un modelo de desarrollo que genera grandes desigualdades y escenarios de inestabilidad y riesgo a las personas, las que se encuentran desprotegidas en diversos ámbitos, trascendiendo a la población en situación de pobreza, afectando también a otros grupos como las mujeres, los niños y, especialmente, a las personas mayores. En este sentido, los ámbitos de vulnerabilidad se amplían y

exigen considerar los diversos factores por los cuales las personas se encuentran en desventaja frente a la participación de la vida comunitaria, el disfrute de sus beneficios y la toma de decisiones²⁹.

La vulnerabilidad, en este sentido, se refiere a “los recursos cuya movilización permite el aprovechamiento de las estructuras de oportunidades existentes en un momento, ya sea para elevar el nivel de bienestar, o para mantenerlo durante situaciones que lo amenazan”³⁰. Hace referencia a la incapacidad o dificultad para movilizar los recursos necesarios para lograr la adaptación exitosa ante cambios en el entorno y ante las contingencias y desafíos que presentan las condiciones y etapas de la vida.

Asimismo, constituye un instrumento analítico útil para develar procesos dinámicos y multidimensionales, pudiendo describir e interpretar fenómenos como los niveles de riesgo en que se encuentran sectores de la población frente a las permanentes inestabilidades contextuales en que se hayan insertas, que determinan su trayectoria y posibilidades de vivir en bienestar y con calidad de vida.

Como se anticipa, es posible entender la vulnerabilidad como uno de los factores que generan desventaja social entre individuos y grupos, concepto que cobra creciente valor en el modelo de desarrollo caracterizado por la importancia del mercado, el repliegue del Estado y la competencia extrema.

Como se ha señalado, el concepto de vulnerabilidad abre un nuevo afluente de necesidades de protección y garantía de derechos; significa una noción mucho más dinámica que la pobreza, en la medida que abarca diferentes aspectos de realidades complejas. De este modo, se posiciona como un constructo pertinente a la hora de describir y analizar los diversos ámbitos en que las personas

28 MIDEPLAN “Apuntes de protección social”. Ministerio de Planificación. Chile. Julio de 2006. N° 1.

29 En este sentido, “persistir en políticas de protección social sólo hacia los más pobres puede convertirse en una opción regresiva si consideramos la amplitud de sectores no pobres vulnerables que, sin soporte ante los riesgos, enfrentan la inestabilidad laboral, los bajos ingresos o ambos”. Envejecimiento y Vejez: Desarrollo de Políticas Públicas. Paula Forttes Valdivia. Octubre 2007.

30 Jorge Rodríguez Vignoli “Vulnerabilidad demográfica, una faceta de las desventajas sociales”. CEPAL. 2000.

mayores enfrentan desventajas y déficit debido a las condiciones culturales, sociales y amenazas del entorno.

A escala comunitaria, el capital social -red de vínculos de solidaridad, de trabajo conjunto, de apoyo mutuo y de conocimiento recíprocos- constituye uno de los mecanismos para enfrentar la vulnerabilidad. A escala de hogares e individuos destacan la disponibilidad y el manejo de activos (como la vivienda o el entorno inmediato) y la acumulación de capital humano (salud y educación y el acceso al empleo). Como contrapartida, se deduce que el debilitamiento del capital social y la ausencia o incapacidad de manejo de los activos y las carencias de capital humano, son elementos que constituyen la vulnerabilidad de comunidades, los hogares y los individuos.

Durante la vejez se comienzan a manifestar o potenciar ciertas condiciones que dificultan o disuelven la posibilidad de movilizar recursos funcionales a la calidad de vida y el bienestar. La capacidad de generar ingresos, las condiciones de salud y de funcionalidad, la integración socio-comunitaria y el capital social, entre otros, son condiciones de vida que en cierto momento del ciclo vital comienzan a decaer debido al repliegue desde el mercado del trabajo, el deterioro de las condiciones de salud, el aislamiento y el abandono. Muchas de estas condiciones se encuentran mediadas por factores estructurales y socioculturales, como la constitución de estereotipos, la estigmatización y la exclusión sostenida sobre preconceptos en torno a la vejez.

Los medios institucionales para enfrentar estas limitaciones deben ir en la línea de la inserción sociocomunitaria, de mecanismos de generación de acceso a activos como la vivienda y entornos que favorezcan la calidad de vida, y de medios que promuevan la seguridad económica y la salud.

Esto se traduce en modelos que enfatizan en medidas preventivas y correctivas a través de políticas que se ocupen de todo el ciclo de vida, a saber:

- La Salud y el Autocuidado, en el entendido que la prevención en materia de salud es costo-efectiva para el sistema, anticipando escenarios de deterioro de salud y funcionalidad evitables.
- Políticas de Educación abocadas a la productividad, entendiendo que el número de personas económicamente activas se irá reduciendo a medida que la magnitud del envejecimiento de la población se incremente, requiriéndose por tanto individuos más productivos para suplir esta deficiencia cuantitativa.
- Políticas de Estabilidad en el Empleo, fomentando la capacitación continua, para que los individuos desarrollen habilidades y cuenten con instrumentos efectivos de adaptación ante un mercado del trabajo cada vez más inestable.
- Políticas de Desvinculación Laboral que respondan a la crisis producida por la jubilación que, dada la esperanza

de vida actual, significa a los mayores sostener por 20 años su situación económica solamente con los ingresos de las pensiones.

- Políticas de Fomento a la Natalidad, corrigiendo los desincentivos que se advierten en nuestro país como el alto costo de los planes de salud de las mujeres, las escasas redes de apoyo al embarazo y a la primera etapa maternal, la rigidez de acceso al empleo y la inflexibilidad horaria, en otros, que en ningún caso pueden significar limitar los derechos reproductivos.

Es necesario precisar finalmente que las personas mayores enfrentan condiciones de vulnerabilidad en diversos ámbitos, pero tales condiciones no son privativas de la población de 60 años y más. Señalar que las personas de edad constituyen un grupo vulnerable, no tiene mayor trascendencia, ni en términos conceptuales ni en términos de diseño de políticas. La constitución de grupos vulnerables es funcional a la focalización de políticas, si y sólo si, distingue ámbitos en los cuales intervenir con recursos que son limitados.

7. CALIDAD DE VIDA DE LAS PERSONAS MAYORES

Cuando hablamos del logro de nuestra sociedad en materia de aumento de la esperanza de vida, surge la necesidad de otorgarle a esos años mayor calidad de vida. Las políticas públicas están y estarán sistemáticamente tensionadas por más y mejores servicios para la población envejecida.

El concepto de calidad de vida ha sido abordado desde distintos enfoques, algunos más cercanos a las Ciencias Sociales y otros más próximos a las Ciencias de la Salud, contemplando cada uno de ellos distintas formas de aproximación, operacionalización y medición.

Con todo, se entiende que la calidad de vida toma en cuenta componentes tanto objetivos, como subjetivos.

Del componente objetivo se desprenderán unas condiciones objetivas de vida, referidas a las circunstancias materiales y a las percepciones sobre estas circunstancias. Se incluyen en estas condiciones objetivas las dimensiones de salud, funcionamiento físico y situación económica.

Por su parte, del componente subjetivo se desprenderá la noción de bienestar subjetivo, vinculado con la apreciación de sentirse o encontrarse bien o satisfecho.

De esta forma, la calidad de vida se presenta como una categoría multidimensional, que refiere a diversos ámbitos en los que se desenvuelven los sujetos.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del

sistema de valores en los que vive, en relación con sus expectativas, sus normas e inquietudes.

De este modo, se trata de un concepto amplio que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Así, la noción de calidad de vida resulta multicausal y por tanto difícil de conceptualizar operacionalmente y de medir como un fenómeno integral.

La vía que se ha definido como la más apropiada para abordar este concepto ha sido la de la calidad de vida asociada a la salud, que aporta indicadores claves del bienestar integral de los sujetos y grupos. En todo caso, el concepto de calidad de vida asociada a la salud, de ninguna manera debe ser entendido únicamente desde un enfoque asociado a las patologías o precariedades sanitarias que enfrentan los sujetos.

De esta forma se aborda un concepto amplio de salud, que trasciende los componentes netamente sanitarios o referidos exclusivamente a la ausencia de enfermedad. En este sentido, se entenderá por salud un “estado de completo bienestar físico, psíquico y social.” (OMS, 1994).

Así, la calidad de vida surge como la referencia a todos los aspectos de la vida que influyen en la percepción de sí mismo en relación con el entorno, a la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades.

El concepto de calidad de vida debe incluir las especificidades propias de la vejez, tanto fisiológicas como sociales, y considerar las diferencias respecto a las anteriores etapas del ciclo de vida. A ello se suma la necesidad de identificar los elementos de naturaleza objetiva (redes de apoyo, servicios sociales, condiciones económicas, entorno, entre otros) y subjetiva (satisfacción, autopercepción) intervinientes.³¹

En el caso específico de la calidad de vida asociada a la salud en las personas mayores, su medición requiere de la consideración de algunos elementos característicos de la edad, tales como el mantenimiento de las habilidades funcionales y el autocuidado. Vale decir, la capacidad de mantener la independencia y la autonomía personal y, en ningún caso, la ausencia de patologías³². De este modo, en su operacionalización, se distinguen una serie de dimensiones e indicadores que dan cuenta de la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida.³³

CUADRO 1: INDICADORES DE MEDICIÓN POR DIMENSIONES DE CALIDAD DE VIDA

Dimensiones de Calidad de Vida	Percepción de salud	Autonomía para el desarrollo de las actividades cotidianas	Satisfacción vital	Disponibilidad de apoyo social	Participación comunitaria	Práctica de acciones de autocuidado	Calidad de la vivienda
Indicadores de medición de Calidad de Vida	Percepción general de la salud	Grado en que el dolor interfiere en las actividades cotidianas	Grado de satisfacción con la vida en general	Disponibilidad de apoyo económico	Razón por la cual participa en organizaciones sociales	Frecuencia con la cual se practica deporte o actividad física	Grado de satisfacción con la privacidad de la vivienda
	Satisfacción con la condición física	Frecuencia con que la salud física o problemas emocionales han afectado el desarrollo de actividades sociales	Grado de satisfacción con la vida familiar	Disponibilidad de apoyo emocional			Lugar de ocurrencia de accidentes
	Satisfacción con el bienestar mental o emocional		Grado de satisfacción con la vida sexual				

Fuente: II Estudio de Calidad de Vida y Envejecimiento, 2006. CELADE-CEPAL, 2008.

Es necesario tener en cuenta los conceptos claves que se han expuesto anteriormente a la hora de desarrollar alguna consideración sobre las personas mayores y sus condiciones de vida, así como a la hora de diseñar y focalizar, monitorear y evaluar las acciones que se generen en pos

de mejorar su calidad de vida. Estas dimensiones articulan los distintos ámbitos donde las personas de edad se ven desprotegidas, estableciendo a su vez orientaciones y directrices teóricas para la generación de programas y líneas de acción.

31 Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. CELADE. Diciembre, 2006.

32 II Estudio de Calidad de Vida y Envejecimiento 2006. CELADE-CEPAL. 2008.

33 IDEM.

➤ II. El Envejecimiento en Chile



En Chile, la expectativa de vida al nacer supera los 78 años, sobrepasando los 80 años en el caso de las mujeres. Si a ello se agrega que el país ha mostrado una drástica disminución de sus tasas de natalidad, se observa una acelerada transición demográfica hacia el envejecimiento, situación que irá profundizándose.

Estas dos condicionantes demográficas posicionan a nuestro país en un estadio avanzado de envejecimiento, ubicándolo a la cabeza del continente, proyectándose que este fenómeno se acentuará en el futuro.

Es relevante describir aquellos factores que han llevado a Chile a envejecer, ya que éstos se desprenden de importantes avances en materia de políticas públicas, logros que obligan a hacerse cargo de esta realidad, mejorando la calidad de vida de una cantidad cada vez más grande de personas, así como de aprovechar todo su potencial para el beneficio de la sociedad.

Los indicadores demográficos sobre el envejecimiento de la población aportan información valiosa para la construcción de un panorama de su estructura demográfica y que es de gran utilidad para proyectar el país, observando las potenciales implicancias de este cambio, posibilitando anticiparnos a los posibles efectos negativos del proceso de envejecimiento.

1. CONDICIONANTES DEL ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

1.1 Mortalidad y Esperanza de Vida

En Chile, un resultado fundamental de los avances en el ámbito de la salud es el incremento de la esperanza de vida al nacer y de la expectativa de vida al alcanzar los 60 y los 65 años, ello a causa de la disminución de las tasas de mortalidad. El número potencial de años que pueden

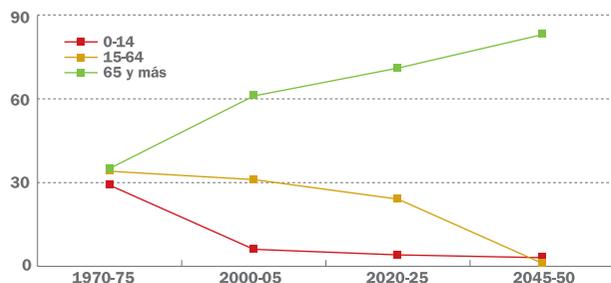
esperar vivir las personas se incrementa a medida que se envejece.

Esto se encuentra determinado por el hecho que, al superar ciertas edades, se dejan atrás escenarios asociados a enfermedades específicas y contingencias (como los accidentes laborales) relacionadas con altas tasas de mortalidad; dicho de otro modo, al llegar a los 60 y a los 65 años de edad, aumentan las probabilidades de vivir más de 80 años, por sobre las que tiene, por ejemplo, una persona que acaba de nacer, a la que le esperan diversas circunstancias que reducen sus probabilidades de llegar a la cuarta edad³⁴. La esperanza de vida a los 60 y 65 años, se calcula en función del promedio de años que esperaría vivir una persona a esas edades si las prevalencias de mortalidad se mantienen constantes.

Las tasas de mortalidad de la población general descendieron desde 8,9 fallecimientos por cada mil habitantes entre los años 1970 y 1975 a 5,7 fallecimientos entre el 2000 y el 2005. Esta tendencia se revertirá según las previsiones que indican que en el quinquenio 2020-2025 la tasa de mortalidad será de 7.1, hasta alcanzar el número de 10 fallecimientos por cada mil habitantes entre 2045 y 2050. Además, como se aprecia en el gráfico N° 1, las curvas de evolución de las tasas de mortalidad por grandes grupos de edad presentan comportamientos disímiles. Se observa que este indicador se reduce para el cohorte entre 15 y 64 años, mientras que el grupo de población de 65 años y más presenta un incremento. Esto último es posible explicarlo por el aumento sucesivo de personas que llega a la última etapa del ciclo vital: Quienes se encontraban en el cohorte etario entre los 15 y los 59, en los años contemplados, llegarían a edades avanzadas, donde terminarían sus ciclos de vida. Finalmente, la reducción de las tasas de natalidad y los medios de control de la mortalidad al nacer, sumado al desarrollo de la medicina materno-infantil, han decantado en una reducción de las tasas de mortalidad en el grupo de 0 a 14 años.

³⁴ Se ha definido que la cuarta edad es aquella que comienza alrededor de los 80 años, y como se verá más adelante, se encuentra asociada muchas veces a una aceleración de la declinación, el deterioro y la dependencia. Envejecimiento de la Población Latinoamericana. Serie Población y Desarrollo. CEPAL. 2000.

GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE DEFUNCIONES POR GRANDES GRUPOS DE EDAD

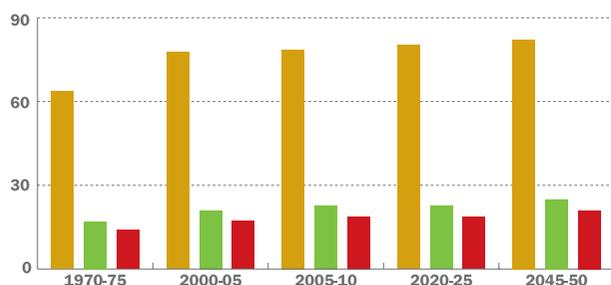


Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

En cuanto a la esperanza de vida -resorte de las tasas de mortalidad- la información disponible señala que entre el 2005 y el 2010 la expectativa de vida al nacer de las mujeres es de 81,5 años, mientras que la de los hombres es de 75,5 años. La esperanza de vida para el total de la población se ubica en los 78,6 años.³⁵

A los 60 años, las mujeres tienen una esperanza de sobrevivencia de 24,5 años, y a los 65 de 20,4 años. En el caso de los hombres en tanto, es de 20,7 y 17,1 años respectivamente. Para ambos sexos en conjunto, este indicador se ubica en 22,8 para los 60 años y en 18,9 para los 65 años.³⁶

GRÁFICO 2: ESPERANZA DE VIDA AL NACER, A LOS 60 Y 65 AÑOS



	1970-75	2000-05	2005-10	2020-25	2045-50
Total al nacer	63,65	77,6	78,6	80,2	82,2
Total a los 60 años	17,05	21	22,8	22,55	25
Total a los 65 años	13,9	17,2	18,9	18,6	20,9

Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

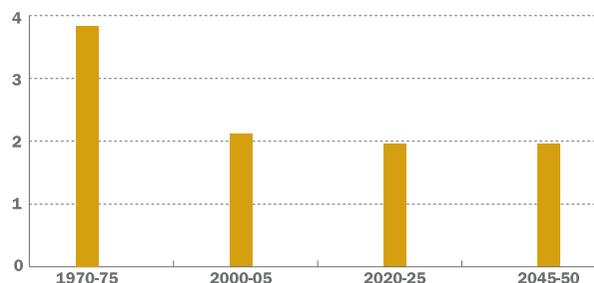
* Datos del documento "World Population Ageing, División de Población de Naciones Unidas, 2007.

1.2 Fecundidad

Asociado a la introducción de innovaciones técnicas y a cambios en las dinámicas socio-culturales, se ha producido un descenso en las tasas brutas de natalidad y fecundidad. El número de hijos por mujer en Chile ha venido decreciendo entre los períodos aquí estudiados, lo que conlleva impactos sustanciales en la estructura demográfica de la población y su tendencia hacia el envejecimiento, toda vez que bajas tasas de fecundidad y natalidad significan una escasa renovación demográfica.

Como muestra el gráfico N° 3, en el quinquenio 1970-1975, la tasa global de fecundidad se situaba en 3,63 hijos por mujer, para pasar a 2,0 en el período 2000-2005, cifra que se sitúa por debajo del nivel de reemplazo, es decir por debajo del número de hijos por mujer que aseguraría, al menos, una hija por cada mujer (2,1). Se estima que esta tasa puede descender hasta 1,85 en el lustro 2020-2025, la que se mantendría estable, al menos hasta el período comprendido entre los años 2045 y 2050.

GRÁFICO 3: TASA DE FECUNDIDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

A mediados del siglo XX, se observaron tasas de fecundidad del orden de cinco niños nacidos vivos por mujer (1950-1955). A pesar que la mortalidad infantil en tales años era muy superior a la que se observa en la actualidad, es posible determinar que la gran cantidad de personas nacidas en la década del 50 y otras anteriores, son las que amplían, en la actualidad y en el futuro, el cohorte etario de 60 años y más.

1.3 Migración

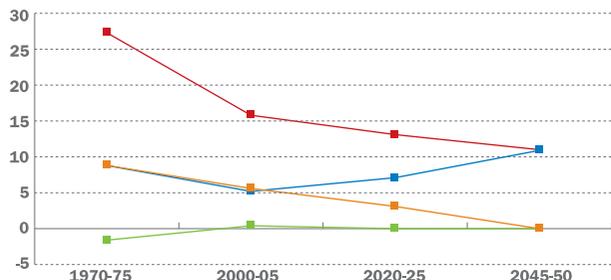
El fenómeno migratorio no es significativo en Chile en relación a la transición demográfica, y no influye en la percepción del envejecimiento. A pesar de lo anterior, es necesario observar las tasas de migración interna, que repercuten en la composición local y territorial de las estructuras etarias. Este tema será tratado en el apartado sobre las personas mayores en las zonas urbanas y rurales.

35 "World Population Ageing", División de Población de Naciones Unidas, 2007.

36 IDEM

Para concluir los aspectos relacionados con las condicionantes demográficas que suscitan el envejecimiento de la población, el gráfico N° 4 presenta un resumen de estas variables, además del crecimiento de la población, la que muestra un descenso acelerado que será explicado enseguida.

GRÁFICO 4: TASA DE NATALIDAD, MORTALIDAD, MIGRACIÓN Y CRECIMIENTO



	1970-75	2000-05	2020-25	2045-50
Tasa de natalidad	27.3	15.8	13.1	11
Tasa de mortalidad	8.8	5.2	7.1	10.9
Tasa de migración	-1.6	0.4	0	0
Tasa de crecimiento	8.8	5.6	3.1	0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

2. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

En los últimos años, el ritmo de crecimiento del conjunto de la población ha descendido, mientras que el del grupo de mayores de 59 años ha aumentado. El crecimiento de la población chilena en el período 1975-2000 fue de 47,9% mientras la tasa de crecimiento de la población de 60 años y más se situó en 92,6% en el mismo período.

Las estimaciones prevén que entre los años 2000 y 2025 el crecimiento de la población chilena será de 24,3%, mientras que la población de mayores se incrementará hasta llegar a 145,2%. Para el período 2025-2050, esta tendencia se mantendrá, pero con un incremento más discreto de la población de edad avanzada, pues las previsio-

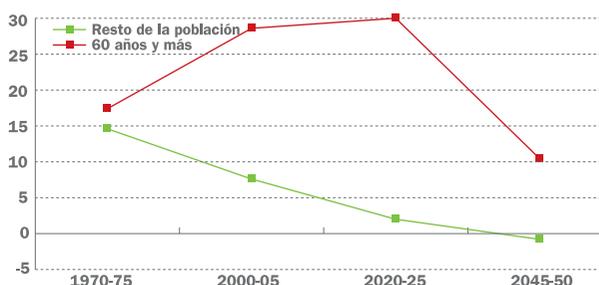
nes apuntan a que la tasa de crecimiento de este cohorte se cifrará en 48,1%, mientras que la de la población total descenderá significativamente, hasta 5,6%.

Es posible explicar la reducción de la tasa de crecimiento de la población de personas mayores por el hecho que la transición demográfica hacia el envejecimiento ha estado acompañada de una transición epidemiológica. Las enfermedades asociadas a altas tasas de mortalidad (cardiovasculares, respiratorias), que anteriormente afectaban a poblaciones más jóvenes, han comenzado a desplazarse hacia los estratos etarios más envejecidos, lo que incrementará las tasas de mortalidad en esos cohortes hacia el futuro.

Como se presenta en el gráfico N° 5, el incremento porcentual de la población de mayores desde 1970 hasta alrededor del 2025 es muy superior a la del resto de la población, la que presenta incluso índices de crecimiento negativo, estableciéndose con ello, como veremos más adelante, una brecha en cuanto a proporción y cantidad absoluta de personas de uno y otro estrato etario que irá incrementándose sostenidamente, al menos, hasta el año 2025.

Se observa que en el año 1975 se contaban un total de 814.000 personas mayores versus 1.568.000 el año 2000, de este modo, entre ambos años se observa un incremento del 92,6%.

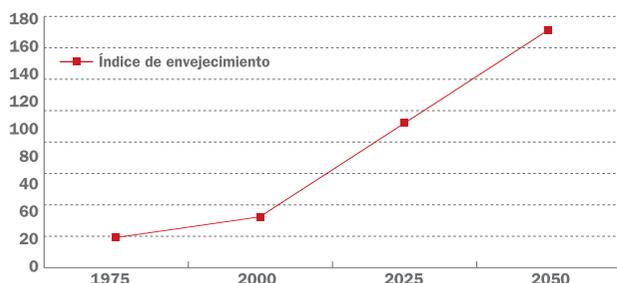
GRÁFICO 5: CRECIMIENTO POBLACIÓN ADULTA MAYOR V/S CRECIMIENTO POBLACIÓN TOTAL (PORCENTAJE)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

El gráfico N°6 muestra el índice de envejecimiento, es decir, el número de personas de 60 años y más por cada 100 menores de 15. En 1975 el índice de envejecimiento era de 21,1; para el 2000 la cifra había aumentado hasta llegar a 36, y se espera que a partir del 2025 la población de mayores supere a la de los niños, llegando a 103,1 personas mayores por cada 100 menores de 15. Este índice llegaría a 170 en el 2050 de acuerdo a las proyecciones. La construcción del índice de envejecimiento a partir de datos de la CASEN 2006, cifraba este indicador en 55,7.

GRÁFICO 6: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO

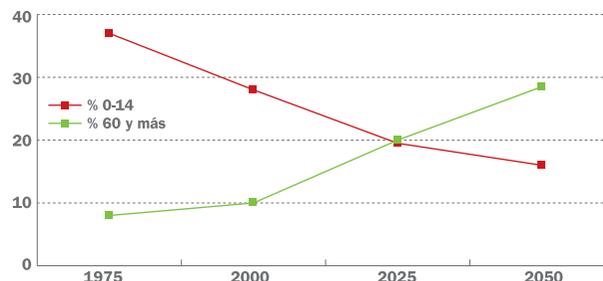


Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

El envejecimiento sostenido de la población es observable a su vez a partir del cruce de las curvas de población de los segmentos etarios de 0 a 14 y de 60 años y más. Las curvas de ambos grupos se superponen cerca del

año 2025, y luego el segmento de mayores de 60 supera al de menores de 15 (gráfico 7).

GRÁFICO 7: EVOLUCIÓN CURVA MENORES DE 15 Y MAYORES DE 59 AÑOS. 1975 - 2050 (PORCENTAJES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

En el año 2000 se estimó un total de 1.568.467 personas mayores equivalentes al 10,2% de la población total. Según el Censo 2002, la cantidad de personas mayores había llegado a 1.717.478, correspondientes al 11,4% de la población. Esta cifra para el año 2007 habría llegado, según las proyecciones calculadas, a 2.007.691, lo que representa el 12,1%; se estima que en el año 2010 habrá 2.213.436 personas mayores que significarán un 13% del total de la población. Asimismo, se contarán 3.846.562 en el año 2025 con un peso de 20,1%, y 5.698.093 mayores en el 2050, correspondientes a un 28,2% del total de la población.

CUADRO 2: POBLACIÓN DE PERSONAS MAYORES POR TRAMO ETARIO 2000 – 2050

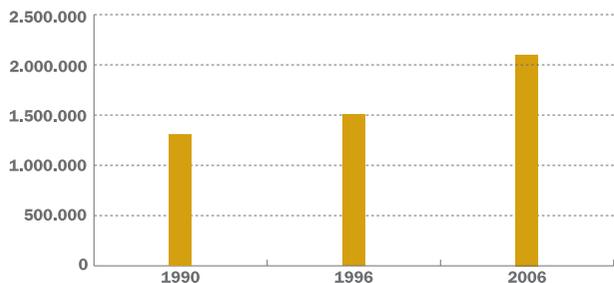
	2000	2004	2005	2006	2007	2008	2010	2015	2020	2025	2050
60-64	464.960	554.594	577.002	595.937	614.872	633.807	671.677	801.793	1.005.170	1.155.060	1.336.957
65-69	389.561	424.219	432.884	454.163	475.442	496.721	539.279	629.844	754.047	947.807	1.150.215
70-74	305.395	339.705	348.283	356.491	364.698	372.904	389.319	487.591	572.158	687.841	942.596
75-79	205.815	246.244	256.350	264.110	271.869	279.629	295.148	332.591	419.566	495.471	880.189
80+	202.736	242.679	252.664	265.734	278.803	291.873	318.013	386.512	456.788	560.383	1.388.136
Total	1.568.467	1.809.445	1.869.188	1.936.435	2.007.691	2.076.942	2.213.436	2.638.331	3.207.729	3.846.562	5.698.093
% AM sobre pob. Total	10,2	11,2	11,5	11,8	12,1	12,4	12,9	14,8	17,3	20,1	28,2

Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

Aún así, las estimaciones realizadas por la CEPAL respecto al año 2006, resultaron inferiores al valor porcentual que presentó la encuesta CASEN 2006, la que cifró en

13% la proporción de mayores para ese año. Según la misma encuesta, el número de personas mayores llegaba a 2.100.378.

GRÁFICO 8: POBLACIÓN DE MAYORES, ENCUESTAS CASEN



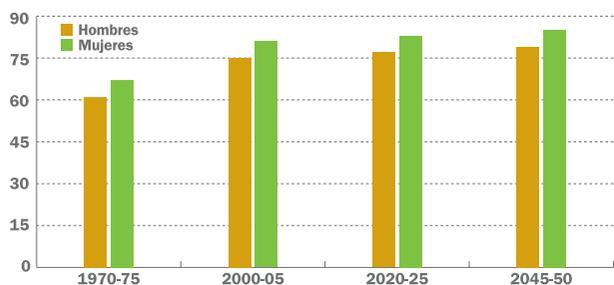
Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN, 2006.

2.1 Envejecimiento de la Población de Mayores según Sexo

Al separar la población de personas mayores por sexo, se observa una diferencia significativa entre el número de mujeres y de hombres, aunque la tendencia de crecimiento evoluciona en ambos de manera similar.

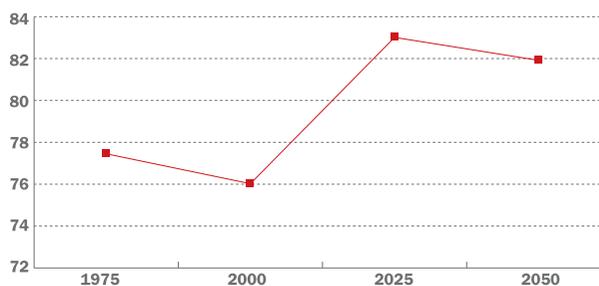
La principal diferencia se da en la mayor esperanza de vida que tienen las mujeres en comparación con los hombres, y se expresa en el número de hombres por cada 100 mujeres (índice de masculinidad). La razón era de 77,5 hombres por cada cien mujeres, en 1975, y descendió a 76,1 en el año 2000. Se estima que para el período 2025-2050 esta brecha será de 82 hombres por cada cien mujeres.

GRÁFICO 9: ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

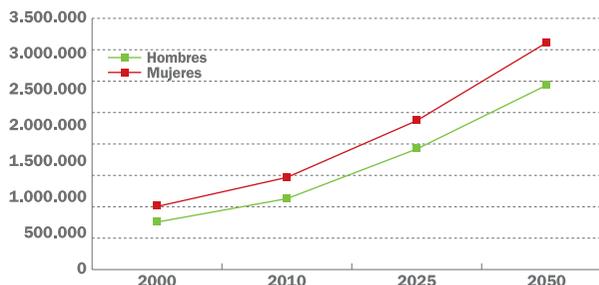
GRÁFICO 10: ÍNDICE DE MASCULINIDAD EN LA PAM



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

En el año 2000 los hombres mayores llegaban a 670 mil (43%), mientras las mujeres eran 890 mil (57%). En el 2005 las mujeres llegaban a 1 millón cincuenta mil (56,2%). Para el 2010 se estima que habrá 1 millón trescientas mil mujeres y cerca de un millón de hombres y para 2025 la cifra de mujeres se habrá elevado a 2 millones cien mil (55,3%) frente a 1 millón 700 mil hombres (44,7%).

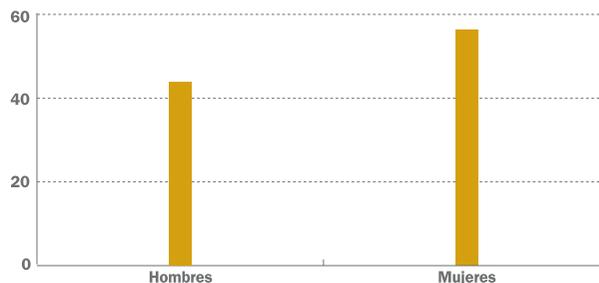
GRÁFICO 11: POBLACIÓN ADULTA MAYOR POR SEXO, ESTIMACIONES Y PROYECCIONES



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

En la actualidad, según datos de la CASEN 2006, existe un 43,8% de personas mayores hombres y un 56,2% de mujeres.

GRÁFICO 12: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES POR SEXO



Fuente: CASEN, 2006.

2.2 Envejecimiento de la Población por Tramos de Edad

Por otra parte, es notable la forma en que ha variado la relación demográfica entre estratos etarios y al interior de cada uno de ellos, tendencia que persistirá.

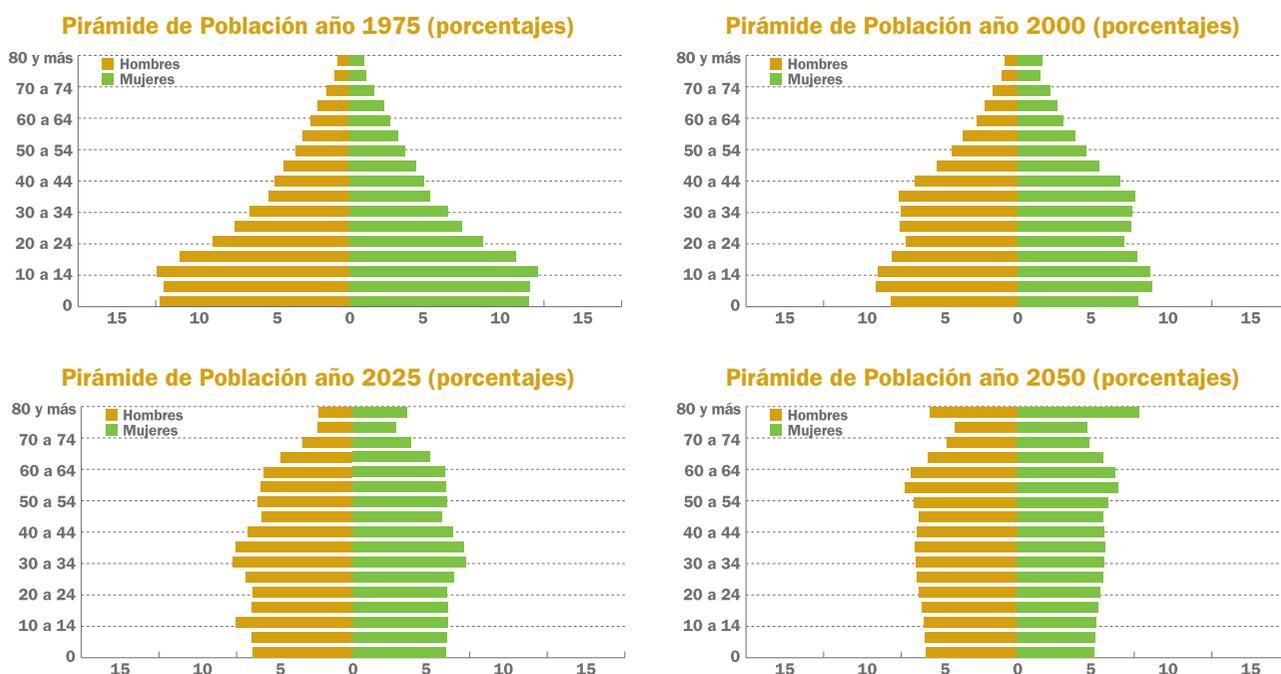
Las pirámides de población grafican este proceso a través del cambio de la forma triangular de su estructura, que ha dado paso a una tendencia hacia la inversión de la pirámide: adelgazamiento de su base y engrosamiento de su cúspide.

Para 1975 se apreciaba una reducción paulatina desde la base a la cúspide, característica de una población jo-

ven. Para el año 2000, la pirámide se va reduciendo por la base mientras las cohortes de edades superiores aumentan, exceptuando el intervalo de 20 a 24 años. Las estimaciones sobre los cambios en la estructura demográfica apuntan a pirámides con fisonomía cuadriforme, que muestran el creciente volumen y peso relativo de las personas de 60 años y más.

Asimismo, la edad promedio de la población tiende a elevarse. En 1975 era de 21 años, para pasar en 2000 a 28,7 años y, según las proyecciones, a 43 años aproximadamente a mediados del presente siglo. En las pirámides de población, puede observarse también la diferencia de las poblaciones de hombres y mujeres en los tramos de mayor edad.

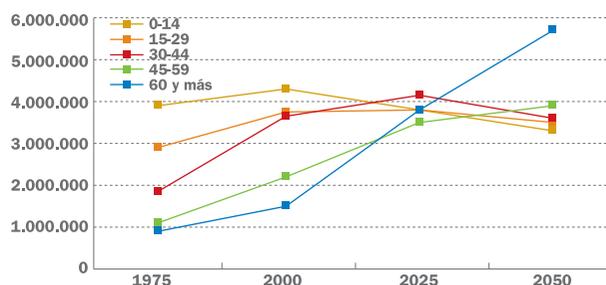
GRÁFICO 13: COMPARACIÓN DE PIRÁMIDES POBLACIONALES 1975, 2000, 2025 Y 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

Como puede observarse en el gráfico N° 14, mientras los segmentos etarios entre 0 y 44 años presentan un decrecimiento sostenido a partir del año 2000, y el tramo de 45-59 se estabiliza a partir del 2025, el cohorte de 60 años y más crece significativa y sostenidamente, superando a los otros tramos de edad alrededor del 2030.

GRÁFICO 14: EVOLUCIÓN DE LAS CURVAS DE CRECIMIENTO POR GRUPOS DE EDAD. 1975 - 2050

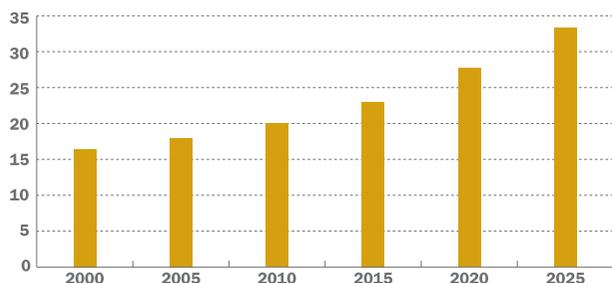


Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

2.3 Índice de Dependencia Demográfica de Vejez

La razón de dependencia demográfica de vejez es un índice de la estructura de edades de la población que busca cuantificar la necesidad potencial de soporte social de la población de mayores por parte de la población en edades activas, y se calcula como el número de personas de 60 años y más por cada 100 personas entre 15 y 59 años. Si se observa el cuadro siguiente, es posible apreciar cómo tal razón se incrementa.

GRÁFICO 15: RAZÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA DE VEJEZ



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

El manual sobre calidad de vida en la vejez³⁷, enfatiza la importancia del aumento en los niveles de dependencia demográfica de la vejez en todos los países seleccionados, ello por la reducción que significa en cuanto a apoyo familiar, intergeneracional, y también de seguridad económica observando las bajas pensiones que reciben las personas mayores en el continente. Como es posible observar, el proceso se produce en períodos de tiempo diferentes.

En Chile y Argentina, el aumento en la razón de dependencia demográfica ocurrió entre 1950 y 1975, y lo hará más aceleradamente entre 2025 y 2050. En países como Brasil y México se observa que los mayores cambios se experimentarán en el período comprendido entre 2000 y 2025. Por último, en Bolivia y Guatemala, este proceso ocurrirá entre los años 2025 y 2050.

CUADRO 3: AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE: RAZÓN DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA DE VEJEZ. PAÍSES SELECCIONADOS

Países seleccionados	1950	1975	2000	2025	2050
Bolivia	10,6	10,8	11,8	14,5	26,4
Guatemala	8,3	8,9	11,8	12,3	20,1
Brasil	9,1	11,3	12,9	24,3	42,8
México	13,9	11,8	1,6	21,8	46,9
Argentina	11,3	19,2	22,9	27,8	42,8
Chile	12,1	14,2	16,4	33,3	51,1

Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

Una de las utilidades de este indicador es que entrega una idea del gasto social que debe sostener a la población no activa, especialmente en países con sistema de pensiones de reparto.

En Chile, la razón de dependencia de la vejez se incrementará entre 2007 y 2020 en 8,8 puntos. En 2007, por cada cien personas en edad de trabajar existían 19 personas de 60 años y más, en el año 2010 la cifra aumentará a 20 y según las proyecciones, en los años 2015 y 2020 se observará una razón de dependencia de 23 y 28, respectivamente (Observatorio Demográfico, INE-CELADE, 2007).

2.4 Razón de Apoyo a los Padres

Esta medida se utiliza para expresar la demanda familiar de apoyo a sus miembros mayores, en función de la cantidad de personas de 80 años y más por cada 100 personas de 50 a 64 años. Este indicador da cuenta de las personas mayores en situación de dependencia, especialmente por la mayor incidencia de problemas de salud asociados a pérdidas de funcionalidad a esas edades, relevando a su vez el número de individuos que con mayor frecuencia se hace cargo del cuidado de estas personas.

Existen datos que sostienen lo anterior, como los estudios llevados a cabo por SENAMA durante el 2007, los que muestran la siguiente información:

37 Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. CELADE. Diciembre, 2006.

- El promedio de edad de los cuidadores familiares fluctúa entre los 64,4 años para los hombres y 53,1 para las mujeres.³⁸
- El 50% de los cuidadores tiene 52 años o más y el 30% 62 años y más.³⁹

Los datos secundarios con que se cuenta respecto a este indicador, señalan un incremento de la proporción de per-

sonas de 80 años y más, respecto a las de 50 a 64 años de edad, lo que se sostiene sobre el mayor crecimiento de la población de personas de 80 años y más, respecto a los otros grupos etarios (envejecimiento de la vejez). Esto da cuenta del aumento de las personas que requerirán cuidados hacia el futuro, así como de una presión mayor sobre las familias y sobre los sujetos encargados de brindar cuidados y/o asistencia a las personas dependientes.

CUADRO 4: RELACIÓN DE APOYO A LOS PADRES (NÚMERO DE PERSONAS DE 80 AÑOS Y MÁS CADA 100 DE 50 A 64)

Año	Hombres	Mujeres	Total
2000	8,3	14,2	11,3
2005	8,7	14,8	11,8
2008	9	15,1	12,2
2010	9,2	15,3	12,3
2020	10,2	16,4	13,4
2050	14,1	20,4	34,5

Fuente: Manual de Indicadores de Calidad de Vida en la vejez. CELADE, diciembre de 2006 y Observatorio Demográfico. INE-CELADE, 2007.

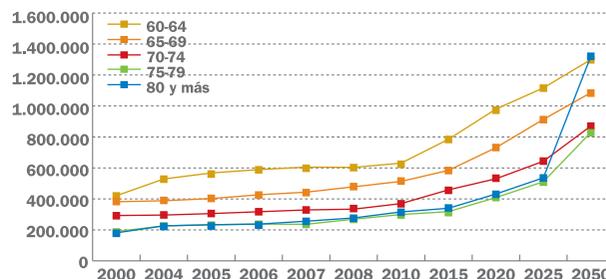
2.5 Envejecimiento de la Vejez

Uno de los fenómenos que trae mayores consecuencias para las sociedades que experimentan la transición demográfica hacia el envejecimiento es el envejecimiento de la vejez, es decir, el incremento, entre las personas mayores, del número de personas de edad más avanzada (> de 79 años de edad).

Este fenómeno muestra el incremento de la cantidad de personas que necesitarán recursos y servicios especiales de atención a las necesidades específicas que comienzan a presentarse en los años más tardíos del ciclo de vida. Ello ocurre, como se mostrará más adelante, sobre todo en el ámbito de la salud, y se expresa en las limitaciones de la funcionalidad, las multi patologías y el consecuente consumo elevado de medicamentos; del mismo modo, en la cuarta edad se potencia la reducción de la seguridad económica y la desintegración social.

Como puede observarse en el gráfico N° 16, la población de mayores en todos los subrangos etarios experimenta un incremento notable en el período contemplado, pero más llamativo aún, es el incremento que experimenta la población de 80 años y más, superando, en el año 2025, al estrato de 70-74 años y, en el 2050, a los de menor edad entre los mayores (60 a 64 años).

GRÁFICO 16: PERSONAS MAYORES POR GRUPOS DE EDAD. ESTIMACIONES Y PROYECCIONES. 2000 - 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

Un indicador útil para observar el fenómeno del envejecimiento de la vejez, es la proporción de las personas de 80 años y más sobre la población total de personas mayores. Entre el 2008 y el 2050, esta aumentará desde 15% hasta 25%.

2.6 Entorno Familiar de las Personas Mayores

Como ya se ha señalado anteriormente, son las mujeres las que, en mayor medida, llegan a los años más tardíos del ciclo vital, lo que acarrea variadas consecuencias para

38 Estudio Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial (implementación medida 6b). SENAMA, 2007.
 39 Estudio Situación de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios. SENAMA 2007.

éstas. En el plano sociodemográfico, destaca la alta proporción, dentro de las personas mayores viudas, que son mujeres, con 79,1% versus 20,1% de hombres. Al mismo tiempo, 35,8% de las mujeres mayores son viudas. Asimismo, si tomamos en cuenta a las mujeres mayores que no están casadas o que no conviven, tenemos un total de cerca de 645 mil mujeres que vivirían sin pareja, correspondientes a 54,7% de este grupo.

Estas mujeres mayores desarrollan su vida cotidiana sin un apoyo potencial de orden continuo, además del que le puedan proveer sus hijos u otros parientes y ve-

cinos. Ello conlleva, muchas veces, escenarios de vulnerabilidad respecto a precariedad económica a la que se encuentran sometidas debido a que deben sostener sus gastos sin ingresos que complementen los propios, como los que podría proveer una pareja viviendo bajo el mismo techo.

Al mismo tiempo, muchas mujeres enfrentan situaciones de discapacidad y dependencia. Las viudas que llegan a esta condición, en su mayoría por su elevada edad, deben enfrentar las mermas en su funcionalidad sin un apoyo adecuado en el ámbito del hogar.

CUADRO 5: ESTADO CONYUGAL O CIVIL DE LAS PERSONAS MAYORES, POR SEXO						
Relación de Apoyo a los Padres (Número de personas de 80 años y más cada 100 de 50 a 64)						
		Sexo				Total
		Hombres		Mujeres		
Estado conyugal o civil actual	Casado(a)	616.272	56,2%	479.487	43,8%	1.095.759
	Conviviente o pareja	84.372	60,5%	55.013	39,5%	139.385
	Anulado(a)	2.224	28,4%	5.598	71,6%	7.822
	Separado(a)	42.639	34,2%	82.066	65,8%	124.705
	Divorciado	2.054	28,2%	5.229	71,8%	7.283
	Viudo(a)	111.684	20,9%	423.528	79,1%	535.212
	Soltero(a)	59.956	31,7%	129.005	68,3%	188.961
	Sin dato	343	27,4%	908	72,6%	1.251
Total de personas mayores sin pareja		218.557	25,3%	645.426	74,7%	863.983
Total		919.544	43,8%	1.180.834	56,2%	2.100.378

Fuente: Elaboración propia a partir de información encuesta CASEN, 2006.

2.7 El Envejecimiento y su Expresión en el Territorio

Las estadísticas que se presentaron dan cuenta de un panorama de envejecimiento a nivel global que experimenta Chile. Sin embargo, al ir al detalle del territorio, esta información varía según las características de cada región. Es por esta razón que a continuación se presentan algunos indicadores, ya analizados a nivel nacional, en su desglose regional.

En todas las regiones del país se observa que las mujeres mayores sobrepasan en número a los hombres mayores. Esta situación muestra su mayor diferencia en la Región de Atacama, donde las mujeres prácticamente alcanzan el 60% de las personas mayores.

Magallanes y la Antártica Chilena, presenta la tasa regional más alta de personas mayores en relación a la población total; 14,9% de las personas de la XII Región tienen 60 años o más. Asimismo la Región de Atacama

es la única del país que tiene una tasa menor a los diez puntos porcentuales.

Como se mencionó con anterioridad, otro indicador de la estructura demográfica por edad es el índice de envejecimiento demográfico, que se obtiene como la razón de personas mayores sobre el total de menores en una población, y se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años. Así, un aumento en el índice de envejecimiento puede significar tanto que las personas están viviendo más años (por lo tanto, aumentan las personas mayores), como que están teniendo menos hijos, o ambas.

En este sentido la región que se encuentra más envejecida es la de Magallanes y la Antártica Chilena, donde existen más de 70 personas mayores por cada 100 niños menores de 15 años. Por otra parte la región menos envejecida es la de Atacama, ya que existen sólo 34 personas mayores por cada 100 niños.

CUADRO 6: INDICADORES DE ENVEJECIMIENTO POR REGIÓN

Región	PM Hombres		PM Mujeres		Proporción de PM respecto al total de Población	Índice de Envejecimiento
	Nº	%	Nº	%		
Arica y Parinacota	10.551	42,3%	14.364	57,7%	13,8%	56,71
Tarapacá	14.220	44,0%	18.080	56,0%	11,9%	46,9
Antofagasta	29.272	47,9%	31.804	52,1%	11,8%	46,38
Atacama	10.244	41,2%	14.650	58,8%	9,4%	34,13
Coquimbo	44.554	47,0%	50.304	53,0%	14,2%	63,18
Valparaíso	98.147	42,6%	132.119	57,4%	13,9%	58,56
Libertador Bernardo O'Higgins	53.753	46,0%	63.088	54,0%	13,9%	62,66
Maule	60.860	46,6%	69.777	53,4%	13,6%	59,28
Bío Bío	118.695	43,4%	154.716	56,6%	14,0%	61,81
La Araucanía	56.644	44,7%	69.966	55,3%	13,8%	57,08
Los Ríos	22.656	43,6%	29.327	56,4%	14,4%	62,06
Los Lagos	45.105	45,3%	54.485	54,7%	12,9%	55,17
Aysén	4.593	45,6%	5.473	54,4%	11,1%	44,29
Magallanes y la Antártica Chilena	9.660	44,8%	11.918	55,2%	14,9%	70,2
Región Metropolitana	340.590	42,5%	460.763	57,5%	12,2%	52,83
Total	919.544	43,8%	1.180.834	56,2%	13,0%	55,76

Fuente: CASEN, 2006.

En el cuadro N° 6 se aprecia que la mayor concentración de personas mayores en todas las edades se encuentra en la Región Metropolitana y en la del Bío-Bío; una de cada dos personas mayores vive en alguna de éstas regiones. Por otro lado, la Región de Aysén es la que menos personas mayores presenta en todos los rangos etarios.

En el cuadro N° 7 se presenta la segmentación de la población de mayores en grupos etarios para el análisis del comportamiento al interior de esta cohorte. En base a esta información se pueden determinar los niveles de "envejecimiento de la vejez" que presenta cada región. En la tabla se agrega también la población de 0 a 59 años con el fin de establecer comparaciones.

CUADRO 7: INDICADORES DE ENVEJECIMIENTO POR REGIÓN

Región	0-59	PM 60-64	PM 65-69	PM 70-74	PM 75-79	PM 80 y más
Arica y Parinacota	155.598	8.193	5.384	4.191	2.363	4.784
Tarapacá	239.989	7.899	7.865	6.093	5.551	4.892
Antofagasta	458.600	20.647	14.000	12.087	9.321	5.021
Atacama	239.399	7.876	6.335	4.596	3.220	2.867
Coquimbo	572.310	27.569	21.136	17.841	13.414	14.898
Valparaíso	1.423.875	61.748	56.696	42.640	39.100	30.082
Libertador Bernardo O'Higgins	722.804	34.856	26.741	21.148	18.602	15.494
Maule	831.581	36.450	29.475	25.584	17.974	21.154
Bío Bío	1.680.212	76.502	65.653	49.001	39.880	42.375
La Araucanía	788.853	35.249	28.575	24.426	17.825	20.535
Los Ríos	308.158	11.667	14.361	10.414	7.724	7.817
Los Lagos	673.276	27.509	23.803	18.286	15.374	14.618
Aysén	80.435	2.365	2.988	2.103	1.295	1.315
Magallanes y la Antártica Chilena	123.294	5.366	5.598	4.440	2.688	3.486
Región Metropolitana	5.753.591	244.604	193.196	137.561	106.864	119.128
Total	14.051.975	608.500	501.806	380.411	301.195	308.466

Fuente: CASEN, 2006.

Como es posible observar a partir de los datos expuestos anteriormente, se cuenta con un panorama acabado del proceso de envejecimiento y sus condicionantes, derivados muchos de ellos de avances sustanciales que ha alcanzado el país en materia de políticas públicas.

Por otra parte, se han relevado proyecciones que aportan una visión de la estructura demográfica de la población a

futuro, quedando establecido que el envejecimiento poblacional es un proceso creciente y que acarreará múltiples efectos que deben ser anticipados, generando políticas que mitiguen escenarios negativos. De no mediar el diseño de programas y servicios sociales especiales para las personas de edad, se irán configurando escenarios adversos en diversas dimensiones; tales como las sociales, económicas, culturales y políticas.

Una vez revelado el panorama demográfico del país, es necesario aproximarse a las condiciones de vida de las personas mayores, completando con esto un diagnóstico sobre la situación del envejecimiento y la vejez en nuestro país.

A continuación se presentan las dimensiones del envejecimiento y los ámbitos de vulnerabilidad que enfrentan las personas mayores en el marco de las Orientaciones Prioritarias del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento (2002) y de la Estrategia Regional de América Latina para su implementación.

3. DIMENSIONES DEL ENVEJECIMIENTO

3.1 Las Personas Mayores y el Desarrollo

La vulnerabilidad en las personas mayores se refiere a una serie de ámbitos donde éstas ven, por diversos factores, disminuida su posibilidad de movilizar recursos para lograr bienestar.

A pesar de que estos ámbitos trascienden aquellos que se refieren exclusivamente a cuestiones socioeconómicas, como la pobreza o las fuentes de ingreso, éstas últimas se encuentran estrechamente vinculadas con la vulnerabilidad. En este sentido la carencia de fuentes de ingreso o trabajo, y la presencia de condiciones de pobreza significan obstáculos para la generación u obtención de recursos para lograr calidad de vida y bienestar.

En las personas mayores, la pobreza y la vulnerabilidad, se encuentran ligadas en tanto la precariedad en los ingresos imposibilita la movilización de recursos funcionales al logro de una vejez con seguridad económica. En este sentido, las personas mayores, al jubilar, comienzan a percibir ingresos menores a los que contaban en su vida económicamente activa. A esto se debe agregar que los gastos asociados a la vejez, como servicios especializados y salud, entre otros, impactan notablemente en el presupuesto de las personas de edad.

Como veremos en este punto, la incidencia de la pobreza en las personas mayores se ha venido reduciendo entre los períodos de tiempo aquí estudiados. Sin embargo, existe hoy en día una mayor proporción de personas de edad en los quintiles de menores ingresos.

Asimismo, las tasas de participación laboral y las razones asociadas a la inactividad económica en este grupo, significan antecedentes válidos para un análisis de la segu-

ridad económica con que cuentan las personas mayores. De la misma manera, se observa que la educación formal es bastante precaria, lo que muchas veces se relaciona con reducidos ingresos percibidos en el ámbito laboral. Esto no posibilita generar ahorro y con ello niveles aceptables de seguridad económica.

Por otra parte, las dimensiones que se plantean en este punto, a saber, Zonas de Residencia Urbana Rural, Género y Pueblos Indígenas, se vinculan entre sí en la medida que refieren a subgrupos con potencial vulnerabilidad dentro del universo de personas mayores.

Ya se ha mencionado anteriormente que los saldos migratorios a nivel país son muy reducidos y, por tanto, no impactan mayormente en la configuración demográfica de Chile. Sin embargo, la migración interna urbano-rural, se erige como una dimensión relevante a la hora de analizar las condiciones de vida de las personas de edad y las dinámicas sociodemográficas de los espacios de residencia del país.

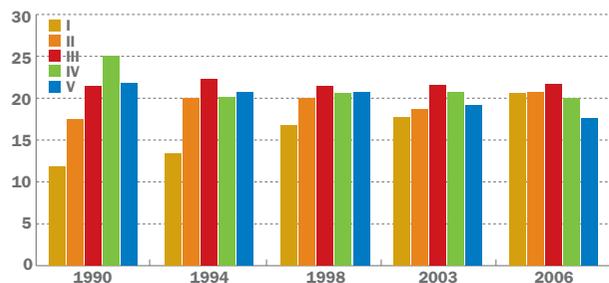
Los ámbitos de desprotección que se identifican, tanto en las mujeres como en las personas pertenecientes a los Pueblos Indígenas, son análogos a aquellos identificables para las personas mayores. En este sentido, ciertos grupos de personas mayores experimentarán una superposición de factores que implican mayor vulnerabilidad, toda vez que los patrones socioculturales, los discursos sociales y las deficiencias en las políticas de protección actúan de manera acumulativa, incrementando los ámbitos de desprotección en que se encuentran.

a) La Pobreza en las Personas Mayores

A fin de caracterizar las condiciones socioeconómicas de las personas mayores, en función de los datos disponibles, se determinó utilizar indicadores de hogar y jefatura de hogar según quintil de ingreso e ingreso promedio per cápita, así como también línea de pobreza e indigencia, canasta de gastos y cobertura previsional.

La información sobre los hogares en que habitan personas mayores y su ubicación por quintiles de ingresos que entrega la encuesta CASEN 2006, muestra que alrededor del 40% de estos hogares corresponde a los 2 quintiles más pobres. Asimismo, la población de mayores en los quintiles de menores ingresos se incrementó sostenidamente entre 1990 y 2006, mientras descendió la proporción de personas de edad en los quintiles de mayores ingresos.

GRÁFICO 17: DISTRIBUCIÓN DE LA PAM POR QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO



Fuente: CASEN, 2006.

Entre los años 1990 y 2006, la proporción de personas mayores en situación de indigencia descendió de 4,7% a 1,3%. De igual forma, la pobreza descendió en este sector de la población casi a la mitad, de 15,7% a 7,5%. Sin embargo, al comparar el comportamiento de estos indicadores entre los años 2000 y 2003, se aprecia que la indigencia se mantuvo en 1,6% y que la pobreza no indigente registró un incremento desde 6,4% a 8,1% en el período. Si observamos la pobreza en términos de valores absolutos, para 2006 cerca de 160.000 personas mayores vivían en esta condición, lo que corresponde al 7,5% de la población de este grupo etario.

CUADRO 8: POBREZA EN LA PAM, PORCENTAJES

Indigentes		Pobres				No Pobres					
1990	2000	2003	2006	1990	2000	2003	2006	1990	2000	2003	2006
4,7	1,6	1,6	1,3	15,7	6,4	8,1	7,5	79,9	92,0	90,3	92,5

Fuente: Encuestas CASEN e INE.

En el año 2006, un cuarto de los hogares del país dependía de una persona mayor, cuyo ingreso disminuye drásticamente luego de la jubilación. Se configura así un panorama en que los hogares con jefatura de personas mayores entre 60 y 64 años que contaban con los ingresos más bajos, comienzan a enfrentar condiciones económicas aún más precarias al momento de jubilar. La presión sobre las personas de edad aumenta cuantas más personas integran el hogar.

Sin embargo, al cotejar la incidencia de la pobreza en las personas mayores con la del resto de la población, por hogar, se encuentra que ésta en los hogares con personas mayores es menor que la que se encuentra en los hogares sin personas mayores.

Es necesario aclarar que ciertas características de la población de personas mayores reducen la validez de la comparación entre los índices de pobreza de este grupo etario con los del resto de la población. Sus necesidades y los gastos en que deben incurrir son distintos a los de otros tramos de edad. Estos egresos se encuentran asociados a medicamentos, alimentación y pago de servicios entre

otros, que reducen el nivel de vida de las personas mayores. Por ello, al ubicar a la población de 60 años y más en los tramos de pobreza (indigente y no indigente) es importante considerar que la indeterminación de la estructura de gastos de esta población genera una distorsión.

SENAMA⁴⁰ realizó un estudio para conocer el consumo básico de las personas mayores vulnerables de la Región Metropolitana, el que además permitió una apreciación de sus ingresos.

Después del análisis de los distintos ítems que constituyen el gasto, se procedió a analizar las diferentes fuentes de ingreso económico de cada persona mayor, agregándose el aporte no monetario que se recibe, ya sea a través de instituciones del Estado, de organismos privados o bien de la red de apoyo constituida principalmente por familiares y vecinos.

Entre los ítems de ingreso analizados se cuentan las pensiones, rentas de propiedades, rentas por depósitos bancarios, rentas vitalicias, beneficios por seguro de vida y actividades particulares que generan ingreso.

CUADRO 9: PENSIÓN PROMEDIO

Total	C2	C3	D	PASIS	INP	Hombre	Mujer
\$86.400	\$109.600	\$86.900	\$68.300	\$45.800	\$93.500	\$99.700	\$77.000

Fuente: "Estudio para Determinar Canasta Mínima de Consumo de Adultos Mayores que Reciben Pensiones Asistenciales de Vejez (PASIS) o Pensión Mínima del INP, en la Región Metropolitana", SENAMA, 2006.

40 "Estudio para Determinar la Canasta Mínima de Consumo de los Adultos Mayores que Reciben Pensiones Asistenciales o Pensión Mínima del INP". SENAMA, 2006.

La canasta de gastos fue construida en función de los egresos reales de las personas mayores contempladas en la muestra y, en atención al balance total que muestra el cuadro siguiente, tales gastos fueron realizados en función de los ingresos percibidos. En otras palabras, las personas no gastan más de lo que tienen, sobre todo pensando en el escaso acceso al crédito con que cuenta la gente de edad.

Es posible apreciar que la capacidad de ahorro es nula, y que en los estratos C2 y C3, los egresos superan los ingresos. El promedio de los segmentos exhibe también una cifra negativa, es decir, que a las personas mayores que reciben pensiones asistenciales y mínimas, no les es posible, o les es posible con mucha dificultad, cubrir sus necesidades con los ingresos que perciben.

CUADRO 10: CANASTA DE GASTOS, PROMEDIO DE INGRESOS Y BALANCE. PERSONAS MAYORES QUE RECIBEN PENSIONES ASISTENCIALES Y MÍNIMAS. RM (PESOS DEL 2006)

	Total	C2	C3	D
Total Ingresos	128.800	162.100	126.800	105.900
Total egresos	131.120	162.310	135.510	103.670
Balance total	-2.320	-210	-8.710	2.230

Fuente: "Estudio para Determinar Canasta Mínima de Consumo de Adultos Mayores que Reciben Pensiones Asistenciales de Vejez (PASIC) o Pensión Mínima del INP, en la Región Metropolitana", SENAMA, 2006.

b) Trabajo y Fuentes de Ingreso

El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía CELADE ha emprendido un estudio sobre transferencias internacionales, que se enmarca en el proyecto internacional "National Transfer Accounts" en el que participan 17 países, entre ellos Chile.

El objetivo general del proyecto se orienta a estimar y analizar las fuentes de financiamiento del consumo de la población. El estudio comienza analizando el déficit del ciclo de vida, donde se expone la diferencia entre el consumo por persona y los ingresos que se obtienen por la fuente del trabajo.

Los datos del estudio, del año 2007, indican que las personas menores de 28 años y las mayores de 56, no alcanzan a financiar su consumo total (consumo privado y público) sólo con sus ingresos del trabajo. Esto quiere decir que los niños y jóvenes sostienen su nivel de consumo principalmente gracias a las transferencias privadas de padres u otros familiares adultos, y a las transferencias públicas, realizadas por el Estado con fondos aportados por los contribuyentes.

Las personas mayores también perciben transferencias tanto públicas como privadas, pero a diferencia de los más jóvenes cuentan con respaldos físicos y financieros que han podido acumular entre los 28 y los 56 años, que es la etapa más activa y productiva en términos laborales.

Aún así, el gasto público por persona de edad es mucho mayor al gasto público en niños o jóvenes, lo que continuará incrementándose en el futuro debido al envejecimiento sostenido de la población.

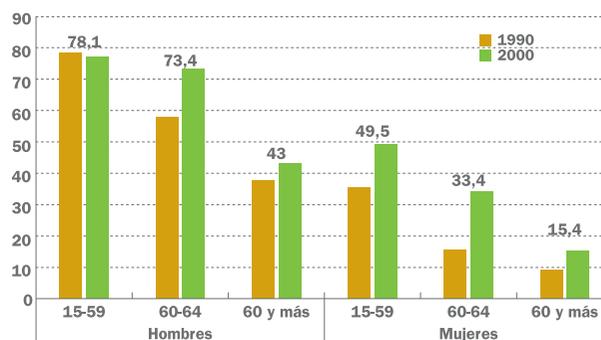
En cuanto a la participación en el mercado laboral, se observa un aumento significativo entre 1990 y 2006, como muestra el gráfico N°18. En el año 2006 cerca del 30%

de la población chilena de 60 años y más participaba del mercado del trabajo, con diferencias muy importantes por tramo de edad: La tasa de participación de las personas entre 60 y 64 años corresponde a una cifra cercana al 53%; descendiendo a medida que se incrementan las edades.

Por otra parte existen importantes diferencias en la tasa de participación de las personas mayores por sexo. La tasa de participación de los hombres mayores es muy superior a la registrada para las mujeres mayores en los diferentes grupos. Cabe destacar que en Chile no existen limitantes legales que impidan a hombres y mujeres pensionados continuar participando del mercado del trabajo.

Según la misma encuesta, 43% de los hombres mayores de 59 años participa de la fuerza de trabajo, mientras que entre las mujeres de la misma edad la cifra desciende a 15,4%. La diferencia también es apreciable en el tramo de edad de 60 a 64 años, el segmento etario de mayor participación laboral entre las personas de edad; en este tramo, 74,3% de los hombres participaba en el mercado laboral, en tanto sólo lo hacía 33,4% de las mujeres.

GRÁFICO 18: TASA DE PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO LABORAL SEGÚN EDAD Y SEXO



Fuente: CASEN, 2006.

La razón más importante por la que las personas mayores no buscaron trabajo en los últimos dos meses es la jubilación/pensión (CASEN 2006). En efecto, 59,5% de las personas mayores declaró esta razón para no buscar trabajo en ese año. Este porcentaje alcanza 82,6% en los hombres y 47,6% en las mujeres. Además, el porcentaje total de personas mayores que no busca trabajo por estar recibiendo alguna pensión se incrementa con la edad, llegando a 74,6% de la población de 76 años y más.

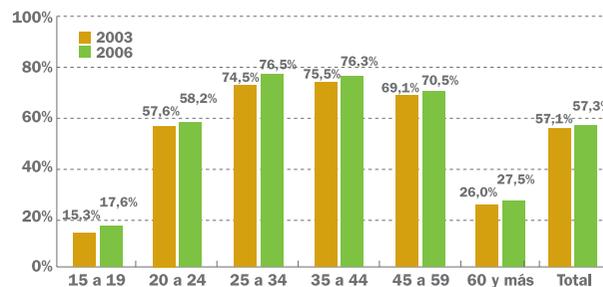
Entre las mujeres existe una razón que adquiere mucha importancia, especialmente en las mujeres de 60 a 65 años: el trabajo doméstico y de cuidado. El 61,6% de las mujeres de 60 a 65 años declaró que no había buscado trabajo por esta razón. La creciente incorporación de las mujeres al mercado laboral en los últimos años, ha implicado frecuentemente que las abuelas asuman el trabajo de cuidado de los niños, además del trabajo doméstico que han debido ejercer a lo largo de la vida. Con la prolongación de la vida, a menudo ello incluye el cuidado de personas que caen en dependencia, como sus propios padres. En el caso de los hombres esta razón no se menciona.

En el período 2000-2006, según datos de la Encuesta Nacional de Empleo, la desocupación en la población de mayores descendió en 1,7 puntos porcentuales, llegando al 7,71% el año 2006. Esta disminución es atribuible fundamentalmente al descenso en la desocupación en los sub rangos etarios de 60-64 y de 65-69, ya que el grupo de 70 años y más presenta una tendencia al alza de la desocupación, desde 1,14 % el año 2000, a 2,01% en el año 2006.

Asimismo, entre el año 2003 y el 2006 (encuestas CASEN), la participación laboral de los mayores de 59 años ha aumentado en 1,5%. Este aumento es menor al experimentado en casi todos los demás grupos de edad, a excepción del grupo de 20 a 24 años, que prácticamente se mantiene (0,6% de incremento).

Del mismo modo, en cuanto a la distribución de la participación laboral por grupos de edad, en las personas mayores ésta es muy inferior a la de los demás grupos, ubicándose por debajo del 30%, lo que también sucede con la población de 15 a 19 años.

GRÁFICO 19: TASA DE PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO LABORAL POR TRAMOS DE EDAD

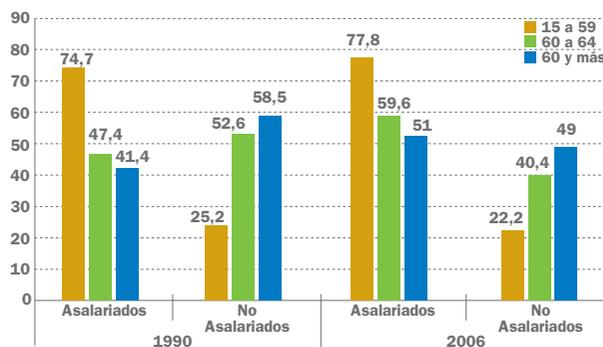


Fuente: CASEN, 2006.

Por otra parte, entre 1990 y el 2006, el trabajo no asalariado disminuye entre las personas de 60 años y más y aumenta el trabajo asalariado en más de 10 puntos porcentuales.

Esto significa una mejoría en las condiciones laborales de las personas mayores, dado que la condición de asalariado supone una mayor seguridad y beneficios previsionales y de salud asociados al empleo formal. Aún así, como se verá a continuación, las personas mayores participan en ocupaciones asociadas a perfiles de bajos ingresos y voluntariado.

GRÁFICO 20: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN OCUPADA POR TRAMOS DE EDAD SEGÚN CATEGORÍA OCUPACIONAL, 1990 - 2006



Fuente: CASEN, 2006.

De acuerdo a la encuesta CASEN 2006, las personas mayores se concentraban en las siguientes ramas de actividad: Servicios Comunes y Sociales (28,4%), Comercio (19,7%), Agricultura, Caza y Silvicultura (17,5%) e Industria Manufacturera (11,4%). En las dos primeras ramas, es notoria la alta proporción de mujeres en relación a los

hombres. El 46,3% de las mujeres mayores trabaja en servicios comunales, donde labora 20,1% de los hombres mayores. En el comercio trabaja 30,7% de las mujeres mayores frente al 14,6% de los hombres mayores. Las demás ramas de actividad económica presentan porcentajes por debajo del 10%.

CUADRO 11: DISTRIBUCIÓN DE LA PAM SEGÚN RAMA DE ACTIVIDAD

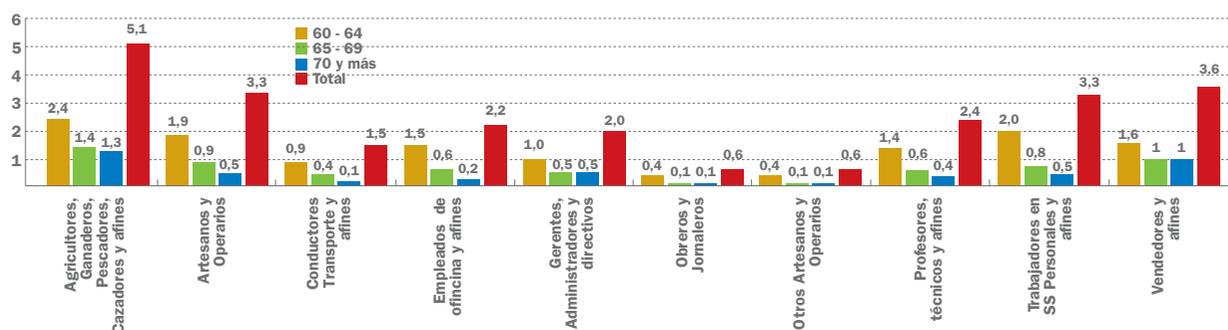
Rama de actividad	Hombres	Mujeres	Total 60 años y más	Total 15-59 años
Actividades no especificadas	0,7	1,4	0,9	1,1
Agric. Caza. Silvicultura	23	5,6	17,5	12
Explotación de minas y canteras	1,2	0	0,9	1,8
Ind. Manufactureras	11	12,1	11,4	13,7
Electricidad y agua	0,6	0	0,4	0,5
Construcción	12,6	0,5	8,7	9,4
Comercio mayor/menor Rest. Hoteles	14,6	30,7	19,7	19,6
Transporte y comunicaciones	9,6	0,9	6,9	7,7
Estab. Financieros. Seguros	6,6	2,4	5,3	7,4
Servicios comunales y sociales	20,1	46,3	28,4	26,7
Total	100	100	100	100

Fuente: CASEN, 2006.

Al interior de las ramas de actividad, las personas mayores se encuentran concentradas, en primer lugar, en el grupo Agricultores, Ganaderos, Pescadores y Cazadores (5,1%), el segundo lugar lo ocupan los Vendedores y personas en ocupaciones afines (3,6%), mientras que el tercer lugar es compartido por Trabajadores en servicios personales y

ocupaciones afines, artesanos y operarios en ocupaciones relacionadas con hilandería y la confección (3,3%). En los restantes grupos ocupacionales la presencia de mayores es menor al 2,5%. De este modo, las personas mayores se concentran en las categorías ocupacionales asociadas a los menores ingresos.

GRÁFICO 21: PERSONAS MAYORES POR CATEGORÍA OCUPACIONAL



Fuente: CASEN, 2006.

Los datos presentados anteriormente permiten señalar, en primer lugar, que existe una buena proporción de mayores que no consigue encontrar empleo, aún cuando necesitan trabajar después de su jubilación. Por otra parte, cuando las personas mayores trabajan, lo hacen generalmente en actividades asociadas a un perfil de ingreso relativamente bajo o sin remuneraciones, como en el caso de los servicios sociales. En estas actividades participa la mayoría de los ocupados, las que a pesar del considerable valor social y simbólico que contienen, y que contribuye a reivindicarlos como personas activas,

no conllevan un aporte demasiado significativo para la seguridad económica de las personas de edad.

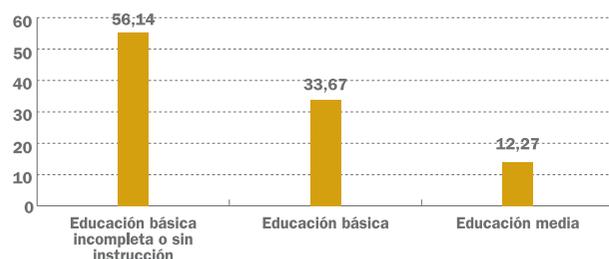
c) Educación

Los datos sobre los niveles de instrucción de la población de personas mayores, establecen que el promedio de años de estudio, según datos de la CASEN 2006, es de 7. El porcentaje de personas mayores que no ha superado la educación básica o que no tiene instrucción es del 43,8%;

asimismo, el índice de personas mayores que completó la educación básica es de 33,6% y el indicador que mide el porcentaje de personas mayores con algún año de enseñanza media cursado es de 12,2%.

Del mismo modo se observó que la proporción de analfabetos de esta población se redujo del 15,9% al 13,2% entre los años 1990 y 2003. Se encontró además que 10,1% de las personas mayores de 60 años; 13,1% de las de 66 a 75 años y 18,2% de 76 años y más eran analfabetas.

GRÁFICO 22: NIVELES DE INSTRUCCIÓN, PORCENTAJES



Fuente: Encuesta CASEN 2006.

Cuando se intenta apreciar el impacto real de la educación sobre el nivel de vida, destaca la relación entre el ingreso mensual por hogar en relación con el nivel de educación

del jefe de hogar. Según la CASEN 2006, los hogares con jefes mayores que no tienen instrucción, contaban con un ingreso total promedio de \$347.344; por otra parte, los que han llegado a la educación superior, perciben, en promedio, un ingreso total de \$1.572.448.

CUADRO 12: INGRESO MENSUAL POR HOGAR (\$), POR EDAD DEL JEFE DE HOGAR, SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN DE JEFE DE HOGAR (2006)

Nivel de Educación	60 y más
Sin Estudios	347.344
1-3 años	355.312
4-7 años	443.029
8-11 años	651.626
Superior	1.572.448

Fuente: Encuesta CASEN 2006.

En las personas mayores, así como en la población total, a medida que se incrementa el promedio de años de escolaridad aumentan los ingresos del hogar. La población del quinto quintil registra un promedio de años de estudio de 10,4 años, el que desciende a 4,7 años en la población del primer quintil. Situación similar a la de los demás tramos de edad. Cabe señalar que entre las personas mayores las mujeres alcanzan una escolaridad menor a la de los hombres, situación que se invierte hoy en las nuevas generaciones.

CUADRO 13: PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN QUINTIL DE INGRESO Y SEXO

Edad	Quintil de ingreso	Sexo		Total
		Hombres	Mujeres	
60-65	I	5,5	4,9	5,2
	II	6	5,8	5,9
	III	6,7	6,4	6,5
	IV	7,9	7,6	7,7
	V	11,7	11	11,4
66-75	I	4,8	4,6	4,7
	II	5,2	4,9	5
	III	6,1	5,6	5,8
	IV	7,3	6,9	7,1
	V	10,6	9,6	10,1
76 más	I	4	4,2	4,1
	II	4,4	4,2	4,2
	III	5,4	4,9	5,1
	IV	6,7	5,6	6
	V	9,9	8,7	9,1
Total 60 años y más	I	4,8	4,6	4,7
	II	5,3	5	5,1
	III	6,1	5,7	5,9
	IV	7,4	6,8	7,1
	V	11	10	10,4

Fuente: CASEN, 2006.

Otra forma de apreciar el nivel de instrucción básico de la población de 60 años y más, es la proporción de mayores en condición de analfabetismo a nivel regional.

En el cuadro se presentan las regiones de Chile con mayor proporción de personas analfabetas.

CUADRO 14: REGIONES CON MAYOR ANALFABETISMO EN LA PAM

Región	% Analfabetismo	Ranking
Maule	24,57	1
La Araucanía	24,25	2
Libertador General Bernardo O'Higgins	21,46	3
Aysén	21,33	4
Bío Bío	20,02	5

Fuente: Estudio datos demográficos por comunas (provincial y regional), CELADE- CEPAL, 2006.

El 62,1% de los analfabetos pertenece a zonas urbanas y 37,9% a las rurales; se debe considerar que, dada la menor cantidad de personas mayores que reside en zonas rurales⁴¹ respecto a la que reside en zonas urbanas, en términos porcentuales se denota una alta proporción de mayores analfabetos que reside en el campo. En las áreas urbanas el analfabetismo entre las mujeres es mayor mientras en las zonas rurales la diferencia entre mujeres y hombres se reduce.

Por otra parte en el tramo de edad entre 60 y 69 años se concentra 44% de la población analfabeta, dada la mayor cantidad de mayores que conforman este subgrupo etario. La concentración más alta de mayores analfabetos de sexo masculino se encuentra en el grupo de 60-64, mientras en las mujeres se concentran tanto en el segmento de 60-64 como en el de 80 años y más, lo que debe observarse considerando la mayor expectativa de vida de las mujeres.

d) Población de Mayores en las Zonas Urbana y Rural y el Impacto de la Migración Interna

De acuerdo al Censo del año 2002, se entiende por población urbana al conjunto de viviendas concentradas en que residen más de 2.000 habitantes, o bien una población entre 1.001 y 2.000 habitantes, con 50% o más de su población económicamente activa dedicada a actividades secundarias y/o terciarias. Excepcionalmente se consideran urbanos los centros de turismo y recreación que cuentan con más de 250 viviendas concentradas y que no cumplen el requisito de población.

De la misma forma, se define como población rural a un asentamiento humano concentrado o disperso con 1.000 o menos habitantes, o bien una población entre 1.001 y 2.000 habitantes en la que menos del 50% de la población económicamente activa se dedica a actividades secundarias y/o terciarias.

Es necesario relevar que, además de la definición demográfica de urbanidad/ruralidad aquí presentada, se debe considerar la mayor vulnerabilidad que se encuentra en las zonas rurales respecto a las urbanas, en relación al aislamiento, barreras en el acceso a servicios, programas y políticas públicas, entre otros. En este sentido, es necesario señalar que, a nivel mundial, la pobreza rural representa 63% de la pobreza total y que, según lo determina el Fondo Internacional del Desarrollo Agrícola (FIDA), existen diversos factores que determinan a la población residente en el campo como más vulnerable frente a la de la ciudad:

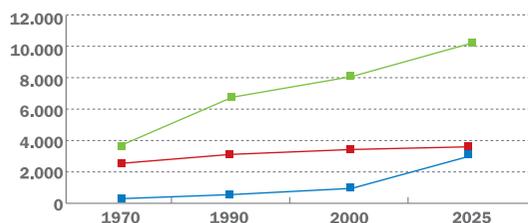
- Bajos niveles de educación.
- Aislamiento geográfico y falta de acceso a las comunicaciones.
- La gestión de los recursos y la ordenación del medio ambiente.
- La discriminación de género contra la mujer.
- Los factores culturales y étnicos.
- Los mecanismos de intermediación explotadores.
- La fragmentación política interna y los conflictos civiles.
- Los factores internacionales (FIDA, 1993).

Todas estas condiciones suponen una carga extra de vulnerabilidad para las personas mayores, a las que se suman aquellas propias del envejecimiento, las que se presenta a continuación.

Como es posible observar a partir de los gráficos N° 23 y 24 y cuadro N° 15, tanto en las zonas urbanas como rurales se proyecta un aumento sostenido de la población de 60 años y más, lo que es consecuente con el panorama demográfico global que ha experimentado y continuará experimentando el país. Se aprecia además, un descenso de las poblaciones más jóvenes en las zonas rurales (0-14 y 15-59 años). El descenso sostenido del cohorte de 0 a 14 años, sumado al crecimiento de los mayores, decantaría en un aumento del índice de envejecimiento en el ámbito rural. Ello no ocurre en las zonas urbanas, donde todos los cohortes etarios se incrementan, aunque la población de mayores es la que experimenta un crecimiento más notable.

41 • 329.252 que corresponde al 15,7% habita en zonas rurales y 1.771.126 que corresponde al 84,3% reside en zonas urbanas (CASEN 2006).

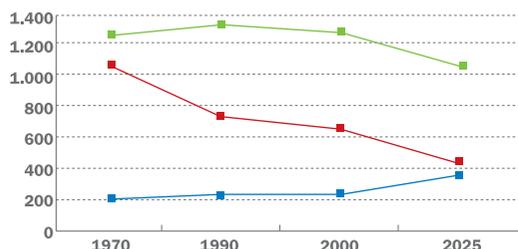
GRÁFICO 23: POBLACIÓN URBANA POR GRUPO ETARIO (MILES DE PERSONAS)



	1970	1990	2000	2025
0-14	2.620,1	3.221,9	3.671,2	3.891,2
15-59	3.779,7	6.669,1	8.057,8	10.594
60 y más	530,2	957,3	1.305,2	3.176,1

Fuente: CEPAL, Boletín Demográfico, 2003.

GRÁFICO 24: POBLACIÓN RURAL POR GRUPO ETARIO (MILES DE PERSONAS)



	1970	1990	2000	2025
0-14	1.104,8	716,6	657	439,4
15-59	1.256,2	1.312,3	1.275	1.065,7
60 y más	205	222,4	245,1	381,5

Fuente: CEPAL, Boletín Demográfico, 2003.

La distribución de las personas mayores por zona de residencia en la actualidad se presenta de la siguiente manera:

CUADRO 15: PERSONAS MAYORES POR ZONA DE RESIDENCIA			
Año	Hombres	Mujeres	Total
Zona	Urbano	1.771.126	84,3%
	Rural	329.252	15,7%
Total		2.100.378	100,0%

Fuente: CASEN, 2006.

El proceso migratorio interno tiene un alto impacto sobre la estructura etaria de los espacios de residencia urbano/rural y sobre las dinámicas sociales entre los distintos grupos. El desplazamiento campo/ciudad corresponde a las personas de menor edad y serían las personas adultas más jóvenes las que tienen las mayores posibilidades de emigrar. En un estudio para la FAO⁴², los autores han encontrado que la emigración se produce a

una edad de 38 años en promedio por comuna, lo que reflejaría que a avanzada edad, se hace cada vez más difícil dejar el hogar.

La reducción de la población más joven en las zonas rurales determina que las personas mayores dejen de contar con un apoyo intergeneracional. El fenómeno de la migración de los más jóvenes impacta a su vez en las tasas de natalidad en estas zonas, ya que la población en edad reproductiva se reduce, lo que lleva a proyectar que en el futuro el envejecimiento poblacional en el campo será mucho más acelerado.

En cuanto al fenómeno migratorio, se observa que, según el proyecto de Migración Interna en América Latina y el Caribe (MIALC) de CELADE, la proporción de personas migrantes entre las personas mayores es del 19%, mientras que en el resto de la población esta proporción se eleva hasta 35,9%. Estos datos confirman el hecho que las personas en edad de trabajar, en edad reproductiva y en edad de prestar apoyo intergeneracional, ya sea económica, de cuidados, de capital social y de apoyo psicosocial, se movilizan de sus espacios de residencia en una mayor proporción que las personas mayores, disminuyendo con ello el apoyo potencial con el que cuentan estas últimas.

Las personas en edad de trabajar se desplazan principalmente a sectores urbanos en busca de mejores oportunidades laborales. Asimismo, en algunas comunas, principalmente de la Región Metropolitana, las personas mayores luego de jubilar migran hacia el litoral central, hacia comunas principalmente urbanas (Valparaíso, Viña del Mar, entre otras). De este modo, los procesos migratorios son, en términos cuantitativos, principalmente interurbanos, sin embargo, la migración rural/urbana, principalmente de las personas más jóvenes, conlleva un impacto considerable para las personas de edad que residen en las zonas rurales.

e) La Dimensión del Género en las Personas Mayores

Como en todas las etapas del ciclo vital, la vejez presenta importantes diferencias entre las mujeres y los hombres. El reconocimiento de las especificidades del envejecimiento femenino y masculino, de sus diferencias y de la relación entre ambos es fundamental para la formulación de políticas que correspondan a las necesidades y demandas de mujeres y hombres de 60 años y más.

Una gama de factores socio-económicos y culturales, incluidos el lenguaje y los discursos sociales, (la denominación “adulto mayor” que hoy se procura reemplazar por “personas mayores” o “personas de edad”, por ejemplo), inciden en las formas concretas y particulares de envejecer. Las disposiciones de la Reforma Previsional

42 En “Patrones de migración interna en Chile”. Melo, Oscar et al. Departamento de Economía Agraria. PUC. 2005.

han contribuido significativamente no sólo a la equidad entre hombres y mujeres, sino también a la visibilización de las inequidades que hicieron necesarios los cambios en el sistema de pensiones.

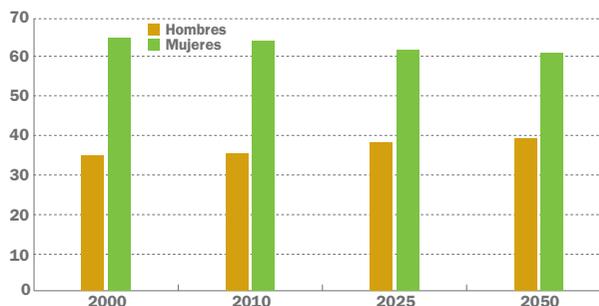
Lo primero a señalar es que las inequidades del orden de género prevaleciente en la sociedad, que afectan a las personas desde la construcción de sus identidades, tienden a prolongarse en la tercera edad. Asimismo se presentan los efectos agravados de desigualdades gestadas desde etapas tempranas del ciclo de vida.⁴³

Bajo una descripción demográfica -donde se encuentran ancladas muchas de las diferencias socialmente construidas entre los sexos- al referirnos a las cifras sobre la esperanza de vida a los 60 años, encontramos que en el quinquenio 1970-1975 la expectativa vital adicional de los hombres y las mujeres era de 15,7 y 18,4 años respectivamente, para pasar en el período 2000-2005 a los 19,1 años en los varones y los 22,9 años en las mujeres. Se estima que este indicador seguirá aumentando en este tramo de edad y que las diferencias entre hombres y mujeres se ampliarán hasta el grado que, a mitad de siglo, las mujeres chilenas de 60 años podrían llegar a sobrevivir casi cinco años más que los hombres.

Esto se demuestra en el índice de masculinidad a nivel nacional. El Instituto Nacional de Estadísticas (INE), ha determinado que, en el año 2005, en la población total, por cada 100 mujeres, habían 98 hombres y, más relevante aún, que en la población de 60 años y más, por cada 100 mujeres, habían 65,2 hombres. Dentro de la población de 80 años y más, en tanto, el peso de las mujeres se acentúa, ya que para este segmento de población se encuentra un índice de masculinidad de 55,2.

Como ya se ha señalado, es importante observar el fenómeno del envejecimiento de la vejez por las implicancias en la salud y la funcionalidad que tiene para las personas arribar a los años más tardíos del ciclo vital. En este sentido, se observa una notable diferencia entre las mujeres y los hombres a lo largo de los años estudiados en este caso. El gráfico siguiente, presenta los porcentajes de personas, desagregados por sexo, de 80 años y más. A pesar de la reducción de la brecha porcentual entre hombres y mujeres de 80 años y más entre el 2000 y el 2050, las mujeres seguirán siendo proporcionalmente muchas más que los hombres, esto también se ve reflejado en el número absoluto de personas de edad de 80 años y más al separarse por sexo.

GRÁFICO 25: PORCENTAJE DE POBLACIÓN DE 80 AÑOS Y MÁS, POR SEXO. 2000 - 2050



Fuente: Elaboración propia a partir de datos INE-CEPAL, Observatorio Demográfico N° 3, 2007.

Las personas mayores encuentran necesidades de salud y de seguridad económica distintas según la construcción social de las diferencias de sexo. Esta distinción radica fundamentalmente en las diferencias estructurales, diferencias en cuanto a esperanza de vida y en cuanto a las condicionantes socioculturales del género.

Si tomamos en cuenta el deterioro biológico y fisiológico inherente a la vejez, y contemplamos que las mujeres viven más que los hombres, se vuelve claro que las necesidades de estas últimas en materia de salud son más complejas que las de los hombres, requiriéndose, a su vez, recursos más abultados y diversos. A este respecto, la morbilidad de las mujeres alcanza el 31,6 % frente al 23,3 % de la de los hombres (Estudio de Calidad de Vida y Salud, 2006).

Es difícil disociar esta diferencia de la sobrecarga de las tareas domésticas y de cuidado que las mujeres deben asumir además del trabajo remunerado. A ello se debe agregar que la prevalencia de discapacidad es mayor entre las mujeres, con 43% para éstas frente a 34% para los hombres (Estudio Nacional de la Discapacidad, 2004).

En cuanto a seguridad económica, y más precisamente en cuanto a previsión social, dos de cada tres mujeres mayores de 60 años no recibía pensiones de acuerdo a cifras del año 2006. Por diversas causas vinculadas a su rol reproductivo, a la dificultad para integrarse al mercado de trabajo, al trabajo informal y a arbitrariedades sociales y culturales, las mujeres han carecido de pensión o acceden a una muy reducida, dada la irregularidad de sus cotizaciones. Por esto ellas son especialmente favorecidas con las nuevas pensiones básicas solidarias.

43 Gladys Zalaquett Daher, Gabinete Dirección SENAMA. 2008.

Del mismo modo, las proyecciones disponibles que consideran los registros acumulados de cotizaciones, reglas y costos del sistema previsional vigente; indican que las mujeres tienen perspectivas considerablemente más negativas que los hombres en relación al valor de sus provisiones futuras. De acuerdo a estas proyecciones, 66% de las mujeres percibirían una pensión autónoma inferior a su renta en actividad, en comparación con 23% de los hombres.⁴⁴

Como resultado de lo anterior, las mujeres obtendrían una renta vitalicia inferior a los \$100.000 mensuales, equivalente a 42% de la de los hombres. Como se señalara anteriormente, las causas asociadas a esta situación dicen relación con cuatro grandes categorías: diferencias en la inserción laboral, diferencias en la división del trabajo reproductivo y doméstico, diferencias biodemográficas y, finalmente, diferencias en cuanto al funcionamiento del sistema previsional propiamente tal.

Los alcances de estas cuatro categorías, se condensan en el hecho que la edad de jubilación de la mujer es de 60 años, cinco años inferior a la de los hombres, el traslado de éstas al sistema de capitalización individual, involucra un costo expresado en menores pensiones. Se estima que en el caso de las mujeres, el costo de jubilar cinco años antes reduce su pensión entre 30% y 40%. El panorama se completa con el hecho que las mujeres viven, en promedio, 6 años más que los hombres, por tanto deben sostener por una mayor cantidad de años su situación económica.

Asimismo, los ingresos promedio de las mujeres ocupadas de 65 años y más era, en 2005, de 178 mil pesos, esto es 30% menos que el ingreso de los hombres de igual rango etario, que alcanzaba 252 mil pesos. El porcentaje de hombres mayores asalariados es del 51% mientras las mujeres sólo alcanzan 30%.

En cuanto a las condiciones laborales, 41% de las mujeres de edad trabaja sin un contrato formal, mientras entre los hombres mayores la proporción es de 23%.

Por otra parte, es notable la pérdida del valor social de las personas mayores como depositarios de las tradiciones y como agentes de socialización y de reproducción cultural. Las personas mayores tradicionalmente han cumplido el rol de contener y difundir las tradiciones, valores, costumbres y elementos simbólicos y culturales a las nuevas generaciones. Esta función ha sido sobrellevada en mayor medida por las mujeres mayores, ello ha estado asociado a los roles domésticos a los cuales han estado históricamente sujetas. Esta función social,

que otorgaba un rol y un valor social claro a las personas mayores, y como ya se ha señalado, particularmente a las mujeres mayores, ha estado siendo desplazado por los medios de comunicación y por la educación escolar. Los menores pasan cada vez más tiempo en las escuelas, jardines infantiles y salas cunas, y menos en sus casas y en compañía de aquellos agentes que cumplían la función anteriormente descrita.

De todas formas, la mujer continúa ejerciendo un rol doméstico importante, sobre todo de cuidados y de reproducción, esto, sumado a la integración cada vez mayor de ellas al mercado del trabajo, provoca que muchas veces estén sujetas a jornadas dobles de trabajo, a situaciones de alto estrés que repercuten en su desempeño laboral y familiar y que impacta fuertemente en su calidad de vida.

Como es posible observar de lo expuesto, los y las mayores tienen necesidades y problemáticas diferenciadas en virtud de su género y, en consecuencia, las políticas, planes y programas para la Población Adulta Mayor que se diseñen e implementen deben atender a estas diferencias.

f) Personas Mayores en los Pueblos Indígenas

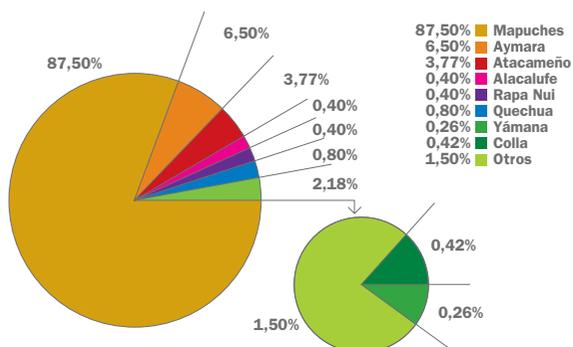
De acuerdo al Censo 2002, 4,6% de la población total del país (692.192 habitantes) se reconocía como perteneciente a alguno de los pueblos indígenas⁴⁵. De ellos 243.810 habitaban en áreas rurales, representando 12% del total de la población rural, mientras que en las áreas urbanas la población indígena alcanzaba a las 448.382 personas, representando 3,4% de la población residente en esas zonas. La información disponible muestra también que el mayor porcentaje de la población indígena reside en áreas urbanas.

La misma fuente mostró que 68.014 personas de 60 años y más pertenecían a los pueblos indígenas, lo que representa 9,8% del total de personas pertenecientes a pueblos indígenas. A diferencia del Censo realizado en 1992, que consultaba a las personas de 14 años y más acerca de su eventual identificación con alguna de las culturas: mapuche, aymara o rapa nui, el Censo del año 2002 preguntó sobre la pertenencia a uno de los ocho grupos étnicos reconocidos en la legislación vigente. Según el último Censo, 4% de las personas mayores pertenece a pueblos indígenas y, a su vez, 87,53% de éstos son mapuches, seguido de los aymara con 6,45%, mientras que en tercer lugar se ubican los atacameños con 3,77%. El resto de los pueblos indígenas, en conjunto, conforman 2,6%.

44 El Derecho a una Vida Digna en la Vejez. Hacia un Contrato Social con la Previsión en Chile. Vol 1. Consejo Asesor Presidencia para la Reforma Previsional. Chile. 2006.

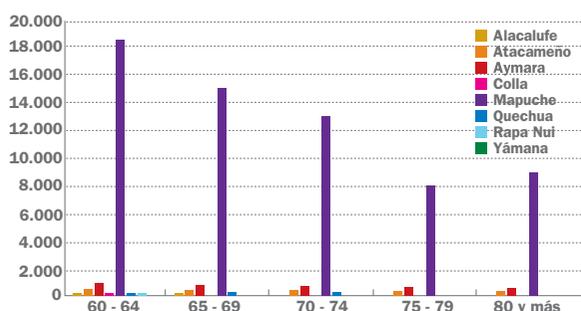
45 Para el Censo 2002, los pueblos reconocidos eran: Alacalufe (Kaweshkar), Atacameño, Aymara, Colla, Mapuche, Quechua, Rapa Nui, Yámana (Yagán). Actualmente se ha reconocido también al pueblo Diaguita.

GRÁFICO 26: COMPOSICIÓN DE LA POBLACIÓN DE MAYORES PERTENECIENTES A PUEBLOS INDÍGENAS



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo 2002.

GRÁFICO 27: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MAYORES SEGÚN PUEBLO INDÍGENA Y TRAMOS DE EDAD



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo 2002.

Al observar la distribución de la población de mayores según subrangos etarios y pueblo indígena, se percibe una mayor concentración en los tramos más jóvenes (60 a 69 años), disminuyendo en los siguientes para nuevamente tender a incrementarse en el último tramo, el de 80 años y más.

Aunque la localización de la población de edad perteneciente a pueblos indígenas parece tener una distribución bastante homogénea, levemente superior para el área rural -50,8% frente al 49,2% en el área urbana- es necesario hacer una precisión. Es evidente el mayor peso de la población de mayores mapuches en el conjunto de los pueblos indígenas, así como su presencia mayoritaria en las zonas rurales. En cambio los demás pueblos indígenas se concentran mayormente en zonas urbanas aunque su población sea menos numerosa. Cualquier análisis sobre la localización de la población de edad de pueblos indígenas debe considerar esta distorsión, con el objeto de no caer en errores respecto a la distribución global de la población en las zonas de residencia, evaluando y considerando el peso de la población mapuche, que impacta significativamente sobre la distribución general de los pueblos indígenas.

CUADRO 16: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MAYORES PERTENECIENTE A PUEBLOS INDÍGENAS SEGÚN ZONA (VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTAJES)

Pueblo Indígena	Urbano	%	Rural	%	Total
Alcalufe	198	80,8	57	19,2	245
Atacameño	1.934	75,5	628	24,5	2.562
Aymara	2.888	68,3	1.392	31,7	4.280
Colla	219	76,8	66	23,2	285
Mapuche	27.325	45,9	32.205	54,1	59.530
Quechua	402	72,6	152	27,4	554
Rapa Nui	250	93,3	18	6,7	268
Yámana	143	79,4	37	20,6	180
Total	33.469	49,2	34.545	50,8	68.014

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo 2002.

Algo similar ocurre al incorporar la variable sexo. Si bien los datos globales muestran una leve tendencia hacia el sexo femenino (51,4%), nuevamente el peso de la población mapuche dentro de la población indígena total conduce a confusiones. Mientras en los pueblos Mapuche, Alcalufe, Yámana y Rapa Nui, efectivamente existe una mayor proporción de mujeres mayores, en los pueblos Ay-

mara, Atacameño, Colla y Quechua se observa una situación diferente, siendo mayor la proporción masculina. Lo anterior da pie a un análisis particularmente interesante, dado que son los pueblos indígenas del centro y sur -más los Rapa Nui- los que tienen mayor población femenina, mientras que los pueblos del norte muestran mayor cantidad de hombres.

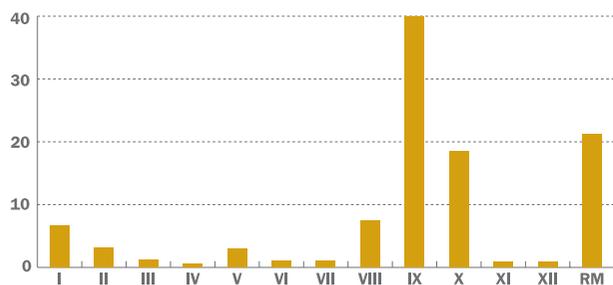
CUADRO 17: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE MAYORES DE PUEBLOS INDÍGENAS SEGÚN SEXO

Pueblo Indígena	Hombre	Mujer	Total
Alacalufe	120	125	245
Atacameño	1.312	1.250	2.562
Aymara	2.226	2.164	4.390
Colla	142	142	284
Mapuche	28.776	30.754	59.530
Quechua	285	269	554
Rapa Nui	123	145	268
Yámana	85	95	180
Total	33.070	34.944	68.014

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Censo 2002.

La localización de los mayores pertenecientes a algún pueblo indígena, da cuenta de una mayor concentración en las Regiones de La Araucanía, Metropolitana, Los Lagos, Bío Bío y Valparaíso, lo que se explica por las altas concentraciones de población Mapuche. En las Regiones de Tarapacá y Antofagasta se concentran los pueblos Aymara y Atacameño, respectivamente.

GRÁFICO 28: DISTRIBUCIÓN DE LOS MAYORES PERTENECIENTES A PUEBLOS INDÍGENAS SEGÚN REGIÓN. CENSO 2002

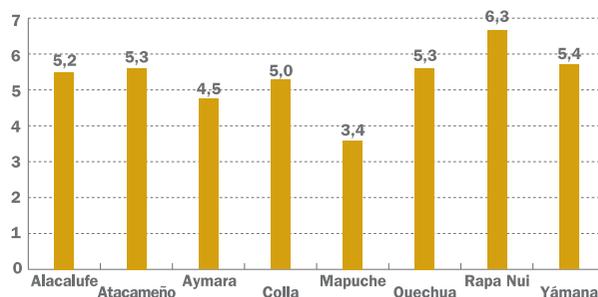


Fuente: Censo 2002.

Por otra parte se ha determinado, mediante una serie de indicadores, que la pertenencia de personas de edad a los distintos pueblos indígenas, se encuentra asociada a variables que determinan una vulnerabilidad cierta de estas personas. Los resultados del último Censo mostraron que las personas mayores pertenecientes a pueblos indígenas en ningún caso alcanzaban a cumplir, como promedio, la educación formal básica de 8 años de estudio, siendo los Mapuches los que mostraban un menor nivel de educación formal (3,4 años de estudio). Ubicándose al otro extremo los Rapa Nui quienes poseen en promedio

6,3 años de estudio. Esta situación es preocupante si se considera que del análisis precedente, 88% del total de personas mayores de la población indígena correspondía a Mapuche, aún más si establecemos una comparación con los años de escolaridad que alcanza el resto de la población de mayores, que llega a los 7 años.

GRÁFICO 29: PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES SEGÚN PUEBLO INDÍGENA. CENSO 2002



Fuente: Censo 2002.

Como es posible observar en el cuadro siguiente, la incidencia de la pobreza es mayor en la población de mayores pertenecientes a pueblos indígenas que en la que no pertenece a ningún pueblo indígena. A pesar de que la proporción de mayores pobres indígenas no es mucho mayor a la que se encuentra en los no indígenas en términos de indigencia, sí es posible apreciar una brecha bastante evidente en términos de la pobreza total, donde entre las mujeres se presenta una diferencia de 7% de pobreza en las no indígenas en relación al 10% que se observa en las mujeres indígenas, ocurriendo algo similar respecto a los hombres y a ambos sexos en conjunto.

CUADRO 18: POBREZA EN LA POBLACIÓN DE MAYORES SEGÚN PERTENENCIA Y NO PERTENENCIA A PUEBLOS INDÍGENAS

	Indigentes	Pobres No Indigentes	Pobres	No Pobres	Total
Hombres					
PAM que pertenece a pueblo indígena	1,9	8,1	10	90,0	100
No pertenece a ningún pueblo indígena	1,3	6,0	7	92,7	100
Mujeres					
PAM que pertenece a pueblo indígena	1,9	7,7	9,6	90,4	100
No pertenece a ningún pueblo indígena	1,3	6,2	7,5	92,5	100
Total					
PAM que pertenece a pueblo indígena	1,9	7,9	9,8	90,2	100
No pertenece a ningún pueblo indígena	1,3	6,1	7,4	92,6	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN, 2006.

En cuanto a los quintiles de ingreso que se presentan en el siguiente cuadro, es posible apreciar que existe una proporción significativamente mayor en el quintil más pobre de la población de mayores indígenas, con 36,1%, respecto de los mayores no indígenas que muestran 19,4%. Se observa también un menor porcentaje de personas mayores indígenas en el quintil de mayor ingreso,

con 7,5% en relación a 17,6% de la población de mayores no perteneciente a pueblos indígenas.

Estas diferencias son aún más notables entre las mujeres. Mientras las mayores indígenas se ubican en 36,5% dentro del quintil de menores ingresos y sólo en 6,2% en el quintil V, los hombres mayores no indígenas se ubican en 35,5% y 9,1%, respectivamente.

CUADRO 19: QUINTILES DE INGRESO AUTÓNOMO EN POBLACIÓN ADULTA MAYOR SEGÚN PERTENENCIA Y NO PERTENENCIA A PUEBLOS INDÍGENAS

	I	II	III	IV	V	Total
Hombres						
PAM que pertenece a pueblo indígena	35,5	19,4	20,0	16,1	9,1	100
No pertenece a ningún pueblo indígena	19,5	20,7	21,9	19,6	18,2	100
Mujeres						
PAM que pertenece a pueblo indígena	36,5	21,7	19,2	16,4	6,2	100
No pertenece a ningún pueblo indígena	19,4	20,4	23,0	20,1	17,1	100
Total						
PAM que pertenece a pueblo indígena	36,1	20,6	19,6	16,2	7,5	100
No pertenece a ningún pueblo indígena	19,4	20,5	22,6	19,9	17,6	100

Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN, 2006.

La discapacidad, como componente de la vulnerabilidad, también muestra algunas diferencias según se trate de mayores pertenecientes o no pertenecientes a pueblos indígenas. Como es posible observar en el cuadro N° 20, existe una relativa mayor proporción de personas mayores con discapacidad entre las personas de edad indígenas, con 24,2% en relación al 22,2% que muestran los mayores no indígenas. Esto puede decir relación con los niveles más bajos de

ingresos que muestra la población de edad perteneciente a Pueblos Autóctonos; los menores ingresos, como muestran los estudios realizados en el país (Encuesta Nacional de la Discapacidad de FONADIS, 2005), se encuentran relacionados con la discapacidad. Asimismo, el nivel de educación también encuentra una correlación cierta con la discapacidad, en el entendido que a menor nivel educativo, mayor es la discapacidad en la población.

CUADRO 20: DISCAPACIDAD EN LA POBLACIÓN DE MAYORES SEGÚN PERTENENCIA Y NO PERTENENCIA A PUEBLOS INDÍGENAS

	Con Discapacidad	Sin Discapacidad
Hombres		
PAM que pertenece a pueblo indígena	23,9	76,1
No pertenece a ningún pueblo indígena	21,3	78,7
Mujeres		
PAM que pertenece a pueblo indígena	24,5	75,5
No pertenece a ningún pueblo indígena	22,9	77,1
Total		
PAM que pertenece a pueblo indígena	24,2	75,8
No pertenece a ningún pueblo indígena	22,2	77,8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN, 2006.

g) El Desarrollo y su Expresión en el Territorio

Al igual como se planteó en el capítulo sobre envejecimiento demográfico, es necesario dedicarle un segmento al comportamiento de los indicadores relacionados con el desarrollo en la región.

El estar bajo la línea de la pobreza significa que una persona no supera los \$47.099 mensuales (en zonas urbanas), calculados sobre la base de los ingresos del hogar.

En las zonas rurales, una persona se encuentra bajo la línea de la pobreza si es que no supera los \$31.756 de promedio mensual.

Las personas mayores pobres representan 7,5% del total de esta población. Esta tasa de pobreza es prácticamente la mitad del 14,6% que presenta el resto de la población. Cabe destacar que las regiones con mayor porcentaje de pobreza en las personas mayores son las dos nuevas regiones: Arica y Parinacota y Los Ríos.

CUADRO 21: POBLACIÓN BAJO LA LÍNEA DE POBREZA POR REGIÓN

	0-59		60 y más	
	N	%	N	%
Arica y Parinacota	29.607	19,10%	3.815	15,30%
Tarapacá	29.854	12,40%	2.143	6,60%
Antofagasta	34.504	7,50%	3.469	5,70%
Atacama	26.329	11,00%	1.347	5,40%
Coquimbo	94.741	16,60%	11.097	11,70%
Valparaíso	234.879	16,50%	17.814	7,80%
Libertador Bernardo O'Higgins	90.128	12,50%	5.514	4,70%
Maule	158.313	19,10%	11.881	9,10%
Bío Bío	372.325	22,20%	31.038	11,40%
La Araucanía	170.476	21,60%	12.855	10,20%
Los Ríos	60.658	19,70%	6.843	13,20%
Los Lagos	84.991	12,60%	6.361	6,40%
Aysén	7.806	9,70%	536	5,30%
Magallanes y la Antártica Chilena	7.815	6,30%	1.291	6,00%
Región Metropolitana	649.365	11,30%	41.142	5,20%
Total	2.051.791	14,60%	157.146	7,50%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN, 2006.

Se muestra también la desagregación de las personas mayores bajo la línea de la pobreza según quinquenios de edad. El tramo etario donde existe mayor porcentaje de

personas mayores pobres, a nivel nacional, es el de 65-69 años. Esto puede tener correlación con la desvinculación de los mayores hombres con el empleo formal.

CUADRO 22: POBLACIÓN ADULTO MAYOR BAJO LA LÍNEA DE POBREZA POR QUINQUENIOS DE EDAD Y REGIÓN					
	PM por quinquenios de Edad				
	60-64	65-69	70-74	75-79	80 y más
Arica y Parinacota	14,5%	26,4%	11,5%	0,0%	15,0%
Tarapacá	10,5%	7,1%	3,7%	0,2%	10,6%
Antofagasta	4,3%	6,7%	7,9%	3,9%	6,4%
Atacama	5,5%	9,6%	2,9%	4,6%	0,8%
Coquimbo	12,4%	14,3%	14,1%	7,6%	7,5%
Valparaíso	7,2%	8,8%	7,5%	8,7%	6,1%
Libertador Bernardo O'Higgins	5,2%	6,7%	4,5%	2,0%	3,8%
Maule	10,4%	10,4%	8,0%	6,8%	8,4%
Bío Bío	12,9%	12,9%	10,3%	11,2%	7,7%
La Araucanía	10,8%	11,8%	8,9%	7,9%	10,2%
Los Ríos	14,3%	16,1%	15,1%	7,6%	9,3%
Los Lagos	6,1%	6,7%	8,6%	3,3%	7,0%
Aysén	9,2%	8,4%	1,7%	0,3%	2,2%
Magallanes y la Antártica Chilena	7,6%	5,0%	0,3%	9,4%	9,9%
Región Metropolitana	5,7%	6,1%	4,0%	4,8%	4,2%
Total	8,0%	8,9%	6,9%	6,3%	6,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN, 2006.

A diferencia de los quintiles de ingreso autónomo nacional, en el quintil de ingreso autónomo regional cada quintil corresponde a 20% de los hogares de la región ordenados en forma ascendente de acuerdo al ingreso per cápita autónomo del hogar. De esta manera, las personas mayores se distribuyen en estos quintiles. Una distribución acorde a lo normal, debería ser de 20% de personas mayores en cada uno de los quintiles.

Ninguna región del país alcanza 20% de personas mayores en el quintil de mayores ingresos (V). A su vez, la región que tiene mayor porcentaje de personas mayores en el primer quintil es la de Aysén, con 31,9% de personas mayores. Valparaíso es la que menor porcentaje de personas mayores presenta en el primer quintil.

CUADRO 23: POBLACIÓN ADULTO MAYOR POR QUINTIL DE INGRESO AUTÓNOMO REGIONAL					
	Distribución porcentual PM según quintil				
	I	II	III	IV	V
Arica y Parinacota	22,1%	27,4%	13,5%	19,1%	17,8%
Tarapacá	19,0%	20,6%	18,9%	25,4%	16,2%
Antofagasta	23,2%	22,4%	21,3%	16,9%	16,2%
Atacama	20,4%	24,2%	21,7%	18,4%	15,3%
Coquimbo	21,7%	19,4%	23,8%	18,2%	17,0%
Valparaíso	17,8%	19,7%	22,0%	21,0%	19,5%
Libertador Bernardo O'Higgins	19,2%	21,6%	21,5%	18,2%	19,5%
Maule	18,4%	22,6%	18,4%	21,3%	19,3%
Bío Bío	18,9%	20,5%	21,4%	21,0%	18,2%
La Araucanía	22,8%	20,6%	21,0%	20,0%	15,6%
Los Ríos	22,3%	20,1%	22,7%	18,6%	16,3%
Los Lagos	25,6%	21,5%	20,7%	16,1%	16,0%
Aysén	31,9%	17,4%	17,1%	14,2%	19,4%
Magallanes y la Antártica Chilena	26,5%	22,9%	19,1%	15,1%	16,4%
Región Metropolitana	18,7%	21,7%	22,2%	20,0%	17,3%
Total	19,8%	21,3%	21,5%	19,8%	17,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN, 2006.

Como se expresó con anterioridad, los datos demuestran que el promedio de años de estudio de las personas mayores es menor al de la población de 25 a 59 años, ya que en el pasado la oferta educativa era menor a la actual. Sin embargo, a medida que las cohortes de menor edad se incorporen a la población adulta mayor, éstas tendrán un mayor número de años de estudio.

La Región del Maule es la única que muestra una media de años de estudio mayor en las mujeres mayores que en los hombres mayores. Las personas mayores de la

RM son las que tienen mayores años de escolaridad: en promedio 7,6 años. A su vez, las personas mayores de la Región de Aysén son las que presentan menor promedio: 4,6 años.

Por otra parte, la Región del Maule presenta un alto porcentaje de analfabetismo de la población mayor (22,6%). Las mujeres mayores de la Región de La Araucanía son las que presentan mayor tasa de analfabetismo (26,3%), mientras que los hombres mayores de la Región del Maule que no saben leer ni escribir alcanzan 23,6%.

CUADRO 24: PROMEDIO DE AÑOS DE ESCOLARIDAD Y ANALFABETISMO EN LAS PERSONAS MAYORES

Región	Promedio de años de escolaridad de las PM			% de PM que no saben leer y escribir		
	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total
Arica y Parinacota	6,89	6,68	6,77	3,7%	13,1%	9,2%
Tarapacá	7,81	6,53	7,09	3,5%	5,6%	4,6%
Antofagasta	7,68	7,34	7,5	6,0%	3,2%	4,6%
Atacama	6,31	5,67	5,93	10,9%	6,7%	8,4%
Coquimbo	5,66	5,4	5,52	12,7%	15,3%	14,1%
Valparaíso	7,28	6,53	6,85	9,3%	10,3%	9,9%
Libertador Bernardo O'Higgins	5,1	5,06	5,08	22,1%	17,2%	19,4%
Maule	4,89	5	4,95	23,6%	21,6%	22,6%
Bío Bío	6,05	5,64	5,82	17,3%	19,2%	18,4%
La Araucanía	5,46	5,08	5,25	20,5%	26,3%	23,7%
Los Ríos	5,22	4,57	4,86	15,5%	19,1%	17,5%
Los Lagos	5,33	5,11	5,21	14,5%	20,6%	17,8%
Aysén	5,02	4,32	4,64	14,6%	13,9%	14,2%
Magallanes y la Antártica Chilena	6,27	5,63	5,92	9,9%	9,2%	9,5%
Región Metropolitana	8,21	7,19	7,63	6,5%	7,9%	7,3%
Total	6,83	6,25	6,5	12,0%	13,1%	12,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos CASEN, 2006.

Como se ha mostrado, la proporción de personas de edad en situación de pobreza se ha venido reduciendo entre los períodos aquí contemplados, sin embargo, se ha incrementado la población de mayores de los quintiles más pobres. Este fenómeno dice relación con algunas deficiencias en las políticas orientadas a los grupos más pobres, así como también con ineficiencias en la distribución equitativa de los recursos.

En tal sentido cabe destacar que según la información con que se cuenta, las personas de 56 años y más no alcanzan a financiar su consumo total con los aportes del trabajo, debiendo apelar, ineludiblemente, a las transferencias familiares y, principalmente, a las del Estado. Asimismo, muchas personas que reciben este tipo de transferencias, apenas logran cubrir sus gastos, logrando una capacidad de ahorro prácticamente nula, quedando en situación de inseguridad económica y vulnerabilidad.

Asimismo, la mitad de las personas mayores esgrimen el estar recibiendo una jubilación como razón por la que no buscan trabajo, con importantes diferencias por sexo, es-

tando las mujeres inactivas debido al tiempo que les demanda el trabajo doméstico. El hecho de que la mitad de los hombres mayores participe de la fuerza de trabajo, es un fenómeno que debe ser considerado a la hora de caracterizar la seguridad económica de este grupo, ya que ello puede estar vinculado al bajo monto de las pensiones, que no les permite solventar su consumo, por lo que continúan participando del mercado laboral como medio de resolver los altos costos que implica el envejecimiento, como la salud y los servicios especializados para las personas de edad.

La consideración de la variable indígena en las personas mayores resulta útil únicamente si se definen criterios de focalización programática que impacten en una disminución efectiva de los ámbitos de discriminación y desprotección por la doble condición de ser mayor e indígena, especialmente en el ámbito rural. Dicho de otra forma, esta información es funcional al establecimiento de perfiles de potenciales beneficiarios de políticas y programas a través de los cuales intervenir a favor de generar crecientes mejoras en su calidad de vida, que consideren estas características específicas en su formulación.

3.2 Salud y Bienestar en la Vejez

La relación entre la salud, el envejecimiento y la dependencia puede explicitarse a través de la interacción entre los conceptos de transición demográfica y transición epidemiológica. La transición epidemiológica expresa los cambios de los patrones de morbilidad y mortalidad en un determinado período de tiempo, bajo las categorías de sexo y edad. Se ha observado que las enfermedades infecciosas, parasitarias y perinatales inciden principalmente en los menores de 15 años, en cambio las patologías degenerativas crónicas, afectan en mayor medida a los adultos y principalmente a los adultos mayores. En el proceso de transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento que evidencia el país, es necesario tener presente que este tipo de enfermedades afectará cada vez a una mayor proporción de la población

En la vejez, las manifestaciones y sintomatología de las enfermedades difieren bastante de las del resto de la población. A edad avanzada, el organismo no responde de igual forma ante las patologías que lo amenazan. Muchas de las patologías recurrentes que enfrentan los mayores los hacen más vulnerables a la dependencia. Por ejemplo la diabetes mellitus puede derivar en una amputación, la hipertensión arterial puede traer como consecuencia un accidente vascular, etc. Como se anticipa, el poner atención en las prevalencias de las enfermedades en las personas de edad, puede proveer un panorama de la fragilidad y la vulnerabilidad ante la dependencia que enfrenta este grupo de la población.

A continuación se presentan algunos análisis derivados de estudios realizados en el país en el último tiempo, y que contribuyen a observar las condiciones de salud de las personas mayores.

Mortalidad

El año 2003, la tasa de mortalidad general de la población chilena fue de 5,3 por cada mil habitantes. La tasa de mortalidad de los hombres mayores llegó, en el mismo año, a 69,8 por mil, en tanto la de las mujeres de edad fue de 49,8 por cada mil habitantes. La cifra aumenta en cada tramo de edad superior a los 60 años, llegando a tasas de 106 por cada mil, en hombres, y 71 por cada mil, en mujeres, mayores de 80 años (INE,2005).

Durante 2003, se registraron 83.672 muertes, de las cuales 61.596 casos (74%) correspondieron a personas mayores de 59 años de edad, 50% de ellas mujeres y 50% hombres (INE, 2005).

Las principales causas de muerte en las personas mayores fueron las enfermedades cardiovasculares (33%), tumores malignos (24%) y enfermedades del sistema respiratorio (8,7%).

Entre los hombres mayores las tres principales causas de muerte fueron las enfermedades cerebrovasculares (10,7%), tumores malignos distintos del cáncer gástrico, de próstata, pulmonares y colorrectal (10,6%) y el infarto al miocardio (8,8%). Entre las mujeres mayores, las principales causas de muerte fueron los tumores malignos distintos de los cánceres de vesícula, vía biliares, gástrico y de mama (14,5%), enfermedades cerebrovasculares (11,6%), y el infarto al miocardio (7,4%).

Los datos presentados en los siguientes cuadros provienen del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), que se refieren a la mortalidad y sus principales causas. Estos datos, como ocurre con la información de MINSAL, consideran a la población de mayores a partir de los 65 años.

**CUADRO 25: MORTALIDAD POR PRINCIPALES CAUSAS ESPECÍFICAS DE DEFUNCIÓN
65 A 79 AÑOS, AMBOS SEXOS, 2001, CHILE**

Causa de Defunción	%
Enfermedades isquémicas del corazón	11,7
Enfermedades cerebrovasculares	10,6
Diabetes Mellitus	5,2
Tumor maligno del estómago	5
Enfermedades del hígado	4,8
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	3,9
Otras formas de enfermedades del corazón	3,8
Neumonía	3,8
Enfermedades hipertensivas	3,7
Tumor maligno de la tráquea, de los bronquios y del pulmón	3,5

Fuente: DEIS, MINSAL, 2008.

CUADRO 26: MORTALIDAD POR PRINCIPALES CAUSAS ESPECÍFICAS DE DEFUNCIÓN 80 AÑOS Y MÁS, AMBOS SEXOS, 2001, CHILE

Causa de Defunción	Número
Enfermedades cerebrovasculares	2.959
Enfermedades isquémicas del corazón	2.885
Neumonía	2.139
Otras formas de enfermedades del corazón	1.531
Enfermedades hipertensivas	1.437
Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores	1.348
Trastornos mentales y del comportamiento	1.327
Diabetes Mellitus	847
Otras causas mal definidas y no especificadas de mortalidad	751

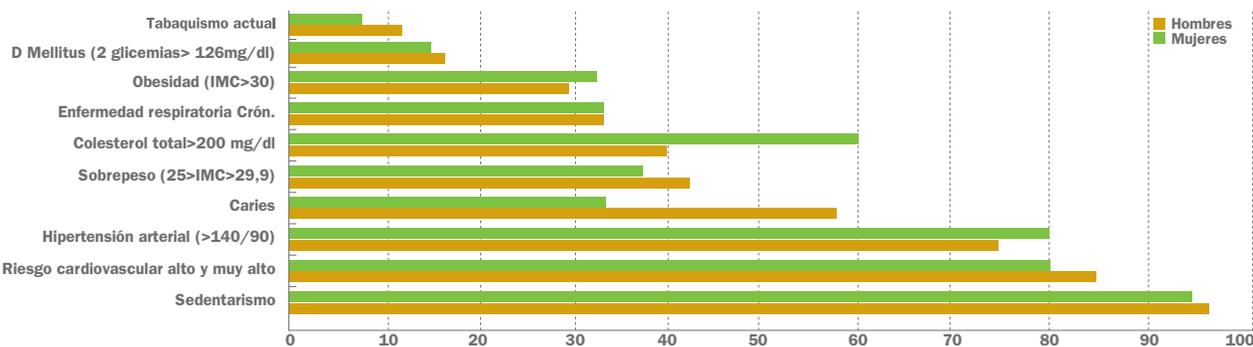
Fuente: DEIS, MINSAL.

Morbilidad

El gráfico N° 30, muestra las tasas de prevalencia, ajustadas por edad y sexo, de algunos problemas de salud

que configuran factores de riesgo de morbilidad, discapacidad, dependencia y mortalidad en las personas de 65 años y más (ENS, 2003).

GRÁFICO 30: TASAS DE PREVALENCIA (%) DE PROBLEMAS DE SALUD EN PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS

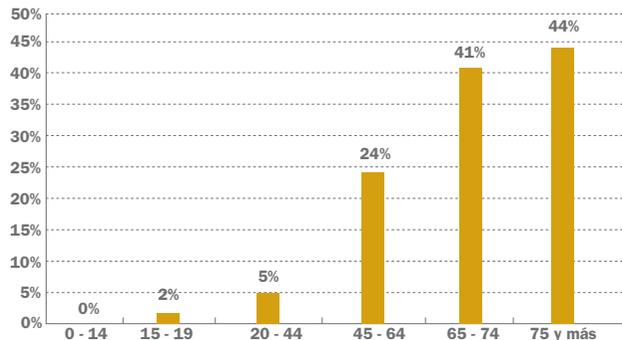


Fuente: Pedro Olivares Tirado, Encuesta Nacional de Salud, 2003.

Como se señaló anteriormente, el número de enfermedades crónicas aumenta con la edad, y también se incrementa el número de medicamentos consumidos por los pacientes mayores, lo que implica una presión creciente sobre los sistemas de salud. Estudios realizados en Europa por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico -OCDE- muestran que el gasto sanitario de las personas de 65 años y más es 3,3 veces superior al de los menores de dicha edad. En Chile, el consumo de medicamentos es por lo general mayor entre las mujeres, cuestión que comporta una mayor propensión al surgimiento de enfermedades. El énfasis en la prevención y la recuperación es un medio costo efectivo para reducir la presión sobre el sistema de salud, y también para mejorar la calidad de vida de las personas mayores, que se ve amenazada por la sobremedicación, que muchas veces provoca efectos secundarios que deben ser contrarrestados por otros medicamentos.

Por otro lado, según reporta el Ministerio de Salud en su estudio realizado el año 2000 (Encuesta de Calidad de Vida y Salud), los indicadores de morbilidad más representativos de la población de mayores son la hipertensión y la diabetes. En tal sentido es necesario destacar que la prevalencia de la hipertensión es del 24% para los adultos entre 45 y 64 años; del 41% en el grupo de edad entre 65 y 74 años; y del 44% en el segmento de 75 y más. En tanto, los grupos etarios menores presentan una prevalencia de esta patología que no supera el 5%. Estas patologías son predictoras de discapacidad y dependencia. Los accidentes cardiovasculares provocados por la hipertensión producen deterioro cognitivo, generando discapacidad y muchas veces dependencia.

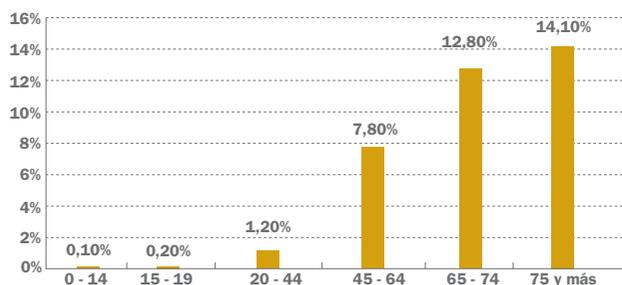
GRÁFICO 31: PREVALENCIA DE HIPERTENSIÓN POR GRUPOS DE EDAD



Fuente: INE-MINSAL. Encuesta de Calidad de Vida y Salud, 2000.

La prevalencia de la diabetes mellitus, presenta un índice que no supera 1,2% para el segmento de 0 a 44 años; en los tramos superiores de edad, en cambio, se aprecian valores por sobre 10%, con 12,8% en la cohorte de 65 a 74; y de 14,1% en la de 75 años y más.

GRÁFICO 32: PREVALENCIA DE LA DIABETES

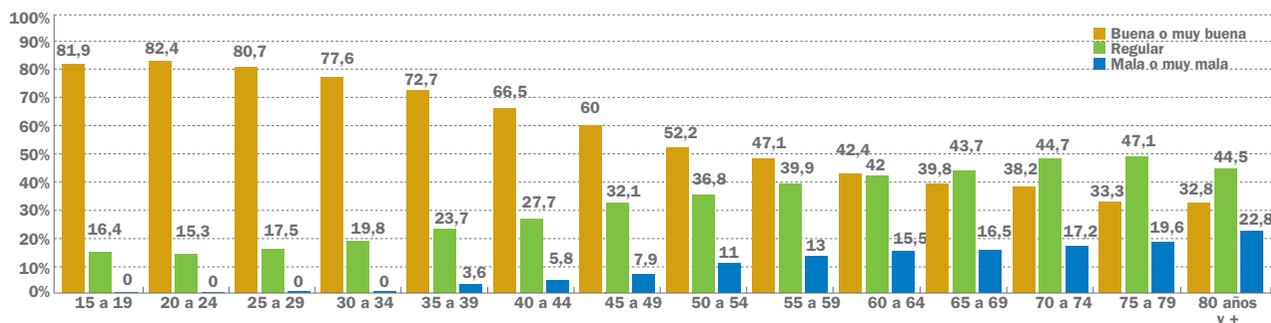


Fuente: INE-MINSAL. Encuesta de Calidad de Vida y Salud, 2000.

Por otra parte, la autopercepción de salud es utilizable como indicador tanto de la experiencia de la propia salud que tienen las personas mayores, como de su calidad de vida en general. Los datos disponibles en Chile⁴⁶ muestran una autopercepción negativa de salud en las personas mayores en relación a los estratos de edad más jóvenes. Mientras los grupos que se ubican entre los 15 y los 39 años reportan alrededor de un 80% de percepción buena o muy buena de la propia salud y cerca del 0% de percepción mala o muy mala, sólo alrededor del 35% de las personas mayores presenta una percepción de su salud buena o muy buena, y cerca del 65% manifiesta tener una salud regular, mala o muy mala.

Los indicadores de salud centrados en la presencia de trastornos y enfermedades tienden a confirmar esta autoimagen negativa de la salud en las personas de edad. A medida que se envejece, aumenta la vulnerabilidad del organismo, disminuyendo la capacidad del cuerpo humano para enfrentar con sus propios recursos inmunológicos, las amenazas constantes del entorno.

GRÁFICO 33: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN PERCEPCIÓN DE LA PROPIA SALUD, POR GRUPOS DE EDAD



Fuente: CASEN, 2003.

46 Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. INE-MINSAL. 2000.

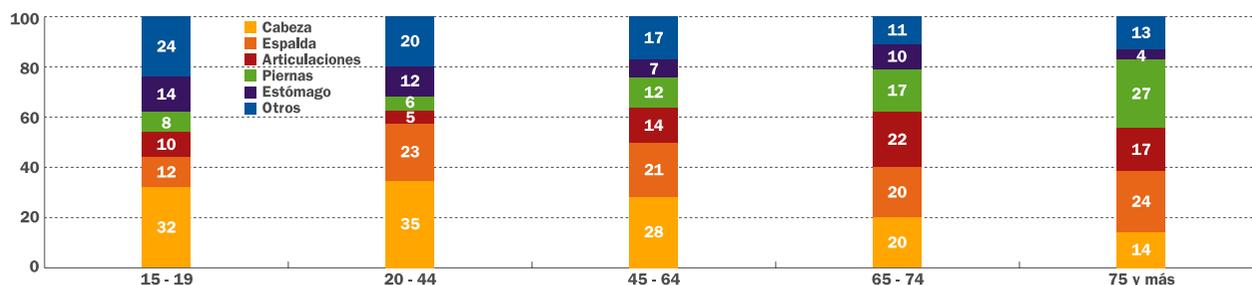
Por otra parte, los indicadores vinculados con el concepto 'calidad de vida en la vejez', revelan la manifestación de dolores permanentes por subgrupos de edad y la ocurrencia de accidentes, igualmente desagregada.

Como muestra el gráfico que sigue, los dolores de espalda, articulaciones y piernas aumentan con la edad, mientras que los de cabeza, estómago y otros disminuyen o se mantienen. En las personas de edad, muchas

veces, se producen dolores articulares que producen dificultades en la movilidad, lo que, eventualmente, se traduce en dificultades para realizar actividades de forma independiente.

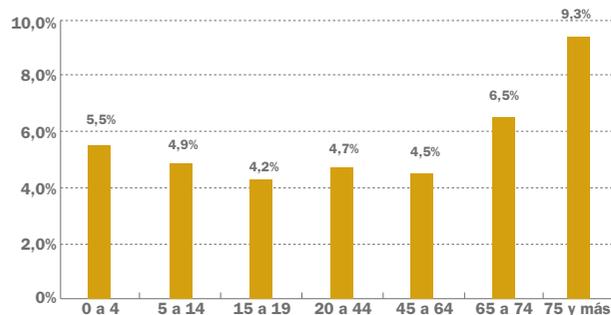
Por otro lado, la ocurrencia de accidentes aumenta significativamente en los segmentos de más edad. Del 4,2% en el tramo de 15 a 19 años, asciende a 9,3% en el de 75 años y más.

GRÁFICO 34: DOLOR PERMANENTE SEGÚN LOCALIZACIÓN POR GRUPO DE EDAD



Fuente: INE-MINSAL. Encuesta de Salud y Calidad de Vida, 2000.

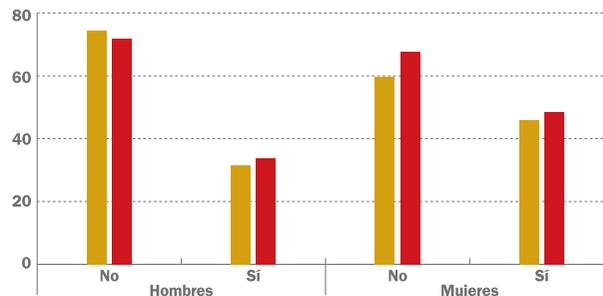
GRÁFICO 35: OCURRENCIA DE ALGÚN ACCIDENTE EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES



Fuente: INE-MINSAL. Encuesta de Calidad de Vida, y Salud, 2000.

En cuanto al autocuidado, como se aprecia en el gráfico Nº 36, la mayor proporción de personas mayores, tanto hombres como mujeres, no realiza esfuerzos por mantener controlado su peso. No lo hace el 70% de los hombres de 65 a 74 años, ni el 68% de 75 y más. Por su parte no intentan controlar su peso el 56,6% de las mujeres de 65 a 74 años, ni el 64,1% de las que tienen 75 años y más.

GRÁFICO 36: PORCENTAJE DE MAYORES QUE INTENTA MANTENER SU PESO CONTROLADO, POR SEXO Y GRUPOS DE EDAD



	Hombres No	Hombres SI	Mujeres No	Mujeres SI
65 a 74	70,30%	29,70%	56,60%	43,40%
75 y más	68%	32%	64,1%	45,90%

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida y Salud, 2000.

a) Discapacidad y Dependencia en las Personas Mayores

La discapacidad es entendida en relación a la salud como la brecha existente entre las capacidades de la

persona (condicionadas por su salud) y las demandas del entorno, es decir, lo que exige el medio (físico, laboral, social) para poder desarrollar sus actividades, roles o tareas sociales⁴⁷. Sin embargo, para que exista una discapacidad y por lo tanto una situación de dependencia, debe existir un estado alterado de la salud traducido en una deficiencia.

En la población de mayores, la discapacidad y la dependencia son más recurrentes que en las edades más jóvenes y, a partir de las edades más avanzadas de la vejez (80 años y más), las mermas en la funcionalidad comienzan a expresarse de forma más potente.

En este sentido, cuando se observa el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse o salir de la cama) sumado a las dificultades en la movilidad, la mayor concentración de mayores se observa en el rango de 80 a 84 años con 19,6%. De la misma manera, las personas de 90 años y más representan 10,2% de este universo⁴⁸. En todo caso, al apreciar este fenómeno, se debe considerar que los datos exponen la distribución por grupos de edad dentro de la población de mayores sin estandarizar en función del peso específico de cada cohorte, por tanto, el análisis debe contemplar el hecho que los estratos con mayor concentración en cuanto a dificultad en la realización de actividades (80 a 84 y 90 y más) representan, a pesar de ello, la menor población dentro de los mayores, lo que sostiene más radicalmente la relación entre envejecimiento de la vejez y mermas en la funcionalidad.

Las cifras más válidas disponibles sobre dependencia en las personas mayores son las del Ministerio de Salud, que aplica dos instrumentos de medición a través del sistema de atención primario de salud. Estos son el instrumento EFAM (Escala de Evaluación Funcional del Adulto Mayor) que se utiliza en los consultorios y la escala KATZ que evalúa a los postrados en sus hogares.

Ambos instrumentos fueron aplicados a través del sistema de salud a 660.033 personas de 65 años y más en

el año 2006, arrojando datos que constituyen la fuente más válida con respecto a la dependencia de los mayores. Del total de personas mayores evaluadas en sus hogares mediante la escala de funcionalidad Katz, 3,3% eran dependientes. En tanto la aplicación de la escala EFAM en los consultorios determinó que 71,4% de las personas de edad eran autovalentes y 25,2% frágiles, es decir cuyas condiciones de salud los acercan a la pérdida de funcionalidad y la dependencia.

Por otra parte, el año 2004 la Encuesta de Protección Social (EPS), exploró la funcionalidad de las personas mayores. De manera global, 21,4% de la población de mayores necesitó ayuda de terceros o presentó algún grado de dificultad en sus actividades diarias. El 27% de las mujeres y 16% de los hombres declararon algún grado de dificultad o necesitaron algún tipo de ayuda en sus actividades cotidianas. El 78% de ellas no necesitó ayuda alguna para realizar las actividades de la vida diaria.

Mención especial merecen las dificultades de comprensión y comunicación en las personas mayores, ya que se relacionan directamente con el estado cognitivo, elemento esencial para el desempeño autónomo.

En tal sentido, la Encuesta Nacional de Salud del año 2003, arrojó una prevalencia del deterioro cognitivo de 15% en las personas mayores. Esta prevalencia aumentó significativamente en los subrangos etarios más envejecidos, llegando a afectar al 43% de los adultos de 80 años y más, no encontrándose diferencias según sexo (ENS, 2003).

La encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE 2007) midió la dificultad o imposibilidad para realizar actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, comer, usar el baño, cruzar un cuarto caminando), encuestando a personas mayores del Gran Santiago. El estudio mostró que 80,1% de las personas encuestadas no presentó ninguna dificultad o imposibilidad para efectuar las actividades básicas, 11,2% enfrentaba dificultades en uno y/o dos ámbitos y 8% en tres ámbitos o más.

CUADRO 27: AUMENTO DE LAS PERSONAS QUE PRESENTAN DIFICULTADES EN LAS AVD* 2005 - 2007

AVD	Hombres	Mujeres	Total
Ninguna	81,6	74,2	80,1
1	6,3	8,2	5,4
2	5,5	7,2	5,8
3 y +	5,5	9,7	8,0
NR	1,1	0,7	0,8
Total	100	100	100

Fuente: SABE, 2007. N=1. 301

*Actividades de la vida diaria.

47 Dependencia del Adulto Mayor en Chile. Departamento de Estudios y Desarrollo, Superintendencia de Salud; Departamento de Economía de la Salud-MINSAL y División de Planificación Regional de MIDEPLAN. 2008.

48 IDEM.

La dependencia es uno de los principales desafíos que las políticas, planes y programas dirigidos a las personas de edad deben abordar. Sin embargo, como se ha dicho, hoy en día no se cuenta con toda la información necesaria para avanzar en ello. Esto se debe a dos factores principalmente. En primer lugar, no existe una correcta aproximación conceptual a la dependencia, lo que impide observarla con toda la claridad requerida, es decir, si bien existen diferencias entre dependencia y discapacidad, se sigue pensando y hablando de ellas sin límites claramente definidos. En segundo término, y en parte como producto de lo anterior, no se cuenta aún con cifras que puedan dar cuenta de la real dimensión de la dependencia; no se han aplicado instrumentos a una muestra representativa, y los datos disponibles del sistema de salud son útiles para verificar la atención de salud a personas con grados de dependencia, pero no aportan datos para el dimensionamiento de esta población. A continuación se muestran las tres fuentes de información que se han presentado y que aportan datos sobre la funcionalidad, graficando la pluralidad de datos con que se cuenta.

CUADRO 28: FUNCIONALIDAD EN LA POBLACIÓN DE MAYORES, FUENTES DIVERSAS		
	Dependientes, semi valentes y frágiles	Autovalentes
MINSAL (2006)	28,6%	71,4%
SABE (2007)	19,90%	80,1%
EPS (2004)	22%	78%

Se hace necesario entonces avanzar en ambas direcciones, generando conocimiento e información relevante que permita una aproximación correcta al fenómeno y su real dimensión como insumo para el diseño e implementación de políticas, planes y programas dirigidos a este sector de la población.

En este sentido, es necesario destacar la realización del Estudio Nacional de Dependencia, el que levantará datos a nivel nacional en la población de personas mayores y que será implementado por SENAMA. Como es de esperar, este estudio implica un desarrollo conceptual acabado para abordar correctamente la dependencia, de modo de rescatar las dimensiones más relevantes de ésta para ser operacionalizadas en un instrumento aplicable a una muestra representativa de la población de mayores del país. El estudio implicará la revisión de los distintos instrumentos, tanto nacionales como internacionales, para medir la dependencia, rescatando aquellas dimensiones que se ajusten a la realidad de los perfiles de dependencia en la población de mayores que son posibles derivar de las fuentes de datos existentes.

Otra fuente de datos pertinente, aunque lejos de ser exacta, resulta de la homologación parcial que es posible realizar entre discapacidad y dependencia para obtener un panorama cercano a como se puede estar perfilando esta última

en nuestro país. En tal sentido, el Instituto Nacional de Estadística y el Fondo Nacional de la Discapacidad, realizaron el Estudio Nacional de la Discapacidad (ENDISC), utilizando la herramienta WHO-DAS II, desarrollada por la OMS, para determinar el cuestionario de la encuesta. El índice de discapacidad fue construido a partir de esta escala, que es compatible con el índice CIF, que sirve de base para determinar los distintos niveles: sin discapacidad, discapacidad leve, discapacidad moderada y discapacidad severa.

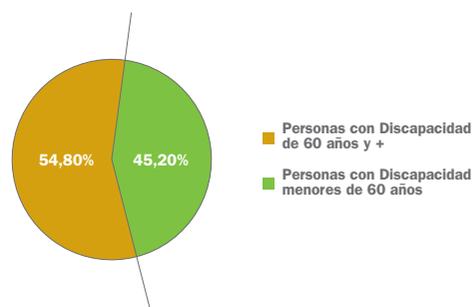
Los tres niveles de discapacidad determinados en este estudio se definen como sigue:

- **Discapacidad Leve:** Personas que presentan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria. Sin embargo, la persona es independiente y no requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno.
- **Discapacidad Moderada:** Personas que presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado, superando con dificultades sólo algunas barreras del entorno.
- **Discapacidad Severa:** personas que ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidianas, requiriendo del apoyo o cuidados de una tercera persona, no logrando superar las barreras del entorno.

A continuación se presentan algunos datos de la ENDISC para la población de mayores del país.

- Las personas de 60 años y más representan 45,2% de las personas con discapacidad en Chile.
- Del total de personas mayores del país, 39% presenta alguna discapacidad.
- Del total de la población de mayores con algún grado de discapacidad, 17,3% presenta discapacidad leve, 11,1% padece discapacidad moderada y 10,7% sufre discapacidad severa.

GRÁFICO 37: PORCENTAJE DE MAYORES EN LA POBLACIÓN CON DISCAPACIDAD

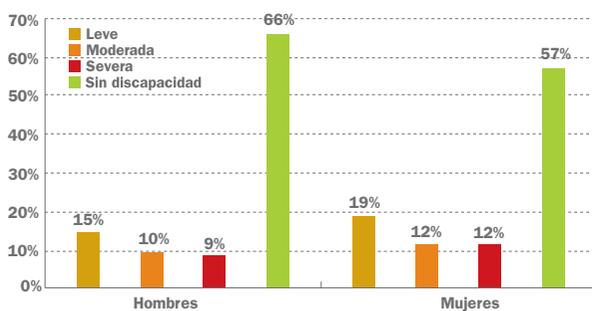


Fuente: Estudio Nacional de la Discapacidad, 2004. FONADIS - INE.

A nivel nacional según sexo, 19,0% de las mujeres de 60 años y más tiene discapacidad leve, 12,0% de tipo mode-

rada y 12,1% de ellas presenta una discapacidad severa. El 56,9% de las mujeres mayores no manifiesta ninguna dificultad en la vida diaria. Por su parte, los hombres mayores presentan discapacidad leve en 15,1%, en tanto 9,9% tiene discapacidad moderada y 9,0% sufre discapacidad severa. Como es posible observar, la discapacidad afecta en mayor medida a las mujeres, que viven más años y han realizado a lo largo de la vida las tareas de cuidado y domésticas, además de las actividades remuneradas cuando las han tenido, siendo potencialmente más vulnerables a adquirir déficits físicos o cognitivos que provoquen limitaciones, pudiendo requerir ayuda para realizar las actividades de la vida diaria.⁴⁹

GRÁFICO 38: PREVALENCIA DE DISCAPACIDAD EN PERSONAS MAYORES SEGÚN SEXO



Fuente: Estudio Nacional de la Discapacidad, 2004. FONADIS - INE.

Según la ENDISC, las distribuciones porcentuales según tipo de deficiencia son las siguientes:

- 32,9% presenta discapacidad física.
- 17,7% presenta problemas visuales.
- 14,2% presenta múltiples deficiencias.
- 13,5% presenta discapacidades viscerales.
- En 10,3% se observa discapacidad auditiva.
- En 7,4% se observan discapacidades intelectuales.
- Las discapacidades síquicas significan 4,1%.

Los grados de discapacidad están estrechamente relacionados con la escala de evaluación funcional Katz, la cual establece una tipología según se trate de personas mayores auto valentes, semi valentes o postradas. De tal modo, las personas sin discapacidad y con discapacidad leve son en su mayoría autovalentes, porque pueden llevar a cabo sus tareas cotidianas y de auto cuidado sin la asistencia de terceros, la discapacidad moderada se puede vincular, en muchos casos, con la semivalencia, ya que las personas que la padecen necesitan de alguna ayuda para realizar ciertas tareas. Por último, las personas con discapacidad severa corresponden a la clasificación de dependientes o postradas, puesto que requieren de ayuda constante para realizar sus actividades diarias.

Del total de la población de mayores con algún grado de discapacidad, 17,3% presenta discapacidad leve, 11,1% padece discapacidad moderada y 10,7% sufre discapacidad severa.

Para validar la homologación parcial que se ha realizado entre discapacidad y dependencia -que no es la forma ideal de diagnosticar esta última- se consideró el trabajo realizado en España para la redacción de la "ley de dependencia", que tomó en cuenta instrumentos de medición de la discapacidad como metodología para dimensionar la dependencia.

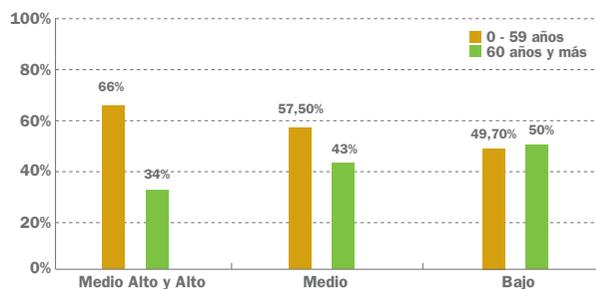
GRÁFICO 39: GRADOS DE DISCAPACIDAD EN LAS PERSONAS MAYORES



Fuente: Estudio Nacional de la Discapacidad, 2004. FONADIS - INE

Por otra parte, el cruce de los datos de discapacidad con indicadores sociales establece, por ejemplo, que la proporción de personas mayores discapacitadas aumenta a medida que el nivel socioeconómico es menor. El 34% de los discapacitados de los sectores medio alto y alto son personas mayores, mientras que en el nivel medio los mayores constituyen 42,5%; y en el nivel socioeconómico bajo, las personas mayores discapacitadas alcanzan 50,3%.

GRÁFICO 40: DISTRIBUCIÓN DE LA PAM DISCAPACITADA SEGÚN TRAMO DE EDAD Y NIVEL SOCIOECONÓMICO



Fuente: Estudio Nacional de la Discapacidad, 2004. FONADIS - INE

49 Francisco González Mendoza. Unidad de Estudios SENAMA. 2008.

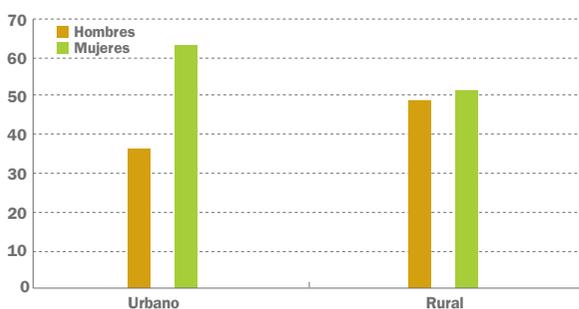
En tanto, las personas mayores discapacitadas que se declaran solteras, viudas, separadas y divorciadas, suman 48%, las que cuentan con una mayor probabilidad de enfrentar su condición sin un apoyo cotidiano.

Estado Conyugal	Porcentaje
Casado	47,7%
Convive	4,3%
Acumulado	52%
Soltero	8,7%
Viudo	31,7%
Separado o divorciado	7,6%
Acumulado	48%

Fuente: Estudio Nacional de la Discapacidad, 2004. FONADIS – INE.

En cuanto a la distribución de la discapacidad por zona de residencia según sexo, encontramos que en las zonas urbanas 62,9% de las personas mayores discapacitadas son mujeres y 37,1% hombres. En las zonas rurales se reduce esta diferencia, con 50,4% de adultas mayores discapacitadas y 49,6% de hombres mayores en tal condición.

GRÁFICO 41: PERSONAS MAYORES CON DISCAPACIDAD POR ÁREA GEOGRÁFICA Y SEXO



Fuente: Estudio Nacional de la Discapacidad, 2004. FONADIS - INE.

b) Calidad de Vida Relacionada a la Salud

Como ya se ha señalado en el apartado conceptual, la calidad de vida es entendida aquí en relación a un concepto amplio de salud, que se refiere a aspectos relacionados con la autopercepción de los sujetos, en este caso de las personas mayores, sobre un set de dimensiones que contienen indicadores que miden aspectos sobre una serie de ámbitos de la vida, desde los psicosociales, de satisfacción vital, de auto cuidado y otra serie de variables.

Algunas de estas dimensiones, como la presencia de dolor, dificultades en la movilidad, control del peso, autopercepción de salud, entre otras, ya han sido presentadas en este diagnóstico, sumadas a otras variables mas “sociales” referidas a la participación y la vivienda.

A continuación se procede a destacar las restantes dimensiones desde el procesamiento especial realizado por CE-LADE-CEPAL de los datos de la Encuesta de Calidad de Vida y Salud del año 2006.

Siendo el autocuidado una variable fundamental respecto a la calidad de vida de las personas mayores, la autopercepción de la condición física significa un predictor correlativo. En tal sentido, las dimensiones de edad, sexo y nivel socioeconómico, presentan diferencias respecto a como las condición física es percibida entre los mayores.

En el cuadro siguiente se aprecia la percepción de la condición física por parte de las personas mayores según sexo y edad. La mayoría señala sentirse bien con su condición física (47,5%) lo cual se repite tanto en los hombres (52,1%), como en las mujeres (43,8%) aunque con diferencias importantes entre ambos sexos, pues las mujeres en general tienen más inclinación hacia una percepción negativa de su estado físico que los hombres.

De la misma forma, la percepción sobre la condición física en observación de los grupos de edad, devela que la percepción mala de ésta es menos evidente, como podía esperarse, en las cohortes de menor edad.

CUADRO 30: PERCEPCIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA SEGÚN SEXO Y GRUPOS DE EDAD (%)

Sexo	Grupos de Edad	Muy Bien	Bien	Regular	Mal	Total
Hombre	60-64	6,2	57,6	29,3	6,5	100,0
	65-69	3,4	54,0	32,4	10,2	100,0
	70-74	13,6	56,5	21,7	6,3	98,1*
	75-79	3,0	43,4	31,4	22,3	100,0
	80-84	1,6	42,8	44,3	11,2	100,0
	85-89	8,2	21,9	49,6	20,2	100,0
	90 y más	0,0	68,5	10,3	21,3	100,0
	total	6,0	52,1	30,4	11,1	99,6*
Mujer	60-64	11,2	49,5	31,1	8,2	100,0
	65-69	8,1	43,0	32,7	16,2	100,0
	70-74	5,4	37,3	43,6	13,7	100,0
	75-79	7,7	37,9	36,3	18,1	100,0
	80-84	4,3	40,3	46,6	8,8	100,0
	85-89	10,6	45,5	34,6	9,4	100,0
	90 y más	0,6	84,7	0,0	14,7	100,0
	total	7,9	43,8	35,6	12,6	100,0
Ambos Sexos	60-64	8,8	53,5	30,2	7,4	99,8*
	65-69	6,0	47,9	32,6	13,5	100,0
	70-74	8,9	45,5	34,3	10,6	99,2*
	75-79	5,1	40,9	33,6	20,3	100,0
	80-84	3,4	41,1	45,8	9,6	100,0
	85-89	9,7	37,3	39,8	13,1	100,0
	90 y más	0,5	81,6	2,0	16,0	100,0
	total	7,0	47,5	33,3	11,9	99,9

* No sabe, No responde.

Fuente: Elaboración propia a partir del procesamiento especial de datos CELADE-CEPAL de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, 2006.

La condición socioeconómica, por su parte, actúa como un claro diferenciador respecto a la percepción de las personas mayores sobre su condición física. Así, a mejor

condición socioeconómica, se observa una superior percepción de la condición física tanto en hombres como en mujeres.

CUADRO 31: PERCEPCIÓN DE LA CONDICIÓN FÍSICA SEGÚN SEXO Y NIVEL SOCIOECONÓMICO (%)

Sexo	Nivel Socioeconómico	Muy Bien	Bien	Regular	Mala	Total
Hombre	Tercil Inferior	3,0	47,3	38,5	10,0	98,9
	Tercil Medio	5,1	48,3	30,8	15,9	100,0
	Tercil Superior	12,4	65,9	15,7	6,1	100,0
	Total	6,0	52,1	30,4	11,1	99,6
Mujer	Tercil Inferior	4,9	37,2	42,1	15,8	100,0
	Tercil Medio	7,4	44,5	36,1	12,0	100,0
	Tercil Superior	14,6	55,4	22,6	7,4	100,0
	Total	7,9	43,8	35,6	12,6	100,0
Ambos sexos	Tercil Inferior	4,1	41,7	40,5	13,2	99,5
	Tercil Medio	6,3	46,2	33,7	13,8	100,0
	Tercil Superior	13,5	60,3	19,4	6,8	100,0
	Total	7,0	47,5	33,3	11,9	99,8

Fuente: Elaboración propia a partir del procesamiento especial de datos CELADE-CEPAL de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, 2006.

Otro indicador relevante que contribuye a evidenciar la calidad de vida de las personas mayores, es el que hace referencia a la percepción de bienestar mental y emocional. En este sentido, se observa en el cuadro N° 32 que 62,4% lo evalúa como bueno. Esta percepción se repite

en ambos sexos, aunque los hombres se declaran más optimistas que las mujeres en relación a su bienestar psicológico. Si bien esta percepción puede aparecer como positiva, se observa una peor percepción en los terciles socioeconómicos inferiores.

**CUADRO 32: PERCEPCIÓN DEL BIENESTAR MENTAL Y EMOCIONAL SEGÚN SEXO
Y NIVEL SOCIOECONÓMICO (%)**

Sexo	Nivel socioeconómico	Muy Bien	Bien	Regular	Mala	Total
Hombre	Tercil Inferior	5,5	63,6	26,9	3,9	100
	Tercil Medio	10,1	64,4	20	5,5	100
	Tercil Superior	19,9	67,9	9,3	2,9	100
	Total	10,5	64,9	20,4	4,2	100
Mujer	Tercil Inferior	6,5	55,2	32,9	5,4	100
	Tercil Medio	9,9	57,7	25,2	6,9	99,7
	Tercil Superior	13,7	73,9	8,4	3,9	100
	Total	9,3	60,2	24,8	5,6	99
Ambos sexos	Tercil Inferior	6,1	58,9	30,2	4,7	100
	Tercil Medio	10	60,7	22,9	6,2	99,8
	Tercil Superior	16,6	71,1	8,8	3,4	100
	Total	9,9	62,4	22,8	4,9	99,9

Fuente: Elaboración propia a partir del procesamiento especial de datos CELADE-CEPAL de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, 2006.

Finalmente, en cuanto a la frecuencia con que los problemas de salud afectan el desarrollo de actividades sociales, los resultados obtenidos muestran que en más de la mitad de los entrevistados (57,6%) éstos suelen perturbar con mayor o menor intensidad su desenvolvimiento social. El 23,7% considera que le afecta rara vez, 22,4% que le

perturba algunas veces, 6,3% que casi siempre le afecta y 5,2% que siempre le afecta. A medida que aumenta la edad, los problemas de salud interfieren con mayor frecuencia en el funcionamiento social de las personas de edad, siendo las mujeres las que más se ven afectadas por esta situación.

**CUADRO 33: FRECUENCIA CON QUE LA SALUD FÍSICA O LOS PROBLEMAS EMOCIONALES
DIFICULTAN EL DESARROLLO DE ACTIVIDADES SOCIALES**

Sexo	Grupos de Edad	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Rara vez	Nunca	Total
Hombre	60-64	2,5	4,7	17,1	23,9	51,9	100
	65-69	1,4	5,0	16,4	25,3	51,9	100
	70-74	6,5	2,6	20,4	19,9	50,5	100
	75-79	4,6	6,3	28,7	21,3	39,1	100
	80-84	6,0	20,2	27,8	13,7	32,2	100
	85-89	9,4	12,7	21,4	32,6	23,9	100
	90 y más	21,3	0,0	0,0	53,8	25,0	100
	Total	3,9	5,9	20,4	22,8	47,0	100
Mujer	60-64	6,6	6,9	24,1	27,2	35,2	100
	65-69	3,6	5,1	21,4	27,1	42,8	100
	70-74	8,8	8,1	29,1	17,7	36,3	100
	75-79	5,6	5,3	24,4	25,9	38,7	100
	80-84	5,6	7,7	22,2	23,1	41,4	100
	85-89	9,2	5,2	15,9	33,1	36,6	100
	90 y más	10,5	7,7	25,2	3,0	53,6	100
	Total	6,3	6,6	24,0	24,4	38,7	100
Ambos sexos	60-64	4,6	5,8	20,7	25,5	43,3	100
	65-69	2,6	5,1	19,2	26,3	46,9	100
	70-74	7,9	5,8	25,4	18,6	42,2	100
	75-79	5,1	5,9	26,7	23,4	38,9	100
	80-84	5,7	11,8	24,0	20,0	38,4	100
	85-89	9,3	7,8	17,8	32,9	32,2	100
	90 y más	12,6	6,2	20,4	12,7	48,1	100
	Total	5,2	6,3	22,4	23,7	42,5	100

Fuente: Elaboración propia a partir del procesamiento especial de datos CELADE-CEPAL de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, 2006.

Como es posible observar a partir de los datos expuestos, los indicadores de calidad de vida señalan que a mayor edad, peor es la calidad de vida de las personas y que algunos factores sociales como el nivel socioeconómico tienen un impacto real sobre la percepción de las personas sobre los indicadores de medición. De la misma forma, la variable sexo tiende a presentar diferencias.

c) Cuidados de Largo Plazo

En la provisión de cuidados de largo plazo existen una multiplicidad de respuestas dependiendo del tipo de cuidado que se brinda, la cobertura, la calidad, el recurso técnico y humano utilizado, la infraestructura con que se cuenta, el lugar donde se proveen los cuidados, entre otros.

De todas las posibles combinaciones existentes, en Chile se observa claramente la preeminencia de dos tipos de cuidados: en primer lugar los que se verifican en el ámbito de la familia y la comunidad y, en segundo lugar, los que se brindan en los Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM).

Evidentemente estos dos ámbitos resultan incompletos para cubrir la diversidad de requerimientos de cuidado, tanto en cobertura, como en especialización y tipo de servicios, lo que explica, en parte, que no pocas personas permanezcan hospitalizadas sin requerirlo estrictamente, lo que se denomina hospitalización social.

La hospitalización social hace referencia a la institucionalización derivada de factores extra-sanitarios o que trascienden los problemas de funcionalidad, donde la persona mayor es desvinculada del ámbito familiar e institucionalizada en un Establecimiento de Larga Estadía o un hospital por cuestiones asociadas principalmente a abandono y maltrato. Cuando esto ocurre, se producen una serie de escenarios negativos, tanto a nivel individual como del propio sistema.

- El individuo experimenta un profundo sentimiento de desarraigo al ser separado -por lo general contra su voluntad- de su familia, para ser integrado a un ambiente extraño.
- El sujeto muchas veces ve disminuidas sus condiciones de salud y funcionalidad en este nuevo ambiente, donde comparte la cotidianidad con otros individuos con peores condiciones de salud en un entorno asociado a enfermedades y deterioros, perdiendo asimismo la posibilidad de llevar una vida activa.
- La hospitalización social finalmente significa una alta carga para el sistema de salud, en términos del gasto en recursos humanos, técnicos y financieros en los que se incurre para sujetos que muchas veces no los requieren.

Cuidados Formales de Largo Plazo

En la dimensión institucional, es decir, aquella que se configura a partir de los servicios y cuidados a los que las personas mayores acceden en los ELE, coexisten la formalidad y la informalidad, con un número aproximado de 664 establecimientos autorizados y un número indeterminado que no cuenta con autorización⁵⁰ (MINSAL, 2007). El escaso conocimiento con que se cuenta respecto a los ELE dificulta, por una parte, visibilizar las situaciones de vulnerabilidad en las que viven las personas mayores en este tipo de establecimientos, y por otra, intervenir mediante mecanismos efectivos tendientes a avanzar en la implementación de un Sistema de Cuidados de Larga Duración para personas mayores.

Sumado a lo anterior, los ELE que cuentan con autorización la obtuvieron al cumplir con los requisitos establecidos en un reglamento que pone de relieve criterios fundamentalmente sanitarios, pero que no considera estándares psicosociales para la prestación de servicios y cuidados para las personas mayores. Así, las condiciones en que viven los mayores en este tipo de establecimientos dependen, muchas veces, de la voluntad de quienes los dirigen y de quienes brindan los cuidados, más que de un sistema integral de acreditación que proporcione orientaciones de acuerdo a las cuales los ELE deben funcionar, incluyendo las diversas necesidades de los mayores y las competencias e infraestructura necesarias para responder a las mismas.

El estado en que se encuentran los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, y por ende la situación de las personas mayores institucionalizadas, es una problemática difícil de determinar. Existe precariedad en los datos, lo que, por un lado, nos habla de la poca relevancia que las políticas públicas le han otorgado a la necesidad de cuidados prolongados de las personas mayores, y por otro, de lo ineficiente y, como veremos más adelante, poco ajustado a las necesidades reales de las personas mayores, que ha resultado el sistema de autorización y fiscalización de los ELEAM.

Pese a todo, existe información que puede acercarnos a un diagnóstico general de las personas mayores en los establecimientos. Según datos del Ministerio de Salud, informados a SENAMA el año 2007, existen 664 Establecimientos de Larga Estadía autorizados. Se sabe que esta cifra es, por mucho, inferior al total de establecimientos del país, sin embargo no contamos con el dato exacto de la realidad de éstos. Una aproximación a este número lo entrega el estudio "Adultos Mayores Institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?"⁵¹. Se plantea, a través de un análisis de regresión de los datos del Censo 2002, que existirían en Chile 1.668 "residen-

50 En el 2007 existían 50 Establecimientos de Larga Estadía (ELE), que se encontraban en trámite de autorización.

51 "Adultos Mayores Institucionalizados en Chile: ¿Cómo saber cuántos son?" Pedro Paulo Marín L., José Miguel Guzmán L., Alejandra Araya G.

cias de ancianos”, de las cuales 1.044 corresponderían a “residencias colectivas formales” y 624 a “residencias colectivas informales”. En total 26.854 personas mayo-

res institucionalizadas. La tabla siguiente describe la situación de las personas mayores en residencias según el estudio citado:

CUADRO 34: PERSONAS MAYORES POSIBLEMENTE INSTITUCIONALIZADOS EN CHILE, POR EDAD Y TIPO DE RESIDENCIAS					
Edad	Población total	Institucionalizados	Institucionalizados (%)	PMs en residencias colectivas formales (%)	PMs en residencias colectivas informales (%)
60-64	499.902	2.981	0,59	75,5	24,5
65-69	399.287	3.357	0,84	78,7	21,3
70-74	348.118	4.606	1,32	84,9	15,1
75-79	219.331	4.354	1,98	89,8	10,2
80-84	137.154	4.663	3,39	92,4	7,6
85-90	75.130	3.938	5,24	94,4	5,6
91 y más	38.556	2.955	7,66	91,4	8,6
Total	1.717.478	26.854	1,56	23.453	3.401

Fuente: Elaboración propia a partir del procesamiento especial de datos CELADE-CEPAL de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud, 2006.

Quizás la mayor virtud que muestra este estudio es situar en la discusión a todos aquellos hogares que operan como Establecimientos de Larga Estadía, pero que no cuentan con la respectiva autorización sanitaria⁵². Esto nos muestra dos escenarios que operan simultáneamente. Por un lado se hace evidente que los establecimientos no autorizados operan en la informalidad, con consecuencias como precariedad en el cuidado, desprotección, vulnerabilidad frente al maltrato, etc. Todas estas situaciones están situadas al margen de las políticas públicas actuales enfocadas a las personas mayores y operan muchas veces en el ámbito de la comunidad. Esto nos lleva al segundo escenario que tiene relación con la necesidad de muchas personas mayores de institucionalizarse. Si bien los hogares no autorizados presentan una serie de vulnerabilidades, éstas responden a necesidades reales que afectan a las personas mayores (tanto por propias necesidades como por las de sus familias). No se puede desconocer que los hogares no autorizados cumplen una función importantísima en los destinos de las personas mayores en Chile. La política pública, por tanto, no debe estar enfocada a erradicar estos centros, si no más bien debe aprovechar la base comunitaria que estos hogares ofrecen y, de esa manera, situarlos en un status que cumpla con todos los requerimientos socio sanitarios que se convengan. En el punto 4 de este documento se revisarán acciones que van en esta línea.

Existen otros estudios realizados por SENAMA que dan cuenta de la realidad de los ELEM autorizados en el país y de las personas mayores que residen en ellos. A continuación se presentan algunos resultados de estos estudios.

A partir de los datos que surgen del catastro de Establecimientos de Larga Estadía⁵³, se constata que del total de centros estudiados, el total de personas mayores internadas alcanza la cifra de 13.187, ajustándose a un promedio de 24,9 por centro. Dado que el número de personas mayores por centro es altamente variable, expresada esta variabilidad o dispersión en el valor que arroja la desviación estándar en el cuadro siguiente (Desv. = 26,2), hay que destacar el dato que arroja la mediana, el cual dice que la mitad de los centros estudiados atiende un número de 16 personas mayores o menos. Con este último dato, más el valor de la media, se puede afirmar que los ELEM suelen ser establecimientos de tamaño más bien pequeño, según número de usuarios atendidos. Un dato que permite aún más confirmar la anterior aseveración corresponde al valor del percentil 75, con éste es posible afirmar que 75% de los ELEM atiende a 28 personas mayores o menos. En resumen, los datos anteriores revelan un perfil predominante de ELEM de tamaño mediano a pequeño.

CUADRO 35: ESTADÍSTICOS RELEVANTES CATASTRO ELEM. SENAMA, 2008	
Estadísticos	Valor
Media	24,9
Mediana	16,0
Moda	10
Desv. Estándar	26,2
Suma	13.187
Percentil 75	28

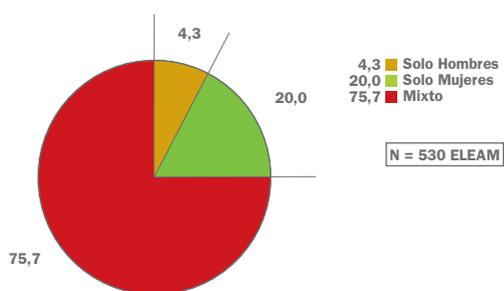
Fuente: Catastro ELEM. SENAMA, 2008.

52 En Chile, los ELEM actualmente se rigen según la normativa establecida en el Decreto N° 134/2006 del Ministerio de Salud, que regula su instalación y funcionamiento. Dicho Decreto establece, en su Artículo N° 2, que se entenderá por Establecimiento de Larga Estadía para el Adulto Mayor a “aquel en que residen adultos mayores que por motivos biológicos, psicológicos o sociales requieran de un ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad, el cual cuenta con autorización para funcionar en esa calidad otorgada por la secretaría Regional Ministerial de Salud competente del lugar en que se encuentra ubicado”.

53 “Estudio Actualización de Registro de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores en Chile” 2008. Estudio encargado a Carrasco Carvajal Ingeniería Económica por SENAMA.

En términos de las personas mayores según sexo que atienden los Establecimientos de Larga Estadía, es posible observar que en gran parte de los ELEM (75,7%) no se hace distinciones entre la aceptación de hombres y mujeres al momento del ingreso. El gráfico muestra además que una cifra relevante de ELEM (20%) sólo admite el ingreso de personas mayores de sexo femenino y una menor cifra sólo recibe a hombres (4,3%). De cualquier forma, el hecho de que alrededor de 110 establecimientos autorizados acepten sólo a mujeres, pone de relieve el hecho de que hay un número mayor de mujeres institucionalizadas que hombres en esa situación.

GRÁFICO 42: ELEM SEGÚN SEXO DE LAS PERSONAS QUE ADMITEN



Fuente: Catastro ELEM, SENAMA, 2008.

Hay que considerar que existe una diversidad de perfiles de personas mayores que coexisten al interior de los ELEM, no obstante, uno de los aspectos fundamentales en la formulación de acciones diferenciadas para este grupo se concentra en el perfil derivado del grado de autonomía o valencia que la persona mayor presenta, a saber, auto-valente, dependiente (físico y/o psíquico) y postrado.

A nivel general existe una más alta presencia en los ELEM de aquellas personas mayores de tipo “dependientes”, siendo casi la mitad del total de residentes en los ELEM (49,3%). Esta última cifra se debe desglosar entre aquellas personas mayores con dependencia de tipo física (30,3%), de aquellos con dependencia de tipo psíquica (19,1%). Luego de las personas mayores dependientes, asoma la presencia relevante de personas mayores autovalentes, las cuales ascienden a un 32,5% del total. Quienes tienen una menor presencia, son aquellas personas mayores con un reducido nivel de autonomía, es decir, personas mayores postradas. Éstas ascienden a 18,1% del total de personas mayores, y corresponden a quienes demandan un tipo de atención más especializada y continua.

Los valores de los estadísticos del cuadro N° 36, siguen la tendencia anterior respecto de la presencia de personas mayores según nivel de valencia. El promedio ligado a las personas mayores autovalentes resulta ser el más alto (8,1% por centro). Le sigue el tipo de personas mayores con dependencia física (7,5% por centro). Por último los promedios más bajos corresponden al tipo de personas mayores con dependencia psíquica (4,8% por centro) y las personas mayores postradas (4,5% por centro). En este punto el valor de la mediana permite confirmar que las personas mayores postradas tienen menor presencia en los ELEM (50% de los ELEM atienden sólo hasta una persona mayor dentro de estos perfiles). Precisamente ambos tipos de perfiles: dependiente psíquico y personas mayores postradas, corresponden a un nivel de atención de mayor complejidad de acuerdo a las necesidades que manifiestan y por ende, exigen un tipo de servicios más especializado que debe disponer del personal y de la infraestructura adecuada.

CUADRO 36: PERSONAS MAYORES EN ELEM SEGÚN NIVEL DE VALENCIA

	Nº Auto-valentes	Nº Dependiente Físico	Nº Dependiente Psíquico	Nº Postrados
Media	8,1	7,5	4,8	4,5
Mediana	5,00	5,00	1,00	1,00
Desv. Estándar	11,889	11,126	8,677	10,684

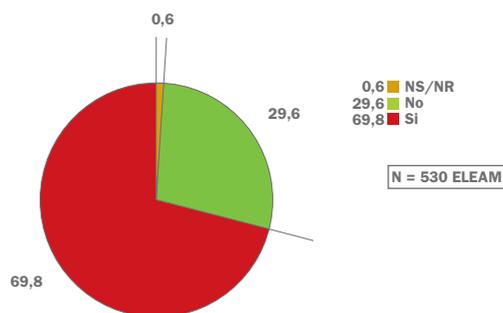
Fuente: Catastro ELEM. SENAMA, 2008.

La primera observación de parte de los centros al estado de salud de las personas mayores, corresponde a la aplicación de un instrumento formalizado como la escala Katz para evaluar la funcionalidad efectiva de la persona mayor y diseñar estrategias puntuales de atención y asistencia. Por ende, conocer con qué frecuencia en los ELEM se aplica dicho instrumento evaluativo resulta primordial como puerta de entrada a una radiografía en

materia de salud que se desarrolla en estos centros. Como muestra el gráfico N° 43, en 70% de los centros sí se aplica el instrumento. No obstante, 29,6% restante que dice no aplicarlo plantea una insuficiencia respecto del conocimiento por parte de los centros sobre las personas mayores y su nivel de valencia efectiva. Por otro lado, esos 160 establecimientos están faltando al reglamento actual de autorización y funcionamiento

de Establecimientos de Larga Estadía⁵⁴. Inclusive si el análisis considera tan sólo aquellos centros que atienden a personas mayores con perfil de postrados, el porcentaje de aplicación de la escala Katz alcanza el mismo 70%, cifra completamente insuficiente dada la necesidad de establecer diferenciaciones precisas respecto de la atención entregada. Por otro lado, es posible afirmar, en base a un análisis de Q de Yule elaborado, que la aplicación de la escala Katz a las personas mayores no varía según el perfil de valencia de la persona mayor que el propio centro atiende.

GRÁFICO 43: APLICACIÓN DE ÍNDICE DE KATZ EN ELEAM



Fuente: Catastro ELEAM, SENAMA, 2008

La no diferenciación según tipo de valencia nos lleva a concluir dos cosas fundamentales⁵⁵:

- Que las prácticas de cuidado absolutamente igualitarias, con personas con distintas características, incide en su cosificación con la consecuente pérdida de su singularidad y capacidad de autodeterminación. Ello quiere decir que no siempre la igualdad en la atención es el ideal. Más bien se debiera propender, tomando en consideración una racionalidad respecto del uso de los recursos disponibles, hacia métodos personalizados de atención, las que sin dejar de lado el resguardo y cuidado de los residentes, se adecue a las características particulares de los sujetos en cuestión.
- Que las políticas institucionales y las políticas públicas debieran velar por superar este enfoque asistencialista pues... “Un punto central sobre el cual se sustentan las acciones en favor del adulto mayor es reconocer la autovalencia, es decir, la capacidad que tienen la mayor parte de los adultos mayores de valerse por sí mismos, lo cual les permite ser autónomos y, por ende, tener un envejecimiento activo. Esto implica necesariamente planificar con los adultos mayores todas aquellas acciones que irán en su propio beneficio” (Política Nacional para

el Adulto Mayor). De este modo, toda acción, iniciativa o propuesta de trabajo debe apuntar a la promoción de la autovalencia en los mayores, a valerse por sí mismos. Esta autovalencia promueve un proceso de envejecimiento activo que debe potenciarse en todas las dimensiones de la vida de tal manera que las personas mayores, aún los residentes en estos establecimientos, continúen siendo un capital social vivo para la sociedad.

Cuidados Informales de Largo Plazo

Los datos con que se cuenta respecto a los cuidados que se realizan en el ámbito de la familia y la comunidad, surgen de dos estudios realizados por SENAMA durante el año 2007. Estos son el “Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial y sus Cuidadores Domiciliarios” y el “Estudio sobre la Situación de los Cuidadores Domiciliarios de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial” (Implementación del Estipendio al Cuidado, Medida Presidencial 6B).

Ambos estudios recogen información valiosa tanto de los sujetos que proveen cuidados en el ámbito familiar, como de las personas mayores dependientes. De esta manera se establece un perfil de ambos lo que lo hace un instrumento útil para cualquier política, programa o acción que se quiera realizar para esta población.

A continuación se presenta la información más relevante de ambos estudios.

Estudio sobre la Situación de los Cuidadores Domiciliarios de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial

En la tabla N° 37 se describe el tamaño familiar promedio de los Adultos Mayores (AM) estudiados y el tipo de familia.

El promedio de familiares con los que vive el AM, es similar en los que reciben y no reciben estipendio y no tiene diferencias significativa con los AM ambulatorios.

De acuerdo a lo esperado, en el grupo de postrados la proporción de personas que viven solas es muy bajo (6,2% de los que no reciben estipendio y 2,7% que sí lo reciben) cifras muy inferiores a 15,6% de los mayores ambulatorios que viven solos. A pesar del bajo porcentaje de postrados que vive solo, este debe ser considerado un problema, dado la situación crítica en la que estos mayores se encuentran.

54 Decreto N° 134 de 2006 del Ministerio de Salud, que regula su instalación y funcionamiento. Artículo N° 11, “Se clasificará la valencia de los adultos mayores de acuerdo a la escala de evaluación funcional Katz. Se entenderá por adulto mayor autovalente aquel que realiza, sin necesidad de ayuda, las actividades de la vida diaria de bañarse, vestirse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse. Se entenderá por adulto mayor dependiente aquel que requiera ayuda para realizar algunas de las actividades señaladas o, en caso de dependencia psíquica, presenta trastornos conductuales tales como: fugas, agresiones verbales o físicas, deambulaciones sin propósito, etc. Adulto mayor postrado es aquel que está totalmente incapacitado de realizar alguna de las actividades señaladas”.

55 “Diagnóstico de la Situación de los Adultos Mayores Residentes en Establecimientos de Larga Estadía en Regiones” 2007. Estudio encargado por SENAMA a Academia de Humanismo Cristiano.

CUADRO 37: TAMAÑO PROMEDIO Y TIPO DE FAMILIA DE LAS PERSONAS MAYORES POSTRADAS Y AMBULATORIAS

Tipo de Familia	Ambulatorios	Postrados		Total
		No Recibe estipendio	Recibe estipendio	
Tamaño familiar Promedio (DS)	2,2 (1,8%)	2,8 (2,17%)	2,8 (1,81%)	2,8 (1,94%)
Vive Solo N(%)	12 (15,6%)	5 (6,2%)	4 (2,7%)	21 (6,8%)
Vive c/ pareja o acompañante N(%)	24 (36,7%)	20 (24,7%)	37 (24,7%)	81 (26,3%)
Vive con 2 o más personas N(%)	41 (46,7%)	56 (69,1%)	109 (72,6%)	206 (66,9%)
Total N(%)	77 (100%)	81 (100%)	150 (100%)	308 (100%)

Fuente: Estudio sobre la Situación de los Cuidadores Domiciliarios de los Adultos Mayores dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

En cuanto a los niveles de dependencia de las personas mayores encuestadas, para su evaluación se utilizó la escala de Katz. Para ser clasificado como dependiente severo o postrado debe estar totalmente incapacitado (según norma medida 6B) para efectuar todas y cada una de estas actividades por sí solo. Se observa que 55,4% de las personas mayores postradas presenta un nivel de dependencia severo.

Las causas de dependencia son diferentes en los que no reciben y los que reciben estipendio, en el primer grupo las causas osteoarticulares son 34,6%, donde la fractura de cadera es la más frecuente. En el segundo grupo destaca el Accidente Vascular Encefálico, que representa 48,0% de las causas de dependencia. Es interesante destacar que cercano a 25% de los casos, la causa de dependencia es la demencia. El promedio de años en situación de dependencia es similar en ambos grupos, siendo en promedio 5,1 años con un rango de 2 meses a 42 años.

CUADRO 38: CLASIFICACIÓN, TIEMPO Y CAUSAS DE DEPENDENCIA, POR SITUACIÓN DEL ESTIPENDIO DE LAS PERSONAS MAYORES

Clasificación de dependencia	Postrados		Total
	No Recibe estipendio N (%)	Recibe estipendio N (%)	
Leve	6 (7,4)	1 (0,7)	7 (3,0)
Moderada	49 (60,5)	47 (31,3)	96 (41,5)
Severa	26 (32,1)	102 (68,0)	128 (55,4)
Total	81 (100)	150 (100)	231 (100)
Tiempo dependencia promedio (DS) Rango	4,6 (6,31) 0,2-42	5,4 (4,81) 0,4-30	5,1 (5,4) 0,2-42
Patología que causa la dependencia			
AVE	16 (19,8)	72 (48,0)	88 (38,1)
Demencia	15 (18,5)	39 (26,0)	54 (23,7)
Osteoarticulares	28 (34,6)	23 (15,3)	51 (22,1)
EPOC	3 (3,7)	4 (2,7)	7 (3,0)
Ceguera	4 (4,9)	3 (2,0)	7 (3,0)
Cáncer	3 (3,7)	3 (2,0)	6 (2,6)
Otras	12 (14,8)	6 (4,0)	18 (7,8)
Total	81 (100)	150 (100)	231 (100)

Fuente: Estudio sobre la Situación de los Cuidadores Domiciliarios de los Adultos Mayores dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

En el cuadro Nº 39 se describen las características socio-demográficas de los(as) cuidadores(as). Se observa que en su gran mayoría son mujeres (89,6%), menores, en promedio, en 10 años que los hombres, y que la mitad de los cuidadores(as) tienen 8 o menos años de educación. Respecto a la previsión de salud, más de 90% de los entrevistados corresponde a FONASA A y B y más de la mitad dice no tener previsión.

Estos datos sobre los cuidadores son relevantes, si se considera que el bajo nivel socioeconómico, pertenencia a FONASA A y B, y el precario nivel educacional impactan en las labores de cuidado, esto debido al escaso capital de conocimientos y de recursos para proveer asistencia adecuada y movilizar recursos para cuidados de calidad.

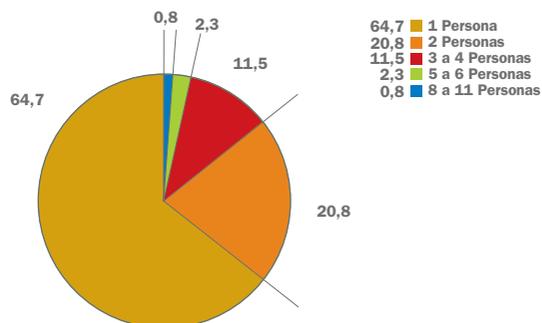
CUADRO 39: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL CUIDADOR		
Sexo	Total = 221	%
Mujeres	198	89,6
Hombres	23	10,4
Hombres Edad promedio, (DS) min-max	64,4 (15,04) 37 - 84	
Mujeres Edad promedio, (DS), min-max	53,1 (13,37) 13 - 93	
Escolaridad		
Sin Escolaridad	12	5,4
Básica Incompleta	80	36,2
Básica Completa	23	10,4
Media Incompleta	43	19,6
Media Completa	47	21,3
Superior Completa o Incompleta	16	7,1
Previsión de salud		
FONASA A	110	53,9
FONASA B	77	37,7
FONASA C	8	3,9
FONASA D	4	2,0
ISAPRE	5	2,5
Previsión		
INP	63	30
AFP	34	16,2
Sin previsión	113	53,8

Fuente: Estudio sobre la Situación de los Cuidadores Domiciliarios de los Adultos Mayores dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial.

Una de las dimensiones relevantes sobre las que indagó este estudio se orienta a conocer cuántas son las personas que colaboran en el cuidado de mayores, dato relevante para conocer el nivel de protección que éste tiene en su cotidianeidad. El gráfico N° 44 muestra que la gran mayoría dispone de un solo cuidador/a (64,7 %), y que 20,8% tiene dos personas que realizan dichas tareas. Un 11,5% dice tener entre 3 y 4 personas que lo cuidan de manera frecuente.

GRÁFICO 44. NÚMERO DE PERSONAS QUE CUIDAN A PERSONAS MAYORES



Fuente: Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

Al desglosar el número de personas que colaboran en los cuidados de personas mayores, por nivel de valencia de éste, se puede ver en el cuadro N° 40, que no au-

menta directamente el número de personas al cuidado a menor nivel de valencia.

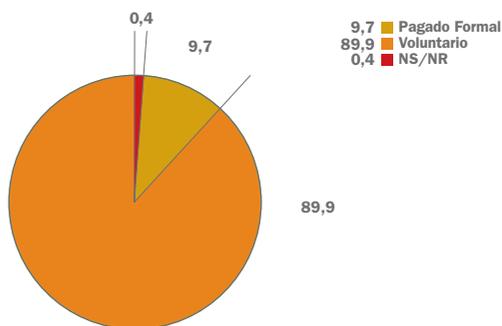
CUADRO 40: NÚMERO DE PERSONAS QUE COLABORAN EN LOS CUIDADOS DE PERSONAS MAYORES, POR NIVEL DE VALENCIA

Nº de Personas	Nivel de Valencia		
	Autovalente	Semivalente	Postrado
1 personas	59,8	66	65,4
2 personas	18,5	20,4	22,8
3 a 4 personas	19,6	9,5	10,3
5 a 6 personas	2,2	3,5	0
8 a 11 personas	0	0,7	1,5
Total	100	100	100

Fuente: Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

En cuanto al perfil del cuidador, es revelante la importancia de contar con redes familiares, vecinales, entre otras, que puedan prodigar un cuidado efectivo a los mayores. En tal sentido, como demuestra el gráfico N° 45, 89,9% de las personas mayores dispone de un/a cuidador/a de tipo voluntario, que corresponde básicamente a familiares. El 9,7% de los/as mayores declara estar bajo el cuidado de una persona o entidad (hogares de ancianos o similares), dentro de una relación de servicio pagado (formal).

GRÁFICO 45: TIPO DE CUIDADOR

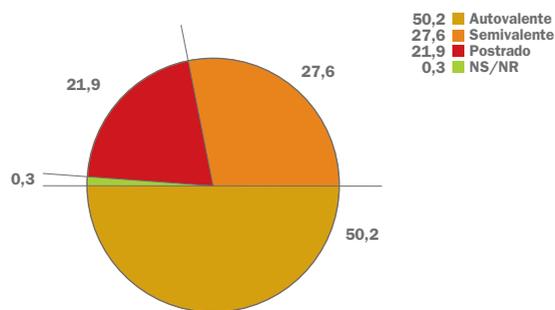


Fuente: Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

En cuanto al nivel de valencia de la población que fue objeto de la investigación, el gráfico N° 46 señala que la mayoría se encuentra en un estado semivalente (50,2 %), y que

21,9% declara experimentar una situación de postración. Casi la tercera parte de la población declara una situación de autovalencia (27,6 %).

GRÁFICO 46: NIVEL DE VALENCIA



Fuente: Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

En referencia a los segmentos de edad, la tabla N° 41 que sigue muestra cómo la categoría “autovalente” disminuye a mayor edad, alcanzando en los últimos intervalos (95 a 99 y 100 a 106 años), 8,3 % y 0% de individuos autovalentes respectivamente. Esto último se consolida aún más al advertir el comportamiento de la categoría “postrado/a”, donde se observa un constante aumento del nivel de postración a medida que aumenta la edad, alcanzando al 50% de personas mayores postradas en el último tramo.

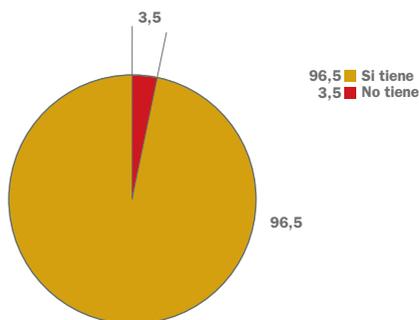
CUADRO 41: NIVEL DE VALENCIA POR RANGO ETARIO

Nivel de Valencia	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95-99	100-106	No recuerda
Autovalente	0	36,4	31,7	23,7	22,5	8,3	10	0	39,7
Semivalente	100	27,3	50,7	44,1	58,8	75	50	50	42,9
Postrado	0	36,4	17,2	31,7	18,6	16,7	40	50	17,5
NS/NR	0	0	0,4	0,5	0	0	0	0	0

Fuente: Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

En cuanto a la presencia de discapacidad en la población que fue objeto de estudio, el gráfico N° 47 muestra que la gran mayoría (96,6%) declara experimentar algún tipo de discapacidad. Como contrapartida, 3,4% declara no tener alguna discapacidad. Este dato es fundamental para conocer el perfil de salud de la población estudiada.

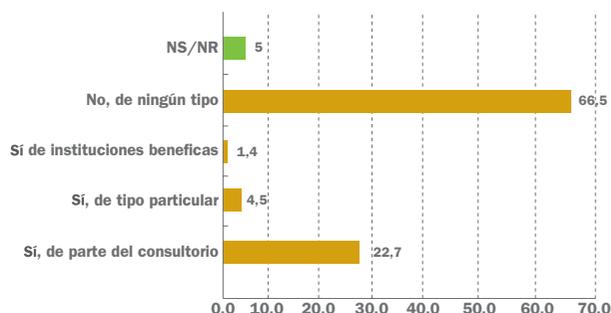
GRÁFICO 47: OCURRENCIA DE ALGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD



Fuente: Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

Por las dificultades de movilización y traslado de la población estudiada, la asistencia médica que puedan recibir en su propio hogar resulta ser un aporte significativo para sostener su residencia en casa por el mayor tiempo posible. Como muestra el gráfico N° 48, la mayoría de los mayores declara no recibir atención médica en su domicilio (66,5%). Tan sólo 22,7 % declara ser visitado por un agente médico del consultorio, y 4,6 % dice ser visitado por algún agente médico de tipo particular.

GRÁFICO 48: OCURRENCIA DE ASISTENCIA MÉDICA EN EL DOMICILIO



Fuente: Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

Al ahondar sobre los problemas experimentados por los cuidadores y percibidos por los mayores, sobre la base de la condición de valencia de estos últimos, se encuentra que 25% de ellos dice no ver en sus cuidadores algún problema.

Como contrapartida, el problema más frecuente percibido corresponde a “la falta de tiempo para ellos/as mismos” (18,6%). Le siguen los “problemas de salud” (12,1%), las “dificultades económicas” (11,1%) y “agotamiento físico y/o psicológico” (10,3%). Al desglosarlo por el nivel de valencia de la persona mayor, se aprecia que quienes declaran no ver un problema son aquellos mayores autoválidos, este porcentaje cae a la mitad en la situación de semivalencia y en estado de postración.

CUADRO 42: PERCEPCIÓN DE LOS PROBLEMAS EXPERIMENTADOS POR EL CUIDADOR DESDE LA ÓPTICA DE LAS PERSONAS MAYORES

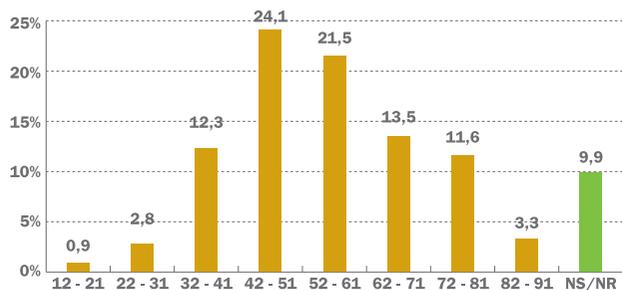
	Autovalente	Semivalente	Postrado	Total
Dificultades económicas	9,6	11,5	11,5	11,1
Falta de tiempo para sus cosas	16,4	23,4	10,6	18,6
Limitaciones laborales	1,4	7,7	8,7	6,7
Agotamiento físico y/o psicológico	2,7	7,2	20,2	10,3
Elevada edad y problemas que asociados a ello	4,1	1,9	1	2,1
Problema de salud	9,6	12,9	12,5	12,1
Falta de colaboración de terceros o implementos	5,5	4,8	7,7	5,7
Problemas para movilizarlo	2,7	1,9	2,9	2,3
Otro	2,7	8,1	4,8	6,2
Ningún problema	45,2	20,6	20,2	25
Total	100	100	100	100

Fuente: Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

Como se puede constatar en el gráfico N° 49, los rangos de edad que manifiestan una mayor frecuencia en cuanto a los cuidados, se encuentran entre los 42-51 años (24,1%), y los 52-61 años (21,5%). El rol lo desempeñan

en menor medida personas jóvenes (menores de 32 años: 3,7%), o personas en edades muy avanzadas (más de 81 años: 3,3%).

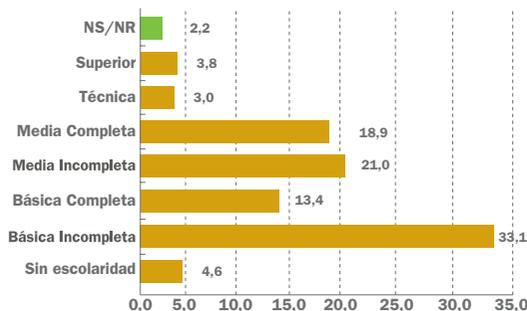
GRÁFICO 49: EDAD DE CUIDADORES EN INTERVALOS



Fuente: Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

Es relevante el nivel educativo de los cuidadores, ya que al estar mejor preparados suplen de manera más efectiva las carencias del pensionado. Además, logran asumir un rol de intermediador válido entre el entorno y la persona mayor, favoreciendo el acceso a servicios u otros beneficios en salud, recreación, entre otros. En este contexto, prevalecen los cuidadores con educación básica incompleta (33,1%) y educación media incompleta (21%), lo que significa un factor extra de vulnerabilidad tanto para los mayores como para los cuidadores.

GRÁFICO 50: NIVEL EDUCATIVO DE LOS CUIDADORES



Fuente: Estudio de la Situación de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA, 2007.

d) Salud y Bienestar en el Territorio

En el cuadro N° 43 se muestra el número de personas mayores con discapacidad por región que entrega la encuesta CASEN 2006 y a la vez la tasa de discapacidad existente en el grupo etario de 0 a 59 años y en el de personas mayores, con el fin de tener un punto de comparación. Los datos de discapacidad sugieren que si no existen en el mediano y largo plazo acciones concretas de provisión de servicios de cuidado, es muy probable que las familias tengan que asumir la carga de esta situación de discapacidad que es potencial de dependencia.

Tres de cada cinco personas mayores con discapacidad se encuentran en las Regiones Metropolitana, Bío-Bío y Valparaíso. El 22,3% de las personas mayores presenta discapacidad. La Región de Tarapacá es por mucho la que presenta mayor tasa de discapacidad en las personas mayores (dos de cada cinco).

Por otra parte, 86,3% de las personas se encuentran en el sistema público de salud. La Región de los Ríos es la que presenta el mayor porcentaje de adultos mayores en FONASA. A su vez, la Región Metropolitana y la de Tarapacá son las que presentan menores porcentajes de personas mayores en el sistema público de salud.

Estos datos entregan un panorama de las personas mayores que pertenecen a FONASA en cualquiera de sus grupos. No se consideran a las personas que se encuentran afiliadas a ISAPRES, a instituciones de Fuerzas Armadas y de Orden o que no se encuentren en ningún sistema de salud (porcentaje nacional cercano a 2,4). El alto porcentaje de personas mayores en el sistema público de salud se explica, en parte, por los beneficios que las personas mayores tienen a partir del Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE).

CUADRO 43: INDICADORES DE SALUD POR REGIÓN

Región	Personas con discapacidad			PM Sistema Público	
	Nº PM con discapacidad	Tasa por Grupo de Edad		N	% PM
		0-59	60 y más		
Arica y Parinacota	4.484	3,3%	18,0%	22.361	89,7%
Tarapacá	12.806	8,0%	39,6%	26.376	81,7%
Antofagasta	17.652	5,1%	28,9%	52.860	86,5%
Atacama	4.487	2,6%	18,0%	23.204	93,2%
Coquimbo	17.498	3,0%	18,4%	87.269	92,0%
Valparaíso	50.886	4,9%	22,1%	195.315	84,8%
Libertador Bernardo O'Higgins	20.728	3,8%	17,7%	103.957	89,0%
Maule	38.578	5,2%	29,5%	120.246	92,0%
Bío Bío	60.414	5,1%	22,1%	246.456	90,1%
La Araucanía	32.237	5,2%	25,5%	116.828	92,3%
Los Ríos	12.942	4,8%	24,9%	49.015	94,3%
Los Lagos	19.658	3,8%	19,7%	90.087	90,5%
Aysén	3.081	6,1%	30,6%	8.306	82,5%
Magallanes y la Antártica Chilena	5.443	2,9%	25,2%	18.007	83,5%
Región Metropolitana	166.804	4,6%	20,8%	653.169	81,5%
Total	467.698	4,6%	22,3%	1.813.456	86,3%

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN, 2006.

Según el catastro de Establecimientos de Larga Estadía realizado por SENAMA el año 2008, éstos se encuentran distribuidos a través de las 15 regiones del país. Sin embargo, muchas veces la cantidad de establecimientos no se correlaciona directamente con la cantidad de personas mayores que vive en la región. Lo anterior nos habla, por un lado, de la escasa planificación a la hora de establecer la ubicación geográfica de los establecimientos de larga estadía y, por otra parte, plantea la interrogante sobre las motivaciones que existen de parte de los oferentes de situarse en regiones donde no existirían (aparentemente) mayores necesidades de Establecimientos de Larga Estadía debido a la "poca demanda" de personas mayores.

El cuadro Nº 44 muestra que la Región Metropolitana es la que concentra el mayor número de personas mayores del país y, a la vez, es la región que mayor número de establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores tiene. Sin embargo, más de la mitad de los establecimientos se encuentra en esta región, siendo que 38% de las personas mayores se sitúa en la Región Metropolitana. De la misma manera, la Región de la Araucanía es una de las que menos establecimientos presenta, sin embargo, presenta una cifra importante de personas mayores (6% del total del país).

CUADRO 44: NÚMERO Y PORCENTAJE DE ESTABLECIMIENTOS EN COMPARACIÓN AL NÚMERO Y PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES EN EL PAÍS

	Nº ELEAM	% ELEAM	Nº PM en la Región	% PM en la Región
Arica y Parinacota	3	0,5	24.915	1,2
Tarapacá	2	0,4	32.300	1,5
Antofagasta	8	1,4	61.076	2,9
Atacama	3	0,5	24.894	1,2
Coquimbo	18	3,3	94.858	4,5
Valparaíso	110	19,9	230.266	11,0
Libertador Bernardo O'Higgins	30	5,4	116.841	5,6
Maule	22	4,0	130.637	6,2
Bío Bío	41	7,4	273.411	13,0
La Araucanía	3	0,5	126.610	6,0
Los Ríos	8	1,4	51.983	2,5
Los Lagos	11	2,0	99.590	4,7
Aysén	1	0,2	10.066	0,5
Magallanes y la Antártica Chilena	5	0,9	21.578	1,0
Región Metropolitana	288	52,1	801.353	38,2
Total	553	100,0	2.100.378	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de Catastro ELEAM, SENAMA, 2008 y CASEN, 2006.

A lo largo de este capítulo se han presentado los distintos datos con que se cuenta respecto a la discapacidad y la dependencia. Además se ha establecido que estas situaciones pueden ser anticipadas observando los indicadores de salud, sin embargo, a ello es necesario sumar los factores sociales y medioambientales, que muchas veces significan barreras para que los mayores resuelvan las dificultades que les provocan la discapacidad y la dependencia.

A su vez, estos factores significan recursos para prevenir y paliar las situaciones mencionadas. De esta forma, se plantea que el entorno social debe representar un medio que facilite un desempeño autónomo y mantenga la salud y la funcionalidad, proveyendo recursos y medios para prevenir mermas en la salud, rehabilitar y proveer cuidados para personas que así lo requieran.

La sociedad debe proveer estos medios para las personas que se encuentran en condiciones especiales de vulnerabilidad, que no cuentan con la posibilidad de movilizar recursos en función de adaptarse ante deterioros en el organismo, y ante barreras y cambios en el entorno. Los servicios sociales son un medio costo efectivo para lograr lo anterior, donde el Estado se hace cargo de la tarea mediante el diseño de programas, integrando al sector privado cuando el primero se vea sobrepasado por la demanda existente.⁵⁶

En consecuencia, avanzar hacia la prestación de servicios y cuidados de calidad para los mayores requiere una mirada de conjunto, capaz de integrar todos los elementos sociales y sanitarios y vincularlos entre sí de manera sinérgica. En otras palabras, se requiere el diseño e implementación de un Sistema de Servicios y Cuidados Sociales y Sanitarios para las personas mayores.

Otra importante línea de trabajo a fomentar es el autocuidado, entendido como el involucramiento de los propios mayores en la generación de condiciones para una mejor vejez, principalmente a través del envejecimiento activo y saludable, que posibilitan evitar o retrasar situaciones donde las personas de edad ven mermadas sus condiciones de salud y funcionalidad. La promoción del envejecimiento activo y saludable, también contribuye a evitar altas tasas de hospitalización y medicación, reduciendo en gran medida los costos para el Estado y para las personas.

3.3 Envejecimiento y Entornos

a) Maltrato e Imagen Desvalorizada del Envejecimiento y la Vejez

El maltrato a personas mayores constituye un problema social que si bien ha existido desde la antigüedad, no ha recibido la misma atención que el maltrato contra la mujer o el maltrato infantil. Sólo en los últimos años se comienza a reclamar su interés y a reivindicar un campo propio para la investigación.

Los estudios latinoamericanos revelan cifras por sobre 30% de maltrato a adultos mayores⁵⁷. La situación en Chile es similar, aunque existen pocos estudios en relación a esta temática. Resulta interesante observar que todos coinciden en señalar cifras superiores al 30% de maltrato a personas mayores en el país.⁵⁸

Al respecto, nos encontramos con complejidades adicionales puesto que definir el maltrato en el adulto mayor presenta una serie de dificultades de diferenciación respecto de otras formas de violencia intrafamiliar. En este caso, su ocurrencia traspasa el ámbito familiar y además deben considerarse aspectos culturales, de género, diferencias regionales y étnicas, entre otros factores que contribuyen a dificultar su detección.

A nivel mundial, la definición más aceptada de maltrato en la actualidad es la realizada por la Red Internacional de la Prevención del Maltrato de Mayores (INPEA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), que asumen la definición sugerida por Action on Elder Abuse (1995).

“El maltrato a la persona mayor es una acción única o repetida, o la falta de respuesta apropiada, que causa daño o angustia a una persona mayor y que ocurre en cualquier relación donde exista una expectativa de confianza”.⁵⁹

A nivel nacional, SENAMA coordinó una mesa de trabajo que desarrolló una conceptualización del maltrato dada las características propias en las que se presenta esta problemática en el país y sus tipologías, así se definió el maltrato como:

“Acción u omisión que produce daño a una persona mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona”.

56 Paula Forttes Valdivia y Cristián Massad Torres en: Consideraciones y Estrategias para Abordar el Envejecer en la Vejez, Proyecto Personas Mayores y Salud, Corporación Expansiva. 2008.

57 Aguas S y Cols., Argentina (1995); Machado I., Brasil (1997).

58 Neumann I., Valdivia, (1997); Lowick-Russell J., Renca R.M. (1998); Quiroga p y Cols., Concepcion y Temuco (1999).

59 Action on Elder Abuse U.K. (1995), INPEA-OMS (2002).

Las diversas formas de maltrato muchas veces no presentan límites tan claros entre sí, pero su tipificación es útil para analizar el fenómeno, evaluar su intensidad y diferentes efectos e implementar acciones diferenciadas para hacerle frente. Es así como se pueden identificar ciertas tipologías de maltrato a las personas mayores, que distinguen:

- El maltrato físico es el uso de la fuerza física en contra de una persona mayor, que afecta su integridad corporal. Puede provocar dolor, lesión y/o discapacidad temporal o permanente, y en casos extremos, la muerte. Se manifiesta a través de golpes, mecanismos de sujeción e inmovilización y/o medicación por la fuerza.
- El maltrato psicológico se ejerce a través de acciones que producen angustia, pena, estrés, sentimientos de inseguridad, baja autoestima, y/o afectan la identidad y la dignidad de una persona mayor, respetando su autonomía. Se manifiesta a través de insultos y agresiones verbales, amenazas de aislamiento, abandono o institucionalización, intimidaciones, humillaciones, infantilización, ridiculización, silencios ofensivos, irrespeto a las creencias, rechazo a sus deseos y falta de respuesta a sus consultas en forma intencionada. Constituye también maltrato psicológico cualquier otra acción que suponga el confinamiento u otra interferencia en la libertad personal de los mayores, como su derecho a tomar decisiones, o bien el encierro de la persona mayor, o el aislamiento de amigos y familiares.
- Constituye abuso sexual cualquier acción de carácter, significación o connotación sexual ejercida sobre una persona mayor sin su consentimiento, empleando la fuerza, amenaza y/o engaño, o aprovechándose de su deterioro físico o psíquico. Puede manifestarse en forma abierta o encubierta mediante gestos, palabras, insinuaciones, caricias, tocaciones, exhibición de genitales o violación.
- El abuso patrimonial se produce mediante el uso, explotación o apropiación de los bienes de la persona mayor por parte de terceros, sin consentimiento o con consentimiento viciado (error, fuerza y dolo), así como el fraude o estafa, el engaño o robo de dinero o patrimonio. Se realiza a menudo a través de actos ilegales, mediante los que se obtiene la firma de documentos, donaciones y testamentos. Es posible también que, existiendo una relación de poder de la que depende, una persona mayor permita a un tercero que actúe en su nombre pese a la evidencia de perjuicio. Ejemplos comunes de este tipo de abuso son la apropiación de la jubilación o pensión así como de bienes muebles e inmuebles, entre otros. Incurren en este tipo de maltrato algunas empresas y servicios que mediante publicidad engañosa, cobros abusivos y otros ilícitos se apropian indebidamente de bienes, enseres y recursos económicos de las personas mayores.
- La negligencia es el incumplimiento por deserción o fracaso de las funciones propias del cuidado para satisfacer las necesidades vitales de una persona mayor (higiene, vestuario, administración de medicamentos y cuidados médicos). La negligencia puede ser activa, pasiva o autoaplicada:
 - Negligencia activa: ocurre cuando el cuidador por prejuicio o descuido deja de proveer a la persona mayor los cuidados necesarios para su condición, cuando por sí mismo no es capaz de proveérselos. Es un descuido intencional y deliberado.
 - Negligencia pasiva: cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios a una persona mayor. Ocurre por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos. Es un descuido involuntario.
 - Auto-negligencia: comportamiento de una persona mayor que amenaza su salud o seguridad. Se manifiesta por negarse a proveerse una adecuada alimentación, vestuario, vivienda, seguridad, higiene personal y medicación.
- El abandono se produce cuando cualquier persona o institución no asume la responsabilidad que le corresponde en el cuidado de personas mayores o, habiendo asumido el cuidado o custodia, las desampara de manera voluntaria.
- Maltrato estructural o societario es aquel que ocurre desde y en las estructuras de la sociedad mediante normas legales, sociales, culturales y económicas que actúan como trasfondo de todas las otras formas de maltrato existentes. Incluye la falta de políticas y recursos sociales y de salud, el mal ejercicio o incumplimiento de las leyes vigentes, y las prácticas sociales, comunitarias y culturales que desvalorizan la imagen de la persona mayor. Esto atenta contra los derechos de las personas de edad y no permite la satisfacción de sus necesidades y el desarrollo de sus potencialidades. Se expresa socialmente como discriminación, marginación y exclusión social.

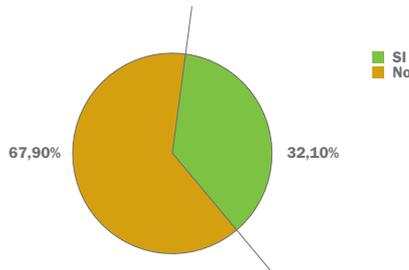
Es poca la información con que se cuenta respecto al abuso y maltrato de las personas mayores⁶⁰. Los datos existentes no son representativos de todo el país, pero proveen una referencia válida sobre el fenómeno del maltrato. Se ha considerado un estudio realizado en dos comunas, cuyos resultados pueden contribuir a proveer una visión parcial de la incidencia de este problema. El estudio realizado en las comunas de Concepción y Temuco, incluyó el maltrato físico, psicológico, económico o patrimonial, la negligencia en el cuidado y los juicios de valor, encontrando una alta prevalencia de uno o más tipos de maltrato, los que afectaron a una de cada tres personas mayores. Sin embargo, de acuerdo a cifras de Carabineros de Chile, sólo 1% de las personas mayores denuncia estos hechos, lo que se explica en el temor de la víctima a las posibles represalias⁶¹. Lo anterior configuraría un

60 Se ha presentado recientemente la encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales (Ministerio del Interior, 2008), la que levanta información para la población total a nivel Nacional.

61 Revista Gente Grande. Editorial. Junio 2008. Paula Forttes Valdivia, Directora Nacional, Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA.

escenario preocupante, en comparación con lo informado en estudios realizados en otros países en los que la prevalencia de maltrato llega hasta 15%.

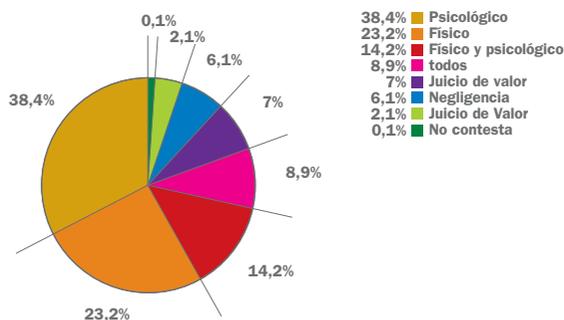
GRÁFICO 51: PREVALENCIA DE MALTRATO A PERSONAS MAYORES



Fuente: Estudio sobre maltrato a los adultos mayores de Concepción y Temuco, Quiroga y Cols, 1999. N=1954.

En cuanto a los tipos de maltrato y sus frecuencias, se observó que el más recurrente es el psicológico, con 38,4%; le sigue el físico con 23,2%; luego el físico y psicológico en forma simultánea, con 14,2%. Estos tres tipos de maltrato constituyen 75,8% del maltrato detectado en el estudio, es decir, que 3 de cada 4 personas mayores que sufren maltrato, padecieron maltrato físico, psicológico o ambos.

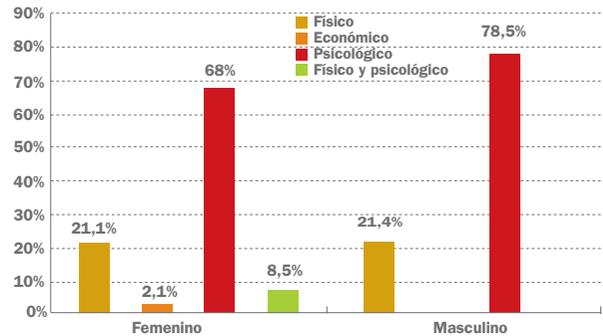
GRÁFICO 52: DISTRIBUCIÓN DEL MALTRATO EN LA PAM



Fuente: Estudio sobre maltrato a los adultos mayores de Concepción y Temuco, Quiroga y Cols, 1999. N=1954.

Al analizar el maltrato según género, no se registraron diferencias muy significativas en términos absolutos, pero llama la atención que los hombres mayores no sufren maltrato económico o patrimonial, mientras que las mujeres mayores sí lo padecen; ello a pesar de que los hombres por lo general perciben más ingresos durante la vida, logrando mayor capacidad de ahorro y mejor pensión. Asimismo, las mujeres mayores sufren más maltrato físico y psicológico simultáneos que los hombres mayores, quienes recibirían maltrato psicológico en mayor número.

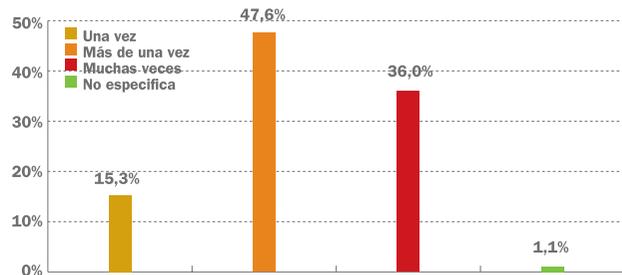
GRÁFICO 53: MALTRATO SEGÚN GÉNERO, PORCENTAJES



Fuente: Estudio sobre maltrato a los adultos mayores de Concepción y Temuco, Quiroga y Cols, 1999. N=1954.

Sobre la distribución de las frecuencias de maltrato, se observa que la mayoría de las personas mayores encuestadas (83,6%), ha sufrido maltrato más de una vez o lo ha sufrido muchas veces, mientras que los que declaran haber sido maltratados una vez alcanzan el 15,3%.

GRÁFICO 54: DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS DEL MALTRATO



Fuente: Estudio sobre maltrato a los adultos mayores de Concepción y Temuco, Quiroga y Cols, 1999. N=1954.

Un estudio realizado en Estados Unidos, estima que por cada reporte de maltrato, existen 5 casos que no son reportados, lo que ocurre en otras partes del mundo. Cabe presumir que no somos la excepción, y que la baja cantidad de reportes de maltrato a nivel país puede causar una subestimación de la gravedad y amplitud del fenómeno e insuficiencia en materia de políticas y acciones públicas frente al maltrato de mayores en Chile.

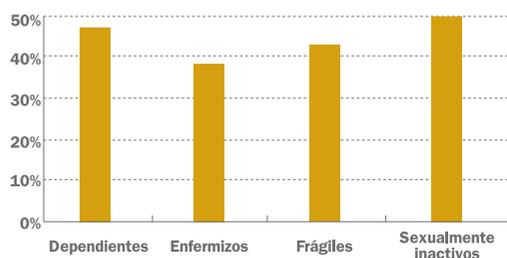
Se ha encontrado que tras los diversos mecanismos de maltrato, subyace a menudo la explotación de las condiciones de vulnerabilidad y dependencia que viven las personas mayores. Investigaciones realizadas en otros países han estimado una altísima prevalencia de maltrato por parte de la persona que proveía los cuidados y la atención, y de la cual la persona mayor dependía. Esta

explotación de la dependencia se manifiesta en amenazas de institucionalizar y también de negar el acceso a relacionarse con nietos, otros familiares y/o amigos. En tal sentido, respecto a la violencia intrafamiliar física y psíquica, la recién publicada Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales (2008), señala que la prevalencia de maltrato por parte del cuidador de la persona mayor es del 22,5%, mientras que por parte de otros familiares es del 17,4%.

Asimismo, el aislamiento y el abandono se ven facilitados cuando se trata de personas mayores dependientes, mediante el requisamiento de correspondencia, la negación del acceso al teléfono, entre otros. Por otro lado, las personas que delegan en otros el manejo de su patrimonio, pueden ser objeto de abuso mediante mecanismos legales y disuaciones, sacando provecho de déficits cognitivos o de deficiencias psíquicas. La negligencia, por su parte, es un tipo de abuso más peligroso cuando se trata de personas que dependen de sus cuidadores para llevar a cabo sus actividades. Quienes perpetran este maltrato pueden fallar en proveer los cuidados, negar comida o agua, o interferir en la atención médica.

En cuanto a las imágenes sobre la vejez socialmente construidas, de acuerdo a un estudio realizado el año 2007 por el Observatorio Social de la Vejez y el Envejecimiento de la Universidad de Chile, sobre una muestra de 520 estudiantes universitarios de distintas carreras, arrojó resultados bastante negativos.

GRÁFICO 55: IMÁGENES DE LA VEJEZ EN LOS JÓVENES



	Dependientes	Enfermos	Frágiles	Sexualmente inactivos
Imágenes de la vejez en los jóvenes	47%	38%	42%	50%

Fuente: Observatorio Social de la Vejez. Universidad de Chile, 2007.

El 47% de los jóvenes entrevistados considera a las personas mayores como dependientes, el 38% como enfermos, 42% como frágiles y 50% como sexualmente inactivos. Respecto de esto último, es posible afirmar la

existencia de profundos estereotipos que explican esta percepción de la vejez, lo que se traduce, por ejemplo, en el caso de la sexualidad de las personas mayores en una invisibilización de la misma, un tema del que no se habla y que constituye prácticamente un tabú.⁶²

Esta percepción de la vejez refleja estereotipos que poco tienen que ver con la realidad. Los datos disponibles señalan que menos del 4% de los mayores son dependientes (MINSAL-DEIS 2006). Asimismo se estima que 60% de las mujeres y 80% de los hombres sobre 70 años mantienen algún tipo de actividad sexual.

Por otra parte, un estudio realizado por SENAMA el año 2007, ha indagado en los textos escolares de educación, realizando un análisis sobre como se posiciona la imagen y cuál es el valor social que se otorga a las personas mayores en los textos de enseñanza básica (NB1 y NB2), particularmente en los subsectores de “Lenguaje y comunicación” y “Comprensión del medio natural, social y cultural”.

A partir del análisis del currículum, de los textos escolares y de entrevistas realizadas, se pudo demostrar que, más allá de no existir un tratamiento adecuado de la temática de los mayores en los textos escolares, simplemente se observa una invisibilización de los mayores, con lo que se pierde una importante oportunidad de influir positivamente en cómo las generaciones más jóvenes se preparan para vivir en una sociedad que envejece aceleradamente.

Entre las principales conclusiones del estudio, destaca que los mayores en la sociedad son invisibilizados o estereotipados negativamente. La invisibilidad se refiere a la valoración neutra que existe de las personas mayores. Esta percepción la acusan muchos entrevistados al reflexionar sobre el tema.

Los prejuicios se denotan en los entrevistados, siendo los mayores observados como frágiles, dependientes, enfermos, inactivos, entre otras caracterizaciones. Algo similar se aprecia en los textos escolares. Se los muestra en edades muy avanzadas y en estados de completa dependencia. Los textos escolares reafirman una visión de un ser humano que ya ha cumplido cualquier objetivo de vida y sólo le resta recordar su pasado.

Se va configurando, de tal modo, una actitud de negación, donde la sociedad tiende a negar cualquier proceso biológico, psicológico y social que se relacione con la vejez y el proceso de envejecimiento. Surge la idea de que es una etapa de decadencia, por lo que muchos tienden a negar el hecho de que llegarán a viejos. Algunos entrevistados expresan este hecho.

62 Lanzamiento del Libro “Amor y Sexualidad en las Personas Mayores: Transgresiones y Secretos”, de la autora Ana Vásquez Bronfman. Intervención Directora Servicio Nacional del Adulto Mayor, Paula Forttes Valdivia. 25 de abril de 2007.

La aceptación, por otra parte, se da mayoritariamente en niños y personas mayores. Se observa a la vejez como una etapa positiva de la vida, que acarrea experiencia y el temple necesario para comprender su sentido, reconociendo el desgaste físico, pero valorando también la posibilidad de establecer nuevas dimensiones de relaciones interpersonales y de desarrollo personal.

Los temas relativos a los mayores que aparecen en los textos escolares responden casi exclusivamente a los prejuicios que se han instalado a nivel social y cultural en nuestro país. Se considera esta etapa como un preámbulo de la muerte, sin actividad productiva ni futuro, pero llena de pasado.

Paradójicamente, los estereotipos no se encuentran en la visión de los niños, que no hacen diferencia entre los adultos y los adultos mayores en cuanto al rol que cumplen en las familias, la comunidad y la sociedad. En tal sentido, los textos transmiten los prejuicios existentes a nivel social, eliminando la visión positiva que tienen los niños sobre las personas mayores. Incluso cuando se presenta a los mayores como frágiles, no se fomenta el cuidado y respeto por ellos.

Como se puede observar, los textos escolares se ubican, en general, en el eje de la invisibilidad, y las escasas veces en que son visibles, es desde los prejuicios y la negación. De este modo, se dificulta enormemente la posibilidad de cambiar la cultura y los estereotipos negativos en torno al envejecimiento y la vejez, ya que, como se observa, a partir de una fuente primordial a través de la cual los menores socializan imágenes y significaciones sobre la vejez, se establecen estereotipos negativos de lo que significa envejecer y llegar a la adultez mayor.

Aun cuando es la sociedad en su conjunto la que abusa de los mayores a través del maltrato estructural, debido principalmente a la imagen negativa prevaleciente de la vejez, concebida estereotipadamente como una etapa de pérdida, deterioro e involución, y que tiene en la base prejuicios como el “viejismo”, las situaciones más extremas de violencia en contra de las personas mayores las encontramos en los ámbitos familiares e institucionales.

Se ha planteado que una de las características del maltrato a mayores, es que suele ocurrir en la situación de cuidado. Ésta se puede dar en el ámbito familiar, donde quien ejerce el maltrato generalmente es el familiar responsable del cuidado; o puede operar también en el ámbito institucional, que ocurre en el cuidado a largo plazo

donde el maltrato es ejercido por el personal que asiste a la persona mayor.⁶³

Los malos tratos domésticos son perpetrados por un miembro de la familia que suele ser el principal cuidador de la persona mayor. Se reconoce en muchos estudios que los malos tratos domésticos se suelen ocultar, no son fáciles de detectar y no se denuncian en la gran mayoría de los casos. Esta violencia se considera un resultado de las tensiones sociales y económicas, en que los miembros de edad son considerados una carga.⁶⁴

Existen muchos factores que inciden en el maltrato al interior de la familia: miedo de ser conceptuados como merecedores del abuso, miedo a perder el poco afecto al cual pueden acceder y miedo a la venganza por exponerse a otra situación que pueda ser peor. El perfil es, en general, el de una persona muy sola y aislada, con escasas alternativas posibles. Estas personas pueden presentar depresión y una baja autoestima reforzados con sentimientos de culpa y vergüenza. El victimario/a, como hemos señalado, es frecuentemente un miembro de la familia, generalmente un hijo/a responsable de proveer el cuidado.

Los victimarios padecen también de un grado bajo de autoestima y en general proyectan la culpa de sus acciones sobre terceros como así también sus frustraciones. Poseen frecuentemente temperamentos explosivos e incapacidad para controlar sus impulsos, estableciendo una compleja relación de dependencia con la persona mayor víctima de maltrato.⁶⁵

En el caso de la violencia o maltrato en el ámbito institucional, es decir, cualquier forma de abuso que ocurra en los servicios dirigidos a las personas mayores (residencias, centros de día, hospitales), las personas que cometen el maltrato son generalmente aquellas que tienen una obligación legal o contractual de proveer cuidado y protección a las personas mayores. Por lo general las víctimas son mujeres, con salud deteriorada, incapacitadas para decidir sobre su cuidado y aisladas de la familia.

Las deficiencias del sistema de atención a estas personas, incluidas la insuficiente capacitación del personal, la sobrecarga del trabajo, la mala atención a los residentes, que pueden manifestarse en una disciplina demasiado estricta o una sobreprotección y el deterioro de las instalaciones, puede hacer más difícil las interacciones entre el personal y los residentes, lo cual puede dar lugar a malos tratos, abandono y explotación.⁶⁶

63 “El Maltrato en las Personas Mayores, Diseño de una Estrategia de Prevención para ser Aplicada en Chile”, María Eugenia Arenas, Universidad Autónoma de Madrid, 2005.

64 NACIONES UNIDAS. CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2002). El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial, elaborado para la Asamblea Mundial de Envejecimiento. En www.imsersomayores.csic.es/documentos.

65 Zapata, Hernán, documento presentado en Symposium, “Elderly Abuse”, Latin American Regional Meeting, May, 2004, International Psychogeriatric Association; Programa de Geriátría, Universidad Católica de Chile.

66 NACIONES UNIDAS. CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (2002) El maltrato de las personas de edad: reconocer y responder al maltrato de las personas de edad en un contexto mundial, elaborado para la Asamblea Mundial de Envejecimiento. En www.imsersomayores.csic.es/documentos.

b) Vivienda y Arreglos Habitacionales

Según el Manual de Indicadores de Calidad de Vida en la Vejez de la CEPAL, existen ciertos ámbitos que configuran lo que se denomina “Los entornos favorables para la vejez” (CEPAL 2007), entre los que se encuentran las condiciones de las viviendas y los espacios de participación. Entre los primeros, destacan los arreglos residenciales y habitacionales, integrados por las condiciones de habitabilidad y vivienda en la que residen las personas de edad, los que, según la calidad de éstas, significan recursos propicios para la calidad de vida de las personas. Como contrapartida, una mala calidad de las viviendas y una habitabilidad deficitaria, redundan en vulnerabilidad y riesgo.

En este sentido, para las personas de edad, la vivienda y el entorno (urbano) son particularmente importantes debido a factores como la accesibilidad y la seguridad, la carga financiera que supone mantener un hogar y la importante seguridad emocional y psicológica que brinda el hogar. Es un hecho reconocido que una vivienda satisfactoria puede ser fundamental para la salud y el bienestar. También es importante que, siempre que sea posible, las personas de edad tengan la posibilidad de

elegir debidamente el lugar donde quieren vivir, factor que es preciso incorporar a las políticas y programas.⁶⁷

Asimismo, en los países en desarrollo y en algunos países con economías en transición se está produciendo un envejecimiento demográfico rápido en un marco de urbanización constante, y un número cada vez mayor de personas que está envejeciendo en las zonas urbanas carece de vivienda y servicios asequibles. Al mismo tiempo, un gran número de personas está envejeciendo en soledad en las zonas rurales y ya no en el entorno tradicional de la familia extensa. Abandonadas a sus propios medios, careciendo a menudo de transporte adecuado y de sistemas de apoyo.⁶⁸

En cuanto al tipo de vivienda en que habitan las personas mayores en nuestro país, el Censo del año 2002 indicó que 85,6% de las personas de 60 años y más viven en casas y 8,9% habita en departamentos y edificios, con porcentajes menores en otros tipos de vivienda. Existe, no obstante, 2% de mayores que habita mejoras o mediaguas, y 1,9% lo hace en viviendas colectivas, entre ellas se incluyen las casas de reposo, asilos, hospitales, residenciales y hoteles.

CUADRO 45: TIPO DE VIVIENDA QUE HABITAN LAS PERSONAS DE 60 AÑOS O MÁS

Tipo de Vivienda	Sexo del Encuestado		
	Mujer	Hombre	Total
Total	758.049	959.429	1.717.478
Casa	652.971	817.878	1.470.849
Departamento en edificio	56.669	96.830	153.499
Piezas en casa antigua o conventillo	7.710	7.121	14.831
Mejora, mediagua	19.144	15.408	34.552
Rancho, choza	4.362	1.908	6.270
Ruca	156	115	271
Móvil (carpa, vagón, container, bote, lancha, similar)	239	56	295
Otro tipo de vivienda particular	1.655	1.332,000	2.987
Vivienda colectiva (residencial, hotel, hospital, casa de reposo, etc.)	14.580	18.338	32.918
Viajeros (no es considerado vivienda)	563	443	1.006

Fuente: Censo 2002.

La situación es similar en las regiones del país, detectándose algunas diferencias menores, especialmente en la Región Metropolitana, donde los mayores que habitan en casas llega al 79%, y los que viven en departamentos en edificios se elevan al 16%. En la Quinta Región las personas mayores habitando en casas llegan al 83,6% y en departamentos a 11,2%.

Según el Censo realizado en 2002, más de tres cuartos (77,7%) de la población de mayores de 59 años habita viviendas propias, de los cuales 8,4% lo hace en viviendas que aún están pagando. El 7,7% arrienda, 2,8% reside

en viviendas cedidas por servicios o trabajo, y 3,4% en viviendas entregadas por el Estado.

Es necesario señalar respecto a este punto que los mayores -a pesar de ser en su gran mayoría propietarios de las viviendas donde residen, habitando supuestamente en viviendas adecuadas, es decir, en edificios o casas- comienzan a ver reducida su capacidad de generar ingresos y de mantener sus viviendas en condiciones que les permitan vivir de forma digna y adaptando las condiciones de habitabilidad a posibles mermas en la capacidad funcional y de desplazamiento normal.

67 Documento Plan de Acción de Madrid sobre Envejecimiento, 2002.

68 IDEM.

Sumado a lo anterior, las personas mayores que viven solas están aumentando rápidamente y en mayor proporción que el resto de la población. En 1992 casi 9% de los mayores vivían solos. Catorce años después lo hacían 11% del total, es decir más de 200 mil personas de edad (CASEN 2006). En contraste, las personas menores de 60 años que viven solas constituyen solamente 1,1% de la población de ese rango de edad.

Para las personas mayores el hecho de vivir solas es en sí misma una condición de vulnerabilidad. Ello se debe a las situaciones que deben enfrentar sin un apoyo dentro del hogar, como la adquisición de servicios y bienes básicos, la falta de un potencial cuidador en caso de mermas en la funcionalidad, la prevención de accidentes dentro de la vivienda, y la derivación a servicios de salud cuando sea necesario.

En cuanto a zona de residencia, las personas de edad que viven solas en las áreas rurales corresponden a 11,5% de la población mayor rural. En la misma condi-

ción vive 13,4% de la población mayor urbana. En las zonas urbanas la mayoría de las personas mayores que viven solas son mujeres, llegando a 73,3% de este segmento etario. En las áreas rurales en cambio la situación es inversa ya que 56,8% de las personas mayores que viven solas son hombres.

A partir del estudio "Evaluación de la experiencia de vivienda social especial para adultos mayores" realizado por el Ministerio de Vivienda y Urbanismo el año 2006, es posible observar la forma en que se distribuyen las personas en los distintos tipos de vivienda de acuerdo a su edad.

A mayor edad la población tiende a ubicarse en viviendas más estables. El 94,1% de la población de 75 o más años habita en viviendas permanentes. Por su parte, 92,8% de los habitantes de 15 a 29 ocupan viviendas permanentes. El cuadro N° 46 presenta el número de personas en los diferentes tipos de vivienda por segmento etario.

CUADRO 46: PERSONAS MAYORES POR TIPO DE VIVIENDA, SEGÚN EDAD

Edad	Permanente	Semi-permanente	Otros
0-14	3.679.697	157.607	9.349
15-29	3.409.099	117.630	9.939
30-44	3.368.965	118.471	9.779
45-59	2.172.834	58.030	5.172
60-74	1.196.757	31.357	2.317
75 y más	442.422	10.031	670
Total	14.269.774	493.126	37.226

Fuente: INE. Censo 2002.

Según la CASEN 2006, 79,8% de las personas mayores reside en casa propia pagada, situación que es transversal a todos los sectores socioeconómicos. Sólo 6% habita una casa propia que aún se está pagando y 4,2% arrienda su vivienda actual. En relación al Censo de 2002, se incrementan ligeramente quienes tienen su casa pagada, y se reducen quienes la están pagando y aquellos que arriendan.

En cuanto al tipo específico de vivienda el cuadro siguiente señala que 6,9% habita en departamentos, mientras 89,9% lo hace en casas o cité. La población con mayor nivel de ingresos tiende a habitar en departamentos y en la de menor nivel de ingresos, aumenta la residencia en casas.

CUADRO 47: PERSONAS MAYORES SEGÚN TIPO DE VIVIENDA Y TRAMO DE INGRESO

Tipo de vivienda	0-50.000	50.001-100.00	100.001-200.000	200.001-400.000	400.001 y más	Total A.M. %
Departamento en edificio	2,5	4,3	7,5	12,5	23,2	6,9
Casa o Cité	91,9	92,6	90,1	85,5	75,6	89,9
Casa o Condominio	0,4	0,6	0,3	1,8	0,8	0,6
Pieza en Casa o Departamento	0,1	0,1	0	0		0,1
Pieza en casa antigua o conventillo	0,1	0	0,4	0	0,1	0,1
Media agua o mejora	3,3	1,6	1,3	0,2	0,2	1,7
Rancho, ruca o choza	0	0	0			0
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Publicación "Evaluación de la experiencia de vivienda social especial para adultos mayores. Lecciones y desafío", 2006.

De las personas mayores propietarias de la vivienda que habitan, 77% pertenece al segmento de 60 a 74 años y 23%

tiene 75 años y más. De los no propietarios, 66,6% tiene entre 60 y 74 años y 33,4% cuenta con 75 años y más.

CUADRO 48: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES PROPIETARIA DE LA VIVIENDA SEGÚN ROL Y TRAMO ETARIO

Conformación de la vivienda y rol	60-74 años	75 años y más	Total
Jefe de Hogar Uninuclear	53,7	16,6	70,3
Jefe de Hogar Multinuclear	21,9	5,5	27,4
No Jefe de Hogar Multinuclear	0,4	0,2	0,7
No Jefe de Hogar Uninuclear	0,8	0,8	1,6
Total	76,9	23,1	100

Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Publicación "Evaluación de la experiencia de vivienda social especial para adultos mayores. Lecciones y Desafíos", 2006.

CUADRO 49: PORCENTAJE DE PERSONAS MAYORES NO PROPIETARIA DE LA VIVIENDA SEGÚN ROL Y TRAMO ETARIO

Conformación de la vivienda y rol	60-74 años	75 años y más	Total
Jefe de Hogar Uninuclear	30,6	9,0	39,6
Jefe de Hogar Multinuclear	9,4	2,2	11,6
No jefe de Hogar Multinuclear	10,0	6,9	16,8
No jefe de Hogar Uninuclear	16,7	15,2	32,0
Total	66,6	33,4	100

Fuente: Ministerio de Vivienda y Urbanismo. Publicación "Evaluación de la experiencia de vivienda social especial para adultos mayores. Lecciones y Desafíos", 2006.

Al observar las condiciones en que residen las personas mayores en sus viviendas, el allegamiento adquiere una especial relevancia. El allegamiento se produce cuando coexisten dentro de una misma vivienda, hogares o núcleos familiares distintos del hogar y/o núcleo principal. Se distinguen tres formas de allegamiento: allegamiento externo, aquel que se produce cuando en la vivienda habitan dos o más hogares; allegamiento interno, cuando en la vivienda habitan dos o más núcleos, y allegamiento externo e interno, que existe cuando hay dos o más hogares y núcleos secundarios en la vivienda.

Se entiende como allegada, para el caso del Estudio del MINVU, a la persona mayor que no es jefa de un hogar multinuclear, y tampoco es propietaria. La proporción de mayores que viven en esta condición alcanza 32%. Cabe señalar que se considera a la persona mayor jefa de hogar y a su cónyuge en una misma categoría.

Por otra parte, 51,2% de las personas mayores que no son propietarias de la vivienda en que residen son jefas de hogar, en cambio 97,7% de aquellas que son propietarias son también jefas de hogar. Se evidencia así la relación entre propiedad de la vivienda y el rol que la persona de edad cumple en el hogar.

Requerimientos de Vivienda

En una sociedad que envejece a ritmo sostenido y que se ha situado en los primeros lugares de la transición

demográfica en el continente, el acceso a una vivienda adecuada -necesidad humana básica- es una exigencia política y ética insoslayable para las personas de edad.

El manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006), establece que la demanda global de vivienda tiene una dimensión cuantitativa y otra cualitativa. La cuantitativa es aquella que se mide en referencia a la cantidad de viviendas que es necesario reemplazar, ya que por su mal estado son irrecuperables. A éstas se suma la cantidad de viviendas que se debe construir para asegurar techo a todas aquellas personas que carecen de ella, o que viven allegadas en condición de hacinamiento, pudiendo constituir un hogar independiente desde el punto de vista socioeconómico.

De este modo, según el último Censo, de una población de 1,68 millones de personas mayores, 260 mil se encontraban en situación de déficit habitacional cuantitativo, distribuidas de la siguiente manera:

- 44 mil como habitantes de viviendas irrecuperables.
- 151 mil como habitantes de viviendas con allegamiento externo.⁶⁹
- 63 mil en viviendas con allegamiento interno⁷⁰ y hacinamiento.

A ello es necesario sumar aquellas personas mayores que se encuentran en situación de calle, las que, según el Catastro Nacional de Personas en Situación de Calle

69 Cuando en una misma vivienda existen dos o más hogares.

70 Cuando en un hogar existen dos o más núcleos.

(MIDEPLAN, 2005), llegan a 1.857 personas, de los cuales sólo 10% reside en la calle por decisión propia.⁷¹

Además de los requerimientos de nuevas viviendas, las personas de edad pueden encontrarse en una situación de déficit cualitativo, es decir, que sus viviendas, en calidad de recuperables, requieren mejoras de habitabilidad, entorno, infraestructura, accesibilidad y saneamiento, entre otras. El año 2002 se contaban 346 mil personas mayores en tal situación.

Es necesario precisar un alcance metodológico para cualquier estudio que se realice referente a este tema. El allegamiento, cuando se da en condiciones precarias, como las de hacinamiento, puede ser observado como déficit cuantitativo, ya que puede ser resuelto mediante la asignación de nueva vivienda, o como déficit cualitativo, debido a que puede resolverse mediante la ampliación de la vivienda.

La definición de una u otra solución, dependerá de si los allegados tienen capacidad de sostenerse independientemente, o por el contrario, se trata de familias o individuos altamente dependientes del hogar que las acoge. Además es importante la disposición de las familias hacia una u otra solución, pues se da la existencia de familias que, contando con recursos suficientes para subsistir independientemente, han optado voluntariamente por estructurar una familia extensa.⁷²

c) Participación y Asociatividad

Desde hace un par de décadas, y con mayor énfasis en los últimos años, la participación ciudadana, social y comunitaria de las personas mayores se está transformando en un nuevo consenso. Gran parte de los organismos internacionales de mayor peso, pactos, planes y políticas gubernamentales están adoptando la participación de las personas mayores como estrategia de acción e incluso institucionalizándola como política oficial. Por su parte, la literatura sobre personas mayores y participación, señala que constituye un principio ineludible, un factor protector, un indicador de calidad de vida en la vejez, un elemento esencial del desarrollo humano en la etapa de la adultez mayor, e incluso el principal factor para fortalecer la cooperación para el desarrollo de los países que experimentan un vertiginoso crecimiento de su población de edad avanzada.

Cualquiera sea la forma y uso, la participación es, ante todo, un derecho, y una de sus expresiones más concretas es la organización social de las personas mayores. Según la encuesta CASEN 2003⁷³, el 35% de las personas mayo-

res del país estaba integrado a organizaciones sociales. Este dato no menor, que pasa desapercibido muchas veces por los prejuicios asociados a la vejez, es una señal potente de que “la participación de las personas mayores constituye una forma de vinculación con el entorno social que posibilita articular intereses entre grupos de personas, logrando con ello una mayor capacidad de relevar demandas y de ser escuchadas por los entes decisores”.⁷⁴

Históricamente en nuestro país, han sido las organizaciones de pensionados, jubilados y montepiadas las que aparecen en el espectro público. Inicialmente, se organizaron por razones muy diferentes a las de su edad, tales como los ingresos producto de la pensión o jubilación, los servicios de salud y otros servicios complementarios que resultan de vinculaciones formales a espacios de trabajo. De hecho es la herencia que conservan de lo que fue su rol de trabajadores/as. En sus asociados/as existe un sentido de grupo muy fuerte, y la dinámica alcanzada por este tipo de organizaciones es muy valiosa, por tanto no se puede dejar de reconocer la importancia de su proceso histórico en Chile y gran parte de los países latinoamericanos. Sin embargo, poco a poco se abrió espacio la vejez como temática de asociatividad.

La conversión socio-política de la dimensión organizacional que han adquirido estos últimos años las personas mayores -tanto a nivel local como global-, ha logrado localizar visiblemente un nuevo actor social entre ellos: el adulto mayor.⁷⁵

Distintas fuentes permiten constatar que las personas mayores de 60 años integran y participan en diversas organizaciones comunitarias y constituyen porcentajes significativamente altos respecto de otros grupos de edad. Sin embargo, la peculiaridad de los clubes de adultos mayores, quizás, reside en que la pertenencia a ellos se genera desde el reconocimiento de quienes los integran de su condición de personas adultas mayores, lo que adquiere una relevancia especial por cuanto se han convertido en un actor legítimo en la conquista de espacios sociales, resignificando en ese proceso asociativo, el fenómeno participativo que experimentan.

El “Club” es la instancia base organizativa de participación social propia de los adultos mayores hoy en Chile. Durante la década de los 90’ se da impulso a una política gubernamental orientada a promover la participación de las personas adultas mayores en la sociedad chilena, incentivando formas de asociación que ya estaban instaladas y extendidas a nivel nacional en décadas anteriores. Se observa la necesidad de crear estatutos ad-hoc para la constitución y obtención de personalidad

71 Catastro nacional de personas en situación de calle, Hogar de Cristo, 2005.

72 Arriagada, Camilo. 2003. Citado en: “Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez”. CELADE. Diciembre de 2006.

73 Estos son los últimos datos de los que se dispone, ya que la Encuesta CASEN del 2006 no incluye el módulo de participación.

74 Paula Forttes Valdivia. Directora Nacional SENAMA. Mimeo s/p. Documento Interno de Trabajo 2008.

75 Obreque M., Regina. “Representaciones sociales de dirigentes adultos mayores de Uniones Comunales de Clubes”, monografía, 2005. Publicado en Red Latinoamericana de Gerontología, www.gerontologia.org/portal/information.

jurídica como club de adultos mayores, y a partir de entonces comienzan a extenderse territorialmente a nivel local. Junto con ello, se impulsa la necesidad de crear un programa u oficina del adulto mayor, instalados hoy en la mayoría de los municipios del país. Así, los clubes de adultos mayores pasan a constituir la plataforma natural desde la que comienzan a coordinarse la ampliación de beneficios plasmados en los ajustes de las políticas sociales dirigidas a las personas mayores, cobrando aún más relevancia a partir del 2003 en el marco de la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Este proceso de extensión territorial que experimentan los clubes de adultos mayores, favorecido por la localización de programas específicos en niveles municipales y por una política gubernamental que esti-

mula su consolidación, exhibe otro nivel de desarrollo expresado en la emergencia de Uniones Comunales de Adultos Mayores.

El aumento de la participación de los mayores a través de organizaciones ha sido un fenómeno explosivo y de grandes proporciones que es necesario observar. Los datos que arrojan los catastros realizados por SENAMA desde el año 1998 hasta el 2008, indican que en sólo 10 años, se triplica el número de personas mayores asociadas, se aumenta en más de tres veces el número de clubes y otras organizaciones de adulto mayor con presencia en casi todas las comunas de nuestro país, y crece 8 veces más el número de Uniones Comunales de Adulto Mayor a lo largo del territorio nacional.

CUADRO 50: PERSONAS MAYORES ORGANIZADAS. AÑOS 1998 - 2008

	1998	2001	2003	2005	2008
Nº de personas mayores asociadas ⁷⁶	108.728	195.049	218.594	245.290	369.419
Nº de clubes y otras organizaciones	3.435	6.094	7.668	9.089	11.616
Uniones Comunales	30	144	206	254	248

Fuente: Catastros SENAMA.

Entre los diversos factores que explican el aumento en el número de organizaciones de personas mayores, la acción del Estado ha tenido un importante rol en la promoción de la asociatividad de este segmento de la población. El número de organizaciones de mayores se ha venido incrementando progresivamente desde que se ejecuta el Fondo Nacional del Adulto Mayor de SENAMA, cuya primera implementación como programa piloto se efectuó el año 2003. Los recursos de este fondo concursable para el financiamiento de proyectos ideados y gestionados por los mayores se han incrementado hasta alcanzar más de 2.400 proyectos financiados el año 2008⁷⁷. El éxito en la administración de esta iniciativa por parte de SENAMA, el rápido crecimiento en el número de organizaciones, y la probidad demostrada por las organizaciones de adulto mayor adjudicadas, permiten aumentar a 2.500 millones de pesos este fondo para el año 2009.

Para avanzar en materias de asociatividad y participación, desde el año 2006 se vienen gestando otras iniciativas desde el SENAMA con la firme decisión de construir la política institucional junto a los mayores. Se crean escuelas para dirigentes mayores, espacios para el diálogo con las autoridades denominados "Jornadas por el Derecho a Saber", y se va delineando cada vez más el rol de los dirigentes basado en un enfoque de derechos.

Otra acción del Estado que incide en la creación de otras formas de expresión de la participación de los mayores, surge en el marco de los Consejos Asesores Regionales de Mayores, que tienen por finalidad proponer políticas, medidas y/o instancias destinadas a fortalecer la participación de las personas mayores en cada territorio, la protección de sus derechos y el ejercicio de su ciudadanía activa. Los integrantes del Consejo en cada una de las 15 regiones del país son elegidos por sus pares de Uniones Comunales de la región. A fines de 2008, los 15 Consejos Asesores Regionales de Mayores estaban conformados por un total de 253 consejeros.

Sexo de los miembros que forman parte de las organizaciones de adulto mayor

De acuerdo a los datos que arroja el catastro de organizaciones de adultos mayores realizado por SENAMA en el 2008, el número de miembros total alcanzaba las 369.419 personas. De este universo, se cuenta con el dato del sexo de 80% de los miembros (n=295.575 personas). En el cuadro siguiente se pueden apreciar los antecedentes de las 15 regiones del país.

⁷⁶ Cabe señalar que el Nº de personas mayores asociadas corresponde a la suma de miembros de organizaciones que formaron parte del universo en estudio. "Catastro de organizaciones de adultos mayores 2008", SENAMA.

⁷⁷ Cabe destacar en este mismo sentido al Programa Más Vida para tus Años, desarrollado por el FOSIS hasta el año 1999.

CUADRO 51: NÚMERO DE MIEMBROS DE ORGANIZACIONES DE ADULTO MAYOR, SEGÚN SEXO Y REGIÓN

Región	Mujeres		Hombres		Total
	Nº	%	Nº	%	
Arica y Parinacota	2.942	75,0	982	25,0	3.924
Tarapacá	2.873	68,7	1.310	31,3	4.183
Antofagasta	4.495	77,8	1.283	22,2	5.778
Atacama	3.526	70,0	1.514	30,0	5.040
Coquimbo	14.514	63,9	8.211	36,1	22.725
Valparaíso	30.770	67,0	15.174	33,0	45.944
Libertador Bernardo O'Higgins	19.931	68,2	9.287	31,8	29.218
Maule	14.479	67,8	6.883	32,2	21.362
Bío Bío	34.280	70,3	14.496	29,7	48.776
La Araucanía	16.101	66,8	8.013	33,2	24.114
Los Ríos	4.163	72,2	1.632	28,3	5.768
Los Lagos	4.163	71,8	1.632	28,2	5.795
Aysén	1.393	63,1	815	36,9	2.208
Magallanes y la Antártica Chilena	1.933	78,2	538	21,8	2.471
Región Metropolitana	50.259	81,0	11.770	19,0	62.029
Total	210.205	71,1	85.370	28,9	295.575

Fuente: Catastros Senama.

Los datos indican que la mayor presencia femenina no sólo se puede observar desde el punto de vista demográfico, sino también -y con más fuerza aún- en las organizaciones de adultos mayores, puesto que representan 71% de sus miembros. Los hombres mayores en tanto representan menos del tercio de los miembros (28,9%).

Otro dato relevante que se desprende del cuadro es que la presencia femenina en organizaciones es aún mayor que el promedio nacional en la Región Metropolitana (81,0%), y regiones más extremas tales como: Magallanes y Antártica Chilena (78,2%), Antofagasta (77,8%), Arica y Parinacota (75,0%), de Los Ríos y de Los Lagos (72,2% y 71,8%, respectivamente).

No se cuenta con datos respecto a cuál es el sexo predominante de la persona que ejerce cargos de "dirigente", lo cual es un aspecto no menor si se considera que los dirigentes son aquellos que representan y conducen los destinos de la organización. Al respecto, Fassio (2001)⁷⁸ en su investigación realizada en la ciudad de Buenos Aires señala que "entre los participantes de las organizaciones de personas de edad los varones son una minoría. Sin embargo, en 53% de los casos la presidencia es ejercida por un varón. Parecería que en muchas de las organizaciones de personas de edad se reproduce la división de roles por sexo predominante en estas cohortes: lo público (el trabajo fuera del hogar) para los varones, lo privado (el hogar) para las mujeres".

Concientes de esta situación, desde hace un par de años el SENAMA viene realizando diferentes esfuerzos por po-

ner en el tapete de la discusión la temática de género con los mayores, especialmente en su trabajo con las organizaciones de adultos mayores en las regiones. Estos esfuerzos han dado algunos frutos, aún incipientes, pero que logran visualizarse en mayor presencia femenina en los puestos dirigenciales, lo cual ya constituye un primer avance de equidad. Tal es el caso de los Consejos Asesores Regionales de Mayores, que a nivel nacional alcanzan a 253 representantes, de los cuales 45,7% son hombres y 54,3% corresponden a mujeres mayores.

¿Asociatividad u organización?⁷⁹

No es lo mismo hablar de asociatividad que de organización. Tampoco lo es referirse a los individuos como sujetos sociales y estos como sinónimos de actores sociales.

En la actualidad se hace bastante promoción a la asociatividad. Ha sido adoptada como uno de los elementos básicos del concepto de capital social, del que se habla a propósito del crecimiento compartido o desarrollo integrado, frente a la clara evidencia de la poca exitosa propuesta unilateral de crecimiento económico como generador de desarrollo social⁸⁰. Como su nombre lo indica, junta, reúne, agrupa. La asociatividad surge como resultado de un interés específico y establece lazos de dependencia. En cambio, la organización estructura, crea un ordenamiento y una regulación, en un esfuerzo conciente para controlar problemas y obtener mejores servicios, pero por sobre todo, responde a una serie de relaciones históricas que se mantienen en el tiempo y en el espacio.

78 Fassio, Adriana. "Entre la exclusión y la inclusión. Organizaciones de personas de edad en la ciudad de Buenos Aires". Ponencia presentada en el Cuarto Congreso Chileno de Antropología". Chile, 2001.

79 Este apartado tiene referencias a ponencia de Marlene Márquez, "El Adulto Mayor: un nuevo actor social", presentada en seminario "Sociedad Civil: aportes al desarrollo de las personas mayores", realizado en CEPAL. Santiago de Chile, septiembre, 1999.

80 Citado por Bernardo Kliksberg, en América Latina: Una región en riesgo. Pobreza, Inequidad e Institucionalidad Social. Cumbre Mundial Social de Copenhague, 1994.

Las organizaciones de personas mayores logran percibir la diferencia entre estar asociados y estar organizados, especialmente cuando se refieren a las dificultades, tanto internas como externas, que experimentan para su empoderamiento y así constituirse en actores sociales e incidir con mayor fuerza en las políticas públicas dirigidas a ellos. En instancias generadas por SENAMA con dirigentes mayores, surgen algunos temas recurrentes que van más allá de las necesidades de financiamiento para operar, sede o espacio físico propio para funcionar, o derechos previsionales o de salud por reivindicar, que por cierto son legítimas y justificadas; sino que plantean que el estar asociados no les basta, y que requieren internamente, entre otros:⁸¹

- desarrollar competencias para el liderazgo personal y organizacional;
- estrategias para enfrentar situaciones complejas;
- estrategias para superar la distancia con los representados, persistencia de los dirigentes en sus cargos y dificultades para la apertura a nuevos líderes;
- herramientas para la comunicación interna y con autoridades, así como también entre organizaciones de diferentes territorios;
- generar discurso con información sólida y elocuente;
- disponer de sistemas que les permita contar, de manera permanente, con información oportuna y de calidad sobre sus derechos y deberes;
- herramientas para planificar sus acciones considerando las características de su propio territorio y comuna.

Si bien estos planteamientos no se pueden extrapolar al total de la población adulta mayor organizada del país, de algún modo dan cuenta de la necesidad de los propios mayores de avanzar no sólo en número de organizaciones y personas asociadas, sino también de dar un salto cualitativo en lo que se refiere a materias de dirigencia, articulación, empoderamiento e incidencia en las políticas, planes y programas dirigidas a ellos y a las personas mayores del país en general.

Protección Social y Participación

Un elemento importante a considerar es que la participación de las personas mayores en organizaciones sociales, constituye una herramienta de integración social y es también una respuesta a la necesidad de pertenencia. Ante la ausencia de un rol de la vejez en la sociedad, el grupo se constituye en un espacio de acogida, intercambio, apoyo mutuo, aprendizaje de habilidades, información y de necesidades afectivas y de comunicación, que se intensifican por eventos relacionados con la viudez, jubilación, mayor tiempo disponible en esta etapa de la vida, meno-

res obligaciones en el ámbito doméstico y en el cuidado de hijos⁸², o bien, la necesidad de abordar colectivamente problemas de tipo reivindicativo que afectan a las personas mayores.

De lo anterior se desprende que la participación es un factor protector que incide en la calidad de vida de las personas mayores. Es así que el Estado también ha debido situarse en el escenario de brindar espacios de participación a aquellas personas mayores que no se encuentran organizadas, ya sea por desconocimiento de las distintas instancias, por encontrarse en situaciones de vulnerabilidad y pobreza, o por decisión personal. De esta forma, su posibilidad de participación en las distintas redes sociales se ve disminuida, lo cual indiscutiblemente repercute en los niveles de calidad de vida.

La participación de las personas mayores, en el contexto del Sistema de Protección Social, implica el reconocimiento, por parte de la sociedad, de las capacidades actuales y los grandes aportes que puede realizar este grupo objetivo al desarrollo del país en sus distintos ámbitos. De ahí que la participación ciudadana, en este caso de las personas mayores, conforme un elemento constitutivo de las intervenciones de este Sistema, reflejado puntualmente en la creación del Programa Vínculos (Chile Solidario).

La participación invisible de los mayores

Ante el predominio de la cultura organizacional formal, quedaron bajo el telón del escenario las otras múltiples expresiones de participación ciudadana y social de las personas mayores que, siendo igualmente válidas, se presentan de manera silenciosa. Por citar algunos ejemplos, se puede mencionar el dato que arroja el Servicio Electoral de la República de Chile (2008), el cual indica que las personas mayores constituyen 25% del padrón electoral, constituyéndose con ello en el segmento etario con más altos niveles de participación ciudadana. Otro tipo de participación que no es visible para la opinión pública, pero sí muy importante en cuanto a la acción solidaria en nuestro país, es aquella que realiza la persona mayor voluntaria de organizaciones filantrópicas y de ayuda social, tales como Cruz Roja, Damas Voluntarias en Hospitales, Asociaciones Mutuales, entre otros. Según la encuesta SABE (2001) sobre 15% de las personas mayores en Santiago realizan tareas voluntarias proporcionando ayuda a la comunidad.⁸³

Estos y otros espacios de participación de las personas mayores resultan invisibles para la sociedad en general,

81 SENAMA. Programa escuela de formación continua para dirigentes mayores. Documentos de trabajo interno, s/e, 2008-2009. Los temas indicados son resultados de las Jornadas por el Derecho a Saber, encuesta a dirigentes de organizaciones de adultos mayores (enero 2008), Planes de Acción Consejos Asesores Regionales de Mayores 2008, jornadas nacionales con Coordinadores y equipos regionales del SENAMA.

82 Yanguas, J.; Leturia, J.; Leturia, M.; Uriarte, A., "Intervención psicosocial en gerontología - Manual Práctico" 1998. Madrid, Cruz Roja.

83 CEPAL. La situación de las personas mayores. Documento de referencia DDR/1. 18 de noviembre de 2003. Documento preparado para la Conferencia regional intergubernamental sobre envejecimiento: hacia una estrategia regional de implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre Envejecimiento, 19 al 21 de noviembre de 2003, Santiago de Chile.

tal como ocurre con ciertos roles que son desempeñados por los mayores. Esto se explica en la existencia de prejuicios que consideran a la vejez como una etapa de inactividad, con la consecuente desvalorización de esta etapa de la vida.

d) Entornos y su Expresión en el Territorio

El porcentaje de personas mayores jefes de hogar es un indicador que mide la cantidad de personas mayores que ejercen la jefatura del hogar, en relación al total de personas mayores. Por tanto, es una medición de personas y no de hogares. Es necesario hacer esta observación, ya que muchas veces se tiende a confundir con el indicador porcentaje de hogares con jefe mayor.

El predominio de la jefatura del hogar tiene como especificidad el sesgo de género, pues existen disparidades enormes entre hombres y mujeres, y como acontece en el resto de las edades, una mujer mayor jefa de hogar es casi equivalente a una mujer sin pareja en el hogar. De cualquier manera, debido a la mayor supervivencia de las mujeres respecto de sus cónyuges, los índices de jefatura de hogar femenina son mucho más altos entre las personas de edad que entre las adultas y las jóvenes.

La tasa de jefatura de hogar a cargo de mayores es superior a 50% en todas las regiones. Es en la Región de Magallanes y la Antártica Chilena donde se observa un mayor porcentaje de mujeres jefes de hogar: 53,3%. Por otra parte, es la Región de Arica y Parinacota la que menor porcentaje de hombres jefes de hogar presenta.

CUADRO 52: PERSONAS MAYORES JEFES DE HOGAR MAYORES POR REGIÓN

Región	% PM Jefes de Hogar		
	Hombres	Mujeres	Total
Arica y Parinacota	74,8%	34,1%	51,4%
Tarapacá	80,0%	32,3%	53,3%
Antofagasta	82,6%	34,3%	57,5%
Atacama	81,8%	42,9%	58,9%
Coquimbo	81,2%	42,9%	60,9%
Valparaíso	82,7%	44,9%	61,0%
Libertador Bernardo O'Higgins	82,7%	42,6%	61,0%
Maule	85,3%	41,1%	61,7%
Bío Bío	86,0%	42,0%	61,1%
La Araucanía	86,5%	44,5%	63,3%
Los Ríos	88,5%	43,0%	62,8%
Los Lagos	82,4%	44,6%	61,7%
Aysén	76,7%	52,5%	63,5%
Magallanes y la Antártica Chilena	75,2%	53,3%	63,1%
Región Metropolitana	83,8%	41,8%	59,7%
Total	83,7%	42,3%	60,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN, 2006.

El indicador de personas mayores en hogares unipersonales, da cuenta de la cantidad de personas mayores que se encuentran viviendo solas en un hogar. Si bien el porcentaje de personas mayores que viven solas no es superior a 10%, presenta notorias diferencias con el porcentaje de personas que viven solas de 0 a 59 años, donde la tasa alcanza sólo 1,3%. Esta situación tiene dos posibles resultantes: la capacidad que tienen las personas mayores de vivir solas y, por otra parte, la vulnerabilidad que presentan las personas mayores que se encuentran solas en el hogar.

Es así como una de cada diez personas mayores en Chile vive sola. La Región de Magallanes y la Antártica Chilena es la que mayor porcentaje de personas mayores que viven solas presenta; 16,9%. Este porcentaje

está dado por la alta tasa de mujeres mayores que se presenta en la región.

Por otra parte, la situación de allegamiento está definida como el número de hogares con personas mayores que comparten vivienda y/o sitio con un hogar receptor o anfitrión. Cuando dentro de una vivienda hay dos o más hogares, el allegamiento resultante toma el apelativo de allegamiento externo. Este indicador mide las necesidades de solución habitacional en términos absolutos.

La región con más bajo porcentaje de personas mayores con allegamiento externo es la de Antofagasta. Allí, una de cada 10 personas mayores vive en esta situación. En números absolutos, la Región Metropolitana presenta más de 36 mil personas mayores que vive en situación de allegamiento externo.

CUADRO 53: PERSONAS MAYORES EN HOGARES UNIPERSONALES Y ALLEGAMIENTO DE LAS PERSONAS MAYORES POR REGIÓN

Región	% PM en Hogares Unipersonales			PM en Situación de Allegamiento Externo	
	Hombres	Mujeres	Total	N	%
Arica y Parinacota	10,9%	6,8%	8,5%	731	2,9%
Tarapacá	10,6%	5,7%	7,9%	753	2,3%
Antofagasta	5,4%	6,8%	6,1%	6.634	10,9%
Atacama	11,9%	10,3%	10,9%	1.898	7,6%
Coquimbo	9,6%	10,9%	10,3%	1.888	2,0%
Valparaíso	9,1%	13,8%	11,8%	6.751	2,9%
Libertador Bernardo O'Higgins	8,7%	10,4%	9,6%	4.051	3,5%
Maule	8,2%	9,2%	8,7%	6.648	5,1%
Bío Bío	7,0%	11,3%	9,4%	7.836	2,9%
La Araucanía	9,6%	15,3%	12,7%	2.542	2,0%
Los Ríos	7,7%	9,3%	8,6%	563	1,1%
Los Lagos	7,3%	15,0%	11,5%	1.485	1,5%
Aysén	7,6%	12,7%	10,4%	129	1,3%
Magallanes y La Antártica Chilena	8,5%	23,6%	16,9%	13	0,1%
Región Metropolitana	6,6%	11,0%	9,1%	36.494	4,6%
Total	7,7%	11,5%	9,8%	78.416	3,7%

Fuente: Elaboración propia a partir de CASEN, 2006.

> III. Hacia un sistema de protección social para las personas mayores: políticas y programas



En nuestro país se han llevado a cabo una serie de avances en materia de políticas, planes y programas abocados a la protección de las personas mayores en ámbitos en que éstas se encuentran vulnerables y que se analizaron en el capítulo anterior. Algunas de estas acciones se enmarcan dentro de la protección social como eje rector de las políticas públicas orientadas a establecer la igualdad en el ejercicio de los derechos; tanto a la salud, como a la seguridad económica, y, en general, al logro del bienestar y la calidad de vida a lo largo de todo el ciclo vital.

En este capítulo se expone la trayectoria de la oferta de servicios para las personas mayores. El análisis que se plantea no incorpora una mirada desagregada de las acciones, muy por el contrario, al dar cuenta de las políticas enfocadas a las personas mayores, se observa una integralidad que subyace a las miradas parceladas de cada uno de los sectores. Si bien el capítulo se estructura en base a las principales áreas prioritarias que levanta el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (Las Personas de Edad y el Desarrollo, Salud y Bienestar de las Personas Mayores y Construcción de Entornos Favorables para la Vejez), existen conceptos claves que han operado en estos últimos años para dar coherencia a la política social orientada a las personas mayores. Éstos son el Enfoque de Derecho y la Protección Social.

INSTITUCIONALIZACIÓN DE LA TEMÁTICA

Los primeros abordajes en el ámbito público de la temática de las personas mayores se inician en la década de los 90, cuando el Presidente de la República Patricio Aylwin Azócar instala como grupo prioritario para la política pública, a las personas de 60 años y más. En este período se realizan los primeros diagnósticos sobre la situación de los mayores en Chile y comienzan las primeras intervenciones asociadas a transferencias de recursos a municipios.

En el segundo gobierno de la Concertación, el Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle nombra una Comisión Nacional para el Adulto Mayor compuesta por 38 integrantes de

los más diversos ámbitos, la que comienza a funcionar el año 1995. Ese año, específicamente el primero de octubre, la Comisión termina su trabajo al entregar su informe final, el cual incluye un diagnóstico y propuestas para la institucionalización. De este modo, a través del Decreto Supremo N° 203, se crea el Comité Nacional para el Adulto Mayor compuesto por 10 miembros ad-honorem y presidido por la señora Marta Larraechea de Frei, quien le imprime una relevancia a la temática sin precedentes. Al año siguiente, en marzo de 1996, el Consejo de Gabinete de Ministros del Área Social aprueba la Política de Gobierno sobre el Adulto Mayor.

En enero del año 1997, el Presidente Eduardo Frei dicta el D.S. N° 009 que crea los Comités Regionales para el Adulto Mayor. Estos son presididos por el Intendente Regional e integrados por los Secretarios Regionales Ministeriales del área social y por representantes de instituciones de la sociedad civil. Tienen por función implementar la Política a nivel regional. Cabe destacar el compromiso del gobierno del Presidente Frei en el desarrollo de una política en materia de envejecimiento que recogiera una particularidad regional.

Para 1998, ya se encuentra en implementación la Política de Salud para Adultos Mayores, iniciándose un proceso de aseguramiento de los derechos en el ámbito sanitario que ha permitido el mejoramiento y gratuidad de la atención a las personas mayores.

En el año 1999 se da un paso importante en la institucionalización, al enviarse al Congreso el Proyecto de Ley que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor. En el “Año Internacional del Adulto Mayor”, el Gobierno de Chile cristaliza en este proyecto su preocupación por las personas mayores, proponiendo la conformación de un organismo público dedicado exclusivamente a estas materias.

Con la llegada al gobierno del Presidente Ricardo Lagos Escobar, específicamente el día 30 de julio de 2002, el Congreso de la República aprueba la Ley N° 19.828 que crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor, la que es promulgada por el Presidente el 17 de Septiembre del mismo año.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) entra en funciones el día 2 de enero de 2003 como un servicio público funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, que se relaciona con la Presidencia de la República a través del Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Sus objetivos son velar por la plena integración del adulto mayor a la sociedad; protegerlo ante el abandono y la indigencia; hacer valer los derechos que la Constitución y las leyes le reconocen; y velar por su no discriminación ni marginación.

PRIMERA ETAPA 2003 - 2005, INSTALACIÓN

Con la creación del SENAMA comienza rápidamente a implementarse la Política Nacional del Adulto Mayor. En sus primeros años el SENAMA comienza a coordinar una serie de acciones y programas entre los que destacan el Fondo Nacional del Adulto Mayor, en su línea de proyectos autogestionados por organizaciones de mayores, la realización de transferencias a instituciones de larga estadía, los programas de turismo para adultos mayores, el Programa de Alimentación Complementaria y diversos programas de subsidios.

En este período comienzan a funcionar otras instancias institucionales como el Comité de Ministros del Adulto Mayor, creado en enero de 2004 para definir y evaluar líneas de acción multisectoriales dirigidas a las personas mayores, tareas que hoy en día asume el Comité de Ministros del Área Social.

Junto con lo anterior, entran en funcionamiento los Comités Regionales para el Adulto Mayor, lo que proporciona una base regional para la ejecución de programas e instalación de la institucionalidad a lo largo del país. Además, se instala el Comité Consultivo, instancia integrada por representantes de organizaciones de personas mayores, académicos con experiencia en el tema, y representantes de prestadores de servicios a las personas mayores, la cual está establecida en la Ley creadora de SENAMA.

SEGUNDA ETAPA 2006 - 2008, DESARROLLO Y CONSOLIDACIÓN

Con la llegada del cuarto gobierno de la Concertación, la preocupación por las personas mayores ha tenido un renovado y creciente impulso. El gobierno de S.E. Presidenta de la República, Michelle Bachelet Jeria otorga, desde los inicios de su mandato, una relevancia central a las personas mayores, en el marco de la consolidación de un Sistema de Protección Social que, bajo un enfoque de derechos, se plantea el desafío de construir una sociedad para todas las edades.

En este contexto, el SENAMA comienza un nuevo período que está caracterizado por una ampliación de su campo de acción y la consolidación de su institucionalidad. Res-

pecto a esto último, desde 2006 a la fecha se ha realizado un enorme esfuerzo por avanzar en el fortalecimiento del servicio, lo que ha estado marcado por la instalación de las oficinas en todas las regiones del país en el año 2006. A estos equipos se han sumado profesionales para la implementación de diversos programas, entre los que destacan los profesionales de apoyo al Fondo Nacional del Adulto Mayor y los Gestores Regionales del Programa Vínculos.

Al mismo tiempo, el nivel central de SENAMA también ha experimentado un importante proceso de fortalecimiento, con ampliación de equipos en todas sus áreas y la creación de nuevas unidades como la Unidad Territorial, la Unidad de Desarrollo de Personas, la Unidad de Estudios, la Unidad Técnica de Desarrollo de Servicios y la Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias.

En lo referente a la ampliación de la acción del servicio, desde el año 2006 se han experimentado importantes desarrollos tanto en la ampliación y consolidación de los programas que anteriormente se ejecutaban, como en el diseño e implementación de nuevas acciones y programas. Es destacable el desarrollo que ha tenido, por ejemplo, el Fondo Nacional del Adulto Mayor, el que ha incrementado los recursos para la inversión en más de un 380%, pasando de 550 millones de pesos el año 2004, a más de 2.500 millones contemplados para el año 2009. Ha ampliado su oferta, dirigida en sus inicios exclusivamente a organizaciones de mayores, hacia el financiamiento de proyectos de voluntariado. Éstos son aquellos relacionados con la Nueva Política de Vivienda para Personas Mayores y de financiamiento de servicios sociales para personas mayores.

A su vez el SENAMA ha implementado nuevas acciones como el Programa Vínculos -junto a Mideplan- cuyo objetivo es incluir a las personas mayores en las redes sociales y asegurar una serie de prestaciones del Estado, al tiempo que realiza un acompañamiento psicosocial a la persona mayor. Se ha avanzado también en la construcción de la Nueva Política de Vivienda, la que conjuntamente con el Ministerio de Vivienda y Urbanismo, busca brindar solución habitacional a las personas mayores más vulnerables. A su vez, en materia legislativa, se ha presentado un proyecto de ley para incluir el maltrato en la legislación nacional.

1. LAS PERSONAS MAYORES Y EL DESARROLLO

Las demandas de la población de personas mayores por protección y seguridad, encuentran respuesta en algunos avances programáticos y políticas de protección social que ha venido desarrollando el Gobierno de Chile. Los programas de educación dirigidos a los mayores buscan entregar herramientas para una población que presenta los menores niveles de instrucción. La participación

de las personas mayores en organizaciones, provoca cambios positivos en sus condiciones de vida y en su empoderamiento como grupo social.

La Reforma Previsional permite el acceso a pensiones garantizadas para las personas mayores en situación de vulnerabilidad y contempla, a su vez, una serie de criterios de acceso para grupos de personas que anteriormente, por no haber realizado cotizaciones o por no participar del mercado formal, estaban exentos de contar con una previsión y por tanto se encontraban expuestos a potenciales escenarios de vulnerabilidad.

1.1 Reforma Previsional

Los programas de jubilaciones y pensiones forman parte del sistema de seguridad social, y constituyen una de las fuentes formales de seguridad económica para las personas mayores. El objetivo principal de los sistemas de previsión y jubilación consiste en proteger a la población del riesgo de pérdidas de ingresos en la vejez. La protección de la seguridad económica puede brindarse en el marco de un esquema contributivo o no contributivo.

Hasta el año 1981 existieron 29 cajas de previsión que concedían beneficios de pensión por antigüedad en el empleo, vejez e invalidez. Cada caja contemplaba diferentes requisitos para conceder los beneficios y distintas formas de determinar su valor. En general, se crearon obedeciendo a la estructura, funcionamiento y calidad de empleo que agrupaba por sectores a la fuerza laboral: empleados públicos, obreros, empleados particulares, trabajadores portuarios, etc. Las cajas funcionaban bajo el concepto de la solidaridad intergeneracional, basado en la contribución de todos los trabajadores a un fondo solidario destinado al pago de pensiones de aquellos que se retiraban de la actividad laboral.

En 1981 el sistema de pensiones contributivo chileno fue sometido a una reforma radical. De un sistema de reparto basado en la solidaridad intergeneracional, se pasó a un sistema de capitalización individual, en el cual las pensiones se pagan con cargo a cuentas individuales de ahorro previsional.

Según los supuestos de los que partía el cambio de sistema, éste sería capaz de resolver tres problemas fundamentales del sistema de reparto: el bajo valor de las pensiones, la escasa cobertura de los trabajadores independientes y el desfinanciamiento del sistema.

Sin embargo, luego de 27 años de aplicación del sistema de capitalización individual, la gran mayoría de los trabajadores no lograron cotizar con la constancia requerida, y el rendimiento de sus aportes no ha sido el suficiente. De

continuar con el sistema de capitalizaciones individuales, la mayoría de las personas que integran la fuerza laboral obtendrían pensiones significativamente menores a sus remuneraciones, de muy escaso monto para el logro de una vejez digna y, por lo tanto, con dificultades para lograr un grado aceptable de seguridad económica. Debe considerarse, por otra parte, que el 90% de los trabajadores independientes no se han afiliado al sistema, lo que implicaría un elevado número de personas sin pensión.

Los cambios en la estructura de las familias, la alta proporción de hogares con jefatura femenina, y la participación inestable de las mujeres en el mercado de trabajo -debido al rol reproductivo que ellas desempeñan- generan a su vez un universo de mujeres que tendrían pensiones demasiado reducidas, o que de plano carecerían de ellas.

Antes de la puesta en marcha de la reforma previsional, existían más de 8 millones de personas afiliadas a través de una Administradora de Fondos de Pensiones (AFP) al sistema de capitalización individual. Sólo se excluyeron de esta modalidad de previsión aquellos trabajadores y trabajadoras que en los primeros meses de entrada en vigencia del sistema de capitalización, optaron por permanecer en las ex-cajas de previsión que se centralizaron en el Instituto de Normalización Previsional, INP.

El sistema de AFP contaba, en marzo de 2008, con 8.149.736 afiliados, 327.327 de los cuales son personas mayores, con un total de 362.153 pensionados de vejez (178.705 hombres y 183.448 mujeres), pagándose, al mismo mes, 369.753 pensiones.

El sistema de cajas de previsión (INP) por su parte, en abril de 2008, otorgó, en conjunto (privado y público), 971.807 pensiones, desglosadas en 641.831 en el sector privado y 329.976 en el sector público (SUSES, 2008). Según la Superintendencia de Seguridad Social (SUSES), las pensiones mínimas de vejez e invalidez que se otorgaron en junio de 2008 representan los siguientes montos:

CUADRO 54: PENSIONES MÍNIMAS DE VEJEZ E INVALIDEZ. A JUNIO DE 2008 (\$)

96.390,73	Para menores de 70 años
105.395,85	Para 70 años y más, pero menores de 75 años
112.453,82	Para 75 años y más

Fuente: INP, 2008.

De este modo, la cobertura actual del sistema previsional chileno alcanza a 61.8% de las personas de edad, con una alta proporción percibiendo pensiones de muy bajo monto.

Los principios del nuevo sistema de pensiones

Al cumplirse el segundo aniversario del Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, el 11 de marzo de 2008, fue promulgada la Ley Sobre Reforma Previsional (Ley N° 20.255) aprobada por el Congreso Nacional. Dos años antes, a una semana de la toma de posesión, la Presidenta había constituido el Consejo Asesor para la Reforma Previsional, conocido como Comisión Marcel, integrado por expertos y expertas de todas las corrientes de pensamiento, que recibió aportes de organizaciones y agrupaciones representativas de la diversidad nacional.

La Reforma se rige por los siguientes principios:

- **Derecho Universal a la Protección Social:** el sistema previsional entrega a través de esta reforma una certeza y seguridad mínima a todas las personas para tener una vejez libre del temor a no saber con qué ingresos contarán.
- **Solidaridad:** la Reforma Previsional incorpora el principio de solidaridad al sistema, a fin de proteger a todas las trabajadoras y trabajadores de los riesgos derivados de su condición socioeconómica y de la precariedad de su inserción en el mercado del trabajo, estableciendo los mecanismos necesarios para prevenir la pobreza en la vejez e invalidez, con cargo a recursos provenientes de la sociedad en su conjunto.
- **Equidad Social:** el sistema de pensiones reconoce el derecho a que se otorguen los mismos beneficios a trabajadoras y trabajadores que, en igualdad de otras condiciones, han realizado un esfuerzo contributivo equivalente. El sistema reconoce y promueve el esfuerzo contributivo, ofreciendo mayores beneficios a quienes realizan un mayor esfuerzo, sin perjuicio de los mecanismos solidarios.
- **Equidad de Género:** la reforma reconoce el valor de todas las personas que aunque no hayan cotizado en el sistema previsional, han aportado a Chile con su trabajo remunerado o no remunerado. Reconoce el aporte de las mujeres y las bonifica por cada hijo nacido vivo, además de otras medidas.
- **Eficiencia:** se incorporan mecanismos para bajar los costos de administración del sistema y hacerlo más eficiente, así como para generar mayor competencia entre los actores de la industria a fin de que se gestionen los fondos previsionales a un costo menor para las y los trabajadores.
- **Transparencia:** la Reforma Previsional establece medidas para que los beneficios del sistema, los requisitos necesarios para obtenerlos y los mecanismos financieros e institucionales en que éstos se apoyen sean plenamente conocidos por las trabajadoras y trabajadores afiliados, permitiendo proyectar las condiciones que éste entregará para enfrentar la vejez, la invalidez o la sobrevivencia y los mecanismos para hacer válidos sus derechos.

- **Sostenibilidad:** la Reforma pone énfasis en la transparencia y la disciplina fiscal, financiando los nuevos beneficios previsionales de manera responsable y sostenible, garantizando su solidez financiera y estabilidad en el tiempo.
- **Complementariedad:** el sistema de pensiones debe ser capaz de cumplir sus objetivos de mitigar los riesgos de pérdida de ingresos asociados a la vejez y la invalidez, complementando otras prestaciones de la seguridad social, programas públicos e iniciativas comunitarias, orientados a cubrir estados de necesidad producidos por ciertas contingencias sociales y a elevar la calidad de vida de las personas mayores.
- El Estado es el responsable de la **Integridad del Sistema** y de su capacidad de cumplir con las garantías que establece la Constitución. Para ello se ha definido una nueva institucionalidad que redefine el papel del Estado en el sistema de pensiones asegurando una gestión eficiente de los nuevos beneficios y la corrección de las omisiones e inconsistencias del anterior modelo institucional.

Beneficios y beneficiarios de la Reforma

La Reforma Previsional crea un Sistema de Pensiones Solidarias (SPS) que beneficia a quienes por diversas razones no se han incorporado a un sistema previsional o no tienen derecho a pensión en algún régimen previsional o que, encontrándose afiliados a algún sistema, habiendo cotizado y cumpliendo con los requisitos de elegibilidad, no han logrado reunir los fondos para financiar una pensión digna.

Se reseñan a continuación los principales beneficios para las personas mayores de 65 años.

- **Pensión Básica Solidaria de Vejez (PBSV):** es un beneficio monetario mensual, de cargo fiscal, al que tienen derecho todas las personas que no tengan derecho a pensión en algún régimen previsional y cumplan los requisitos determinados por la ley. La PBSV beneficiará al 40% más pobre de la población a partir de julio de 2008 y tendrá un valor inicial de \$60.000. Su monto será de \$75.000 a partir de julio de 2009 cuando beneficiará al 45% más pobre de la población, aumentando gradualmente la cobertura hasta llegar al 60% más pobre en 2012.
- **Aporte Previsional Solidario de Vejez (APSV):** es un aporte monetario mensual, de cargo fiscal, que incrementa las pensiones autofinanciadas inferiores a \$255.000, una vez que la reforma esté en pleno funcionamiento, través de un complemento que aumenta el monto de la pensión final, a quienes cumplan con los requisitos determinados por la ley. Los beneficios del APSV al igual que los de la PBS, se aplicarán de manera gradual en una transición que se inicia en julio de 2008 y culminará en julio de 2012.

- **Bono por Hijo Nacido Vivo:** la Reforma Previsional incorpora un beneficio que se otorgará a todas las mujeres que cumplan con los requisitos correspondientes, hayan o no contribuido al sistema de pensiones durante su vida activa. Se incrementará su pensión a través del otorgamiento de un bono por cada hijo nacido vivo (incluyendo los hijos adoptivos), consistente en un aporte estatal que equivale al 10% de 18 ingresos mínimos mensuales. El ingreso mínimo de referencia será el fijado para los trabajadores de entre 18 y 65 años vigente en el mes de nacimiento del hijo.

Por lo tanto, entre las personas beneficiarias de la reforma previsional destacan:

- Mujeres sin trabajo remunerado.
 - Si pertenecen a la población de menores ingresos, aunque no hayan cotizado en el sistema de pensiones serán las principales beneficiarias de la PBSV.
 - Recibirán el bono por cada hijo nacido vivo que el Estado entregará a toda mujer.
 - En caso de divorcio o nulidad del matrimonio podrán dividirse los fondos de capitalización individual de uno de los cónyuges cuando el juez considere que hubo menoscabo económico del otro cónyuge.
 - Podrán afiliarse como voluntarias a pesar de no estar realizando actividades remuneradas, lo que antes no se permitía.
- Mujeres trabajadoras, entre ellas particularmente las temporeras por sus ingresos fluctuantes.
 - El APCV les permitirá aumentar su pensión si es inferior a la Pensión Máxima con Aporte Solidario (PMAS).
 - Bono por cada hijo nacido vivo.
 - Se les devolverá el mayor valor del que les correspondería por su siniestralidad que actualmente pagan por la prima del seguro de invalidez y sobrevivencia. El mismo se depositará en forma de cotización en su cuenta individual, mejorando su pensión.
 - Se iguala en 65 años la edad máxima de cobertura del seguro de invalidez y sobrevivencia para mujeres y hombres.
- Personas carentes de recursos beneficiarias de la PBSV.
- Personas beneficiarias de pensiones asistenciales (PASIS).
 - Las personas que a la fecha de entrada en vigencia de la ley sean beneficiarias de pensiones asistenciales (PASIS), dejarán de percibir las y automáticamente tendrán derecho a la Pensión Básica Solidaria de vejez e invalidez, según corresponda, en julio de 2008.
- Beneficiarios de leyes especiales.
 - Pensiones de Gracia, Exonerados, Pensionados Ley Rettig, Pensionados Ley Valech, quienes serán beneficiados por el sistema solidario de conformidad a los requisitos establecidos por la reforma. A quienes sufrieron exilio por razones políticas y estén registrados

en la Oficina Nacional de Retorno se les considerará como lapso de residencia en el país, el tiempo que permanecieron en el exilio. Ello para efectos de cumplir con los requisitos respectivos del sistema solidario.

Institucionalidad y participación

Para promover la educación previsional se crea un Fondo para la Educación Previsional (art. 44 de la Ley de Reforma Previsional), administrado por la Subsecretaría de Previsión Social, con el objeto de apoyar proyectos, programas, actividades y medidas de promoción, educación y difusión del sistema de pensiones.

Del mismo modo, se crea una entidad de asesoría previsional (art. 171), que proporciona información a los afiliados, considerando de manera integral todos los aspectos que dicen relación con su situación particular y que fueren necesarios para adoptar decisiones informadas de acuerdo a sus necesidades e intereses, en relación con las prestaciones y beneficios que contempla la Ley.

Bajo el principio de participación, se crea la Comisión de Usuarios del Sistema de Pensiones, integrada por un representante de los trabajadores, uno de los pensionados, uno de las instituciones públicas, uno de las entidades privadas del sistema de pensiones y un académico universitario, que la presidirá. La Comisión tiene como función informar a la Subsecretaría de Previsión Social y a otros organismos públicos del sector, sobre las evaluaciones que sus representados efectúen sobre el funcionamiento del sistema de pensiones y proponer las estrategias de educación y difusión de dicho sistema.

Con la finalidad de darle sentido y coherencia a la implementación de la Reforma Previsional se crea y modifica la institucionalidad pública para el sistema de previsión social:

- Superintendencia de Pensiones: en el área normativa y regulatoria, se busca unificar las funciones en una nueva Institución Pública, La Superintendencia de Pensiones (SUPEN) que estará a cargo del control de los sistemas contributivo y solidario.
- Instituto de Previsión Social: se crea el Instituto de Previsión Social (IPS), responsable de la administración del sistema de pensiones solidarias. El IPS dispone de una red de centros de atención previsional (CAPRI), a través de la que se prestan servicios de asesoría previsional, apoyo para una adecuada tramitación de las pensiones e información para todos los usuarios.
- Instituto de Seguridad Laboral: el Instituto de Seguridad Laboral (ISL), desempeña funciones sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, funciones que desempeñaba el Instituto de Normalización Previsional (INP).

1.2 Educación y Capacitación

Educación de las personas mayores

Desde los años 90 hasta hoy se han desarrollado distintas iniciativas para promover la educación formal e informal de las personas mayores, en el entendido de que la educación es un proceso permanente y sistemático que se da a lo largo de toda la vida. La relación enseñanza aprendizaje es constante y a toda edad.

a) Programas de Alfabetización, Enseñanza Básica y Media

El Ministerio de Educación (MINEDUC) ha desarrollado programas destinados a alfabetizar y proveer de conocimientos funcionales a las personas mayores, para contribuir al mejoramiento de su calidad de vida y a su integración al mercado del trabajo. Aunque con una cobertura todavía reducida, estos programas e iniciativas apuntan en una dirección que requiere ampliarse y consolidarse.

- El programa “Contigo aprendo” hace posible la obtención de certificado de 4º básico para los mayores y se orienta a personas auto-valentes de nivel socioeconómico bajo. Es gratuito y los requisitos son ser analfabeto o no haber completado 4º básico.
- Se han producido Guías para adultos mayores que, junto con ejercitar la lectoescritura y la matemática, estimulan la reflexión acerca de: la participación social; el cuidado de sí mismo; y el sentido del envejecimiento (“La vida es como un río”). Estas se distribuyen entre los docentes que trabajan con personas mayores y también a las organizaciones de personas mayores.
- El Ministerio de Educación financia proyectos de educación presentados por establecimientos educacionales y también por corporaciones municipales que trabajan con personas mayores. El programa está destinado a mayores auto-valentes de nivel socioeconómico bajo, y los proyectos deben incluir entre sus actividades: ejercitación de lectura comprensiva, de escritura, de cálculo matemático, además de actividades culturales y artísticas, cuidados de salud para el envejecimiento sano, información acerca de los beneficios que ofrece el Estado y relaciones al interior de la familia, entre otros temas.
- El programa Chile Califica, que coordina el MINEDUC, desarrolla diversas modalidades para la nivelación de estudios, en las que puede participar cualquier persona mayor auto-valente. Entre ellas se cuentan:
 - Alternativas para completar estudios a las personas mayores de 15 años, incluyendo a las personas mayores, quienes en su momento no pudieron hacerlo por diferentes razones.

- Para iniciar o completar la Educación Básica y/o Media pueden optar por tomar cursos que se realizan en escuelas y liceos durante la jornada vespertina, y también en los Centros de Educación Integrada de Adultos, que atienden exclusivamente a personas adultas, en diferentes horarios, durante todo el día.
- Modalidad flexible de nivelación de estudios básicos y de enseñanza media para adultos, en la que los alumnos y alumnas pueden avanzar en los estudios de acuerdo a sus posibilidades de tiempo disponible y a su ritmo de aprendizaje.

b) Educación Superior

En los inicios de los 90, con el impulso de la temática de la vejez y envejecimiento en Chile, surgieron iniciativas de educación superior dirigidas a las personas mayores. Se crearon cursos, diplomados en Gerontología Social y diversos talleres en el área de la cultura, destinados a las personas mayores. Las universidades comienzan a abrir las puertas a los mayores de 60 años, incluso surgen nuevos programas dirigidos a mayores en universidades tradicionales, conocidos como universidades para la tercera edad.

En la actualidad desarrollan este tipo de actividades formativas y de extensión, las universidades Católica, de Chile, de Valparaíso, de Santiago, Mayor, del Bío Bío, Católica del Maule, entre otras.

c) Acceso a nuevas Tecnologías-Alfabetización digital

Desde el año 2008 SENAMA cuenta con un Convenio con la fundación Todo Chile Enter para adecuar y dejar en funcionamiento computadores que se entregan en comodato a 14 municipios que aportan la conexión a Internet para cada computador para realizar cursos de alfabetización digital para la población de mayores de su comuna.

Desde el SENAMA se han generado alianzas de trabajo con otros servicios públicos para la realización de cursos de alfabetización digital. Es así como desde el año 2008 la División de Organizaciones Sociales del Ministerio Secretaría General de Gobierno realiza cursos en la Región Metropolitana para dirigentes mayores, en los que se han capacitado 440 de ellos.

En esta línea se inició en 2008 un convenio con el programa Biblioredes, que capacita gratuitamente a personas mayores en alfabetización digital, a través de sus servicios de capacitación en computación, acceso a internet y creación de sitios web. Las actividades se han desarrollado en 18 Laboratorios Regionales de Capacitación con presencia a nivel nacional.

Otras instituciones que han desarrollado este tipo de cursos son el Instituto Nacional de la Juventud, el INP y algunas municipalidades del país.

Promoción de proyectos en el ámbito educativo

Desde el año 2007 el Fondo Nacional del Adulto Mayor, que organiza y administra SENAMA incluye en su tipología de proyectos las actividades de educación o capacitación de adultos mayores. En 2009 se incorpora, como innovación, una nueva línea del Fondo denominada Alfabetización Digital de Adultos Mayores, por la que las organizaciones de mayores pueden presentar proyectos que les permitan acceder al equipamiento necesario, así como al aprendizaje en el uso de nuevas tecnologías.

Las personas mayores en el sistema educativo

El Ministerio de Educación ha elaborado y distribuido guías para docentes de alumnos de Primer y Segundo Nivel Básico, con propuestas de actividades relacionadas con la comunicación familiar entre niños y personas mayores, investigación de la realidad de las personas mayores y promoción de su respeto y cuidado. Asimismo se ha instituido el 1º de octubre, Día Internacional de las Personas Mayores, como efeméride a conmemorar en los establecimientos educacionales.

Una innovadora e importante experiencia en el ámbito educativo e intergeneracional es el programa Asesores Senior. Éste moviliza a voluntarios (as) mayores (en su mayoría profesionales jubilados), para que brinden apoyo escolar a niños de educación básica pertenecientes a familias del Programa Puente, del Sistema de Protección Social Chile Solidario. Este apoyo escolar consiste en una visita semanal al hogar para contribuir al desarrollo educacional de los niños y niñas. El proceso de enseñanza - aprendizaje junto con apoyar los contenidos de la malla curricular de los niños/as, ha contribuido a que éstos mejoren su rendimiento escolar en un 74 por ciento durante el último año, de acuerdo a la evaluación del programa. También han mejorado su conducta, sus hábitos de estudio y adquirido una imagen más positiva de la vejez y envejecimiento. Un resultado adicional ha sido la positiva influencia en las relaciones del entorno familiar del niño, en la mayoría de los casos.

Formación de profesionales y técnicos

En las dos últimas décadas, sobre todo en la más reciente, se ha desarrollado la formación de recursos humanos en gerontología y geriatría por parte de las universidades, las que han incluido la temática en los ámbitos de docencia de pre y post grado, y de investigación.

Universidades privadas y del Consejo de Rectores incluyen cursos, diplomados, magíster y especialidades de Gerontología Social o Geriatría. Hoy existen al menos 25 universidades (o sedes regionales de las mismas) que imparten este tipo de formación. Con 15 de ellas se realizó a fines de 2008 un seminario nacional de conocimiento mutuo e intercambio de experiencias y prioridades. En él se generaron condiciones para la conformación de redes de disciplinas afines, para producir y generar sinergias y evitar duplicidades.

Además, se imparte la especialidad Atención de Adultos Mayores en la educación media técnico-profesional. En 2008 se realizó un encuentro de profesores de 25 liceos técnico profesionales de esta especialidad, con la participación de SENAMA y del Departamento de Currículos de la educación media técnico profesional. A partir del intercambio de experiencias y de los avances de los últimos 6 años, se acordó la modificación del currículo de esta especialidad, el que fue elaborado en 2003.

Diplomados en Gerontología Social e-learning

La formación de recursos humanos que intervienen en la implementación de políticas y programas para personas mayores, constituye un capital clave para enfrentar los desafíos del envejecimiento y la vejez. Por ello el SENAMA desarrolla desde 2007 un programa de formación para funcionarios que trabajan con personas mayores desde el año 2007. En los dos últimos años, se han capacitado en gerontología 480 funcionarios y funcionarias de las redes locales.

El Programa mejora las competencias de los funcionarios que realizan intervenciones con personas mayores, mediante la entrega de becas de formación. Esto se enmarca en el mandato institucional de SENAMA de realizar, por sí o a través de terceros, programas de capacitación que tiendan a lograr el desarrollo integral de las personas mayores. El programa considera la transferencia de recursos a universidades que generan cupos de formación a distancia en el ámbito gerontológico e intervenciones psicosociales para personas mayores.

1.3 Fondo Nacional del Adulto Mayor

La difusión, conocimiento y promoción del ejercicio de los derechos de las personas mayores constituye un eje central de esta política que se propone lograr su integración a la sociedad y su participación activa en la toma de decisiones que les afectan.

El Fondo Nacional del Adulto Mayor (FNAM) financia proyectos ideados y postulados por organizaciones de adultos mayores, que buscan facilitar su asociatividad y

participación, y contribuir a mejorar su calidad de vida, considerando no sólo las carencias que pueden afectarlos sino también las potencialidades de los mayores como sujetos sociales activos participantes en todos los ámbitos de la vida social.

El FNAM comenzó a operar como experiencia piloto en 2003, y el año 2004 se extendió a todo el país, financiando 1.193 proyectos con el equivalente a cerca de 550 millones de pesos. En el año 2008 los proyectos adjudicados y financiados fueron 2.404, por un monto equivalente a 2.213 millones. El total de personas mayores beneficiadas por los proyectos del 2008 fue de 113.716. El monto promedio asignado por proyecto fue de \$920 mil, muy superior a los \$400 mil asignados en 2004.

Los clubes de adultos mayores, que en el año 2003 eran alrededor de 7.500 llegan hoy día a cerca de 12 mil. Los clubes, (casi la totalidad de los cuales cuenta con personería jurídica) se agrupan en las Uniones Comunales de Adultos Mayores, que en la actualidad alcanzan a las 248. Con un promedio de 30 miembros por club (los hay desde 15 hasta 60 integrantes), las personas de edad activas en estas organizaciones son aproximadamente 370 mil.

El Fondo Nacional del Adulto Mayor se rediseña anualmente, a objeto de incorporar los aprendizajes de su operación, incorporar los acuerdos de evaluación programática que implican sus ámbitos de control de la gestión y los requerimientos de su población objetivo. De esta forma, por medio de su implementación, se plantea abordar directamente los problemas vinculados con la exclusión social de los mayores, favoreciendo e incrementando la participación social de éstos en sus redes comunitarias y el espacio local.

El Fondo Nacional del Adulto Mayor, para el año 2009, financiará iniciativas ejecutadas por organizaciones de mayores e instituciones que trabajan con mayores. De esta manera, se contemplan 3 líneas de acción, las primeras dos corresponden a iniciativas concursables: una para organizaciones de mayores que permite satisfacer sus necesidades de identidad, pertenencia, ejercicio de nuevos roles, fomenta su autonomía y sentido de pertenencia, aporta a la construcción de su identidad con el territorio y motiva su compromiso como actores del desarrollo en todos los ámbitos de la vida social. Una segunda busca financiar instituciones que realizan acciones innovadoras de servicios y apoyo al cuidado domiciliario de mayores. Además se cuenta con una tercera línea que financia convenios directos con distintas instituciones públicas y privadas que prestan servicios y apoyo complementario en el marco de la protección social a personas mayores en situación de vulnerabilidad.

Primera Línea: Financiamiento de iniciativas de Organizaciones de Mayores

La participación social en las personas mayores significa una forma de vinculación con el entorno social que posibilita articular intereses entre grupos de personas, logrando con ello una mayor capacidad de relevar las demandas y de ser escuchados por los entes decisores. La inexistencia de medios que fomenten la participación en las personas mayores, genera carencias de espacios en los cuales se posibilite compensar el impacto del mayor tiempo libre que surge tras la jubilación, la cual se encuentra asociada, muchas veces, a una declinación de los ingresos y a impactos negativos en el bienestar psicosocial y sociocultural de las personas de edad. De esta forma, el financiamiento de iniciativas autogestionadas por las personas mayores facilita la participación, la cual, desde la óptica del envejecimiento activo, contribuye a mantener la funcionalidad y la autonomía en las personas mayores.

Segunda Línea: Iniciativas de servicios y apoyo al cuidado domiciliario a personas mayores en situación de vulnerabilidad beneficiadas por el estipendio de la medida 6B

Busca financiar iniciativas vinculadas con la entrega de servicios a personas mayores en situación de vulnerabilidad, que dada su condición de dependencia física o mental, requieren de cuidados específicos que alivien la carga familiar que estos cuidados generan. En la actualidad no existen servicios dirigidos hacia este grupo de mayores, generando una carga familiar importante derivando en cuidado poco adecuado y sobrecarga al familiar cuidador. Asimismo, junto con complementar el cuidado familiar, se pretende retrasar una posible institucionalización de las personas mayores.

Tercera Línea: Servicios y apoyo complementario en el marco de la protección social a personas mayores en situación de vulnerabilidad

Las personas mayores presentan necesidades habitacionales específicas asociadas a las condiciones materiales en que se encuentra su vivienda, a la configuración del hogar, a los recursos psicosociales con que cuenta el grupo familiar, a los recursos sociocomunitarios, al nivel de funcionalidad, al nivel de seguridad económica, al nivel de dependencia, etc. Por ello, SENAMA y el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) suscribieron un convenio que contempla viviendas individuales y colectivas, sin titularidad de dominio, y que podrán ser administradas por municipios o entidades especializadas en atención de personas mayores con inscripción vigente en el Registro de Instituciones de SENAMA.

2. PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD Y BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES

El sistema de salud ha presentado crecientes mejoras en función de brindar protección a las personas mayores, ampliando su cobertura y garantizando prestaciones a toda la población. Se han diseñado e implementado programas específicos de salud para las personas mayores, con un énfasis importante hacia la mantención y seguimiento de su salud y funcionalidad. Se implementan acciones referidas a brindarle apoyo a las personas que prestan servicios de cuidados a postrados en las familias. Existe una reglamentación para los Establecimientos de Larga Estadía para personas mayores. El sistema presenta de este modo ciertos componentes de lo que podría llamarse un modelo gerontológico de la atención en salud.

2.1 Acceso a la Salud

Es importante observar los indicadores de acceso al sistema de salud, pues dan cuenta de la cobertura de atención a las personas mayores, considerando que este ítem constituye una de sus principales fuentes de gastos.

Los datos sobre el sistema de salud que aporta la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN 2006) pueden verse en el cuadro N° 55 y muestran la distribución de personas mayores en cada sistema previsional de salud según quintil de ingreso. Se observa, en términos generales, que las personas mayores a las cuales el sistema público de salud está atendiendo pertenecen, aproximadamente en partes iguales, a los cuatro quintiles de menores ingresos. No obstante, también se observa una participación relevante de personas mayores pertenecientes al quinto quintil. Por otra parte, se observa que los sistemas de previsión de las FF.AA. y de Orden e ISAPRES atienden a la mayor parte de personas mayores pertenecientes a los quintiles de mayores ingresos.

CUADRO 55: ACCESO A NIVEL DE PREVISIÓN, DISTRIBUCIÓN POR SISTEMA SEGÚN QUINTIL DE INGRESO. PERSONAS MAYORES

Sistema Previsional de Salud	I	II	III	IV	V	Total
FONASA A	51,9	20,5	16,1	9,5	2	100
FONASA B	23,8	23,8	22,7	29	0,7	100
FONASA C	13,9	16,3	15,9	39,6	14,3	100
FONASA D		14,4		68,4	17,3	100
Sistema público pero no sabe	93,9			6,1		100
FFAA		84			16	100
ISAPRE				68,3	31,7	100
Ninguno (particular)	26	27,1	3,4	23,6	19,8	100
Otro						100
No sabe	100					100
Total	29,4	20,2	16,5	28,5	5,4	100

Fuente: CASEN, 2006.

En el cuadro N° 56, se observa como se distribuyen los mayores por quintil de ingreso en cada sistema previsional. Tomando como referencia los quintiles extremos, se advierte que 93,6% de los mayores del primer quintil financian su salud mediante el sistema público, cifra que

baja a 54% en el quinto quintil. Sólo 32,1% de las personas mayores pertenecientes al quinto quintil financian su salud a través de las ISAPRES, al contrario de lo que podría esperarse.

CUADRO 56: ACCESO AL SISTEMA PREVISIONAL DE SALUD, DISTRIBUCIÓN POR QUINTIL DE INGRESO SEGÚN SISTEMA. 2006, PORCENTAJES						
Sistema previsional de salud	I	II	III	IV	V	Total
FONASA A	46,7	26,9	25,8	8,8	9,7	26,4
FONASA B	39,5	57,8	76,4	49,7	6,5	48,9
FONASA C	2,9	5	6	8,6	16,3	6,2
FONASA D		4,8		16,2	21,5	6,8
Sistema público pero no sabe cuál	4,4			0,3		1,4
Subtotal sistema público	93,6	94,5	99,2	83,7	54	89,7
FFAA		0,4			0,3	0,1
ISAPRE				13,2	32,1	5,5
Ninguno (particular)	3,3	5	0,8	3,1	13,7	3,7
Otro						
No sabe	3,1					0,9
Total	100	100	100	100	100	100

Fuente: CASEN, 2006.

En la misma línea de análisis, es decir, sobre el acceso al sistema en referencia al nivel socioeconómico, se encuentra que, según un Estudio realizado por la CEPAL a partir de datos del Censo del año 2002, la mayor parte de la población de 65 años y más se encuentra en FONASA A y B⁸⁴. Estos grupos a su vez son los que cuentan con los ingresos más bajos. Quienes están en FONASA A perciben un ingreso promedio de 68.383 pesos, y los que se atienden a través de FONASA B, tienen ingresos equivalentes a 107.886 pesos. En contraposición a lo anterior, las personas mayores que cotizan en ISAPRES perciben ingresos que promedian los 520.149 pesos.

Como es posible observar en el siguiente cuadro, algunas variables asociadas a la vulnerabilidad, a saber, bajos ingresos, baja escolaridad y ruralidad, se encuentran en una mayor proporción en el sistema público de salud y, en una dimensión significativamente mayor, en el nivel A de FONASA. Esto puede ser útil a la hora de focalizar recursos y acciones desde el Estado, ya que en FONASA A existe un potencial grupo ya identificado que puede ser beneficiario de programas y servicios que trasciendan lo sanitario, que se dirijan a contrarrestar otros ámbitos de vulnerabilidad.

CUADRO 57: CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS SEGÚN SU PLAN DE SEGURO DE SALUD								
	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	FONASA (no sabe)	FF.AA.	ISAPRES	Particular
Alcance del Plan	25%	36%	6%	9%	3%	6%	7%	6%
Ingreso Promedio	68.368	107.886	155.048	246.436	213.157	252.555	520.149	222.459
Edad Promedio	73,7	73,5	72,8	71,8	74,5	73,6	71	72,4
Personas de 75+	39%	37%	35%	28%	46%	40%	22%	30%
Promedio de años de escolaridad	3,4	5	7,1	9,3	7	8,5	11,6	7,5
Residencia en zonas rurales	36%	17%	5 %	5%	6%	2%	3%	17%

Fuente: "Equidad en la atención médica del Adulto Mayor en Chile". Revistas CEPAL 78, diciembre, 2002.

84 Según los ingresos de las personas, los grupos de FONASA se dividen de la siguiente manera:

FONASA A: Carentes de recursos o indigentes.

FONASA B: Ingreso imponible mensual menor o igual a \$159.000.

FONASA C: Ingreso imponible mensual mayor a \$159.000 y menor a \$232.140. Con más de 3 cargas familiares pasa al grupo B.

FONASA D: Ingreso imponible mensual mayor a \$232.140. Con más de 3 cargas familiares pasa al grupo C.

Como se observa en el cuadro N° 58, 90% de los adultos de 65 años y más que fue atendido a través de FONASA A (menores ingresos), no incurrió en ningún gasto de atención; al aumentar el nivel de ingreso, disminuye el porcentaje de personas que no incurrió en ningún gasto. Ello establece que los niveles del sistema de salud están cumpliendo, al menos en términos cuantitativos, con las necesidades que tienen las personas mayores.

A la hora de buscar y realizarse la atención de salud, es necesario observar algunos indicadores más cualitativos. En tal sentido, del total de afiliados a FONASA, 85% recibió atención y de éstos, en promedio, 86% se declara satisfecho con el tiempo de atención.

CUADRO 58: INDICADORES DE ACCESO A LA SALUD SEGÚN TIPO DE SEGURO. PERSONAS DE 65 AÑOS Y MÁS.

	FONASA A	FONASA B	FONASA C	FONASA D	FONASA (no sabe)	FF.AA.	ISAPRES	Particular
Enfermedad/accidente en los últimos 3 meses	40%	40%	35%	37%	33%	29%	27%	6%
Recibió atención	77%	83%	86%	93%	80%	92%	75%	222.459
Satisfacción con tiempo de atención	83%	87%	84%	90%	90%	95%	89%	30%
No incurrió en gastos personales	90%	66%	39%	26%	6%	6%	16%	7,5

Fuente: "Equidad en la atención médica del Adulto Mayor en Chile". Revistas CEPAL 78, diciembre, 2002.

Los datos de la CASEN 2003 nos hablaban de que 68% de las personas mayores se encontraban inscritas en un consultorio o establecimiento público de salud.⁸⁵ Es necesario recalcar aquí que es en el sistema público donde las personas mayores pueden acceder a los programas de control de salud preventivo, al Plan de Alimentación Complementaria (PACAM) y a otros beneficios que provee el sistema. A pesar de que la inscripción en los consultorios es relativamente alta si se compara con la que existe en otros países de la región, aún queda una brecha bastante grande de mayores que no están inscritos y por tanto no están accediendo a los programas de seguimiento de su salud, como la aplicación de la Escala de Evaluación Funcional (EFAM), que proveen información muy valiosa tanto para el dimensionamiento de demandas por programas de salud, prevención y rehabilitación, como para el diseño y la evaluación de éstos.

2.2 Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE)

El proceso de transformación del perfil de enfermedades como consecuencia del envejecimiento de la población, del cambio en los hábitos de vida y de las condiciones de trabajo, entre otros factores, se reconoce en la formulación de nuevos objetivos sanitarios nacionales para la década 2000-2010, como un componente esencial de la reorientación de las políticas públicas en salud. Ellos constituyen el referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar las actividades necesarias para mejorar la salud de la población. Los objetivos planteados se orientan a:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.
- Corregir las inequidades en salud.
- Proveer servicios acordes con las expectativas de la población.

A fin de resguardar las condiciones de acceso, la cobertura financiera y la oportunidad con que deben ser cubiertas las prestaciones asociadas a la atención de las enfermedades que cuentan con tratamientos efectivos para su atención, causan mayor cantidad de muertes en el país o generan mayor cantidad de años de vida perdidos, y en el esfuerzo de hacer exigibles y garantizar los derechos de las personas en materia de salud, se creó el AUGE, el que por primera vez significa un avance sustantivo en esta línea.

El AUGE incluye en la actualidad 56 patologías, 39 de las cuales cubren a las personas mayores, tanto a los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud, FONASA (seguro público), como a los de las ISAPRES (seguros privados de salud). La atención a las patologías incorporadas en el AUGE incluye también las terapias farmacológicas. Se espera que en el año 2010, el plan AUGE cuente con 80 patologías de acceso universal.

Los beneficiarios de FONASA deben atenderse en los establecimientos de la red asistencial pública, siendo el Consultorio de Atención Primaria la puerta de entrada al Sistema AUGE. Los beneficiarios del sistema privado pueden acceder a través de la red de prestadores establecida por su asegurador.

85 Información correspondiente a CASEN 2003, ya que en la CASEN 2006 no se realizó esa consulta.

De las 56 patologías y garantías explícitas cubiertas actualmente por el plan AUGE, las siguientes corresponden a la población adulta mayor:

CUADRO 59: PATOLOGÍAS AUGE QUE COMPETEN A LAS PERSONAS MAYORES			
1	Hiperplasia benigna de la próstata	21	Presbicia, miopía, astigmatismo y/o hipermetropía en personas de 65 años y más
2	Cáncer de testículo en personas de 15 años y más	22	Artrosis de cadera en personas de 65 años y más
3	Cáncer de próstata en personas de 15 años y más	23	Órtesis en personas de 65 años y más
4	Cáncer al cuello del útero	24	Artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada en personas de 55 años y más
5	Cáncer de mama	25	Hernia del núcleo pulposo lumbar
6	Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos	26	Artritis reumatoide en personas de 15 años y más
7	Cáncer a los ganglios (linfoma) en personas de 15 años y más	27	Infarto al corazón
8	Cáncer Gástrico	28	Arritmia cardíaca que requiere marcapasos en personas de 15 años y más
9	Leucemia en personas de 15 años y más	29	Depresión en personas de 15 años y más
10	Diabetes tipo 1	30	Desprendimiento de retina
11	Diabetes tipo 2	31	Accidente cerebrovascular isquémico en personas de 15 años y más
12	Retinopatía diabética	32	Tumor primario del sistema nervioso central en personas de 15 años y más
13	Insuficiencia renal crónica terminal	33	Trauma ocular grave
14	Virus del SIDA	34	Urgencia odontológica ambulatoria
15	Hipertensión Arterial	35	Salud oral integral del adulto de 60 años
16	Hemofilia	36	Politraumatismo grave
17	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	37	Traumatismo craneo encefálico moderado o grave
18	Cataratas con disminución de la visión	38	Quemadura que pone en riesgo su vida
19	Hipoacusia bilateral en personas de 65 años y más	39	Hemorragia por ruptura de un aneurisma cerebral
20	Neumonía adquirida en la comunidad de personas de 65 años y más		

Además de las 56 patologías, durante el año 2008 se incorporaron siete patologías en forma de piloto al plan. De éstas hay algunas que van en beneficio directo de las personas mayores, tales como el Parkinson para todas las edades o el tratamiento de hernia en la pared abdominal para personas de 15 años y más.

2.3 Programa de Salud del Adulto Mayor

Chile cuenta con una política de salud del adulto mayor orientada a mantener su capacidad funcional, el mejor indicador de bienestar, y a identificar aquellos factores que tienen valor predictivo y son susceptibles de intervenciones costo-efectivas. Los objetivos de la política son:

- Contribuir a mantener o recuperar la autonomía física, psíquica e intelectual de los mayores, para mejorar su calidad de vida.

- Prevenir la mortalidad por causas evitables, contribuyendo de esta manera a prolongar la vida.

Para la implementación de la política, el Ministerio de Salud cuenta específicamente con un Programa de Salud del Adulto Mayor que contempla las siguientes acciones de prevención:

- Control anual de salud.
- Controles periódicos de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, reumatológicas, tuberculosis.
- PACAM (Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor) que entrega dos productos alimenticios: bebida láctea en forma gratuita a las personas mayores en condiciones de pobreza o aislamiento afiliadas a FONASA.
- Vacunación anual antiinfluenza a mayores de 60 años.
- Vacunación anual antineumocócica a mayores de 75.
- Entrega de Lentes de Presbicia.

A su vez, el Programa contempla las siguientes acciones de recuperación:

- Consultas de morbilidad para las personas mayores que lleguen con cualquier tipo de enfermedad al consultorio u hospital, los que deberán ser atendidos dentro de las 48 horas desde que lo solicitan.
- Programa de atención ambulatoria de especialidades constituido por un conjunto de acciones focalizadas en consultas oftalmológicas y entrega de lentes, atención de otorrinolaringología y entrega de audífonos, atención integral odontológica y transferencia gratuita de sillas de ruedas, bastones, andadores, colchones y cojines antiescaras.
- Guías clínicas para trastornos cognitivos y demencias, depresión, artrosis, artritis reumatoidea, hipoacusia y enfermedades cardiovasculares.
- Unidades de Rehabilitación Integral Comunitaria. En ellas se trabaja en el manejo del dolor osteoarticular, ejercicios de mantenimiento y mejoramiento de la funcionalidad, atención de secueledos de accidentes vasculares (AVC), atención de enfermos de Parkinson, atención de personas mayores ciegas y/o de baja visión y entrega de ayudas técnicas.

El control de salud anual o examen de medicina preventiva del adulto mayor permite medir la funcionalidad, identificar los factores de riesgo y elaborar un plan de atención. Para medir la funcionalidad de las personas mayores se utilizan dos instrumentos:

- Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM-Chile).
- Índice de Katz.

A las personas mayores que acceden al Centro de Salud por sus propios medios se les aplica la EFAM. A quienes no pueden acceder por sus propios medios se les aplica Índice de Katz. El EFAM es un instrumento predictor de pérdida de funcionalidad, se aplica a toda persona de 65 años y más, que llega caminando al centro de salud, una vez al año, en el control de salud o examen de medicina preventiva anual. Por otro lado, el Índice de Katz se aplica a las personas mayores que no pueden acceder al centro de salud por sus propios medios: postrados, adultos mayores ciegos totales, sordos sin corrección, secueledos de accidente vascular (AVE), amputados, y en otras condiciones que signifiquen dependencia evidente. Se trata de instrumentos que permiten medir la funcionalidad en forma integral, vale decir las funciones cognitivas, afectivas, motoras y cardiovasculares, y las actividades de la vida diaria.

Entre las prestaciones de salud dirigidas a las personas mayores ha sido de alto impacto la eliminación del copago para aquellos de 65 años y más en el sistema de salud público en el año 2006. Antes de esta medida, los beneficiarios debían cubrir entre 10% y 20% del valor de la prestación al atenderse en establecimientos públicos.

2.4 Establecimientos de Larga Estadía

Chile cuenta con un Reglamento que regula el funcionamiento de los Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) que fue publicado en el diario oficial con fecha 7 de junio de 2005. El mismo rige para la instalación y funcionamiento de los ELEAM, definiendo este tipo de establecimientos como “aquel en que residen adultos mayores que, por motivos biológicos, psicológicos o sociales, requieren de un medio ambiente protegido y cuidados diferenciados para la mantención de su salud y funcionalidad, y que cuenta con autorización para funcionar en esa calidad otorgada por la Secretaría Regional Ministerial de Salud competente en que se encuentra ubicado”.

El mencionado reglamento estipula, además, que serán las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI) las encargadas de la fiscalización, control y supervisión de los ELEAM, siendo necesaria la aprobación de cualquier modificación en la planta física del establecimiento. Las fiscalizaciones de cumplimiento del reglamento son llevadas a cabo por las Oficinas de Profesiones Médicas de las SEREMI.

El reglamento de ELEAM establece que las personas mayores residentes deberán ser evaluados y calificados en base a la escala de evaluación funcional Katz, para determinar el nivel de dependencia de la persona mayor.

En base a esta evaluación, los ELEAM cuyos residentes sean personas mayores postradas, dependientes físicos o psíquicos o autovalentes, deberán contar con las siguientes características específicas:

- En aquellos establecimientos en que residan personas mayores postradas, definidas en el reglamento como aquellas que están totalmente incapacitadas para desarrollar las actividades de la vida diaria (AVD)⁸⁶, deberá contarse con:
 - Un auxiliar de enfermería 12 horas diurnas y uno de llamada en la noche.
 - Un cuidador por cada siete residentes 12 horas del día y uno por cada 10 en turno nocturno. De acuerdo con ello, a partir de ocho residentes ya corresponden dos cuidadores diurnos y a partir de 15 corresponden tres, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche.
- En aquellos ELEAM en que residan dependientes físicos o psíquicos se deberá contar con:
 - Un auxiliar de enfermería de dos horas diarias de permanencia y de llamada las 24 horas del día.
 - Un cuidador por cada 12 residentes dependientes 12 horas del día y uno por cada 20 en horario nocturno. De acuerdo con ello, a partir de 13 residentes ya corresponden dos cuidadores diurnos y a partir de veinte corresponden tres, y así sucesivamente, operando del mismo modo respecto de los cuidadores del turno de noche.

86 Vestirse, bañarse, usar el inodoro, trasladarse, mantener la continencia y alimentarse.

- Respecto de las personas mayores autovalentes, el reglamento establece que se deberá contar con un cuidador por cada 20 residentes durante las 24 horas. La atención médica de las personas mayores residentes de Establecimientos de Larga Estadía es provista por la red de salud pública (Consultorios de Atención Primaria y Hospitales).

En cuanto al aporte estatal, el Servicio Nacional del Adulto Mayor y el Consejo Nacional de Protección a la Ancianidad (CONAPRAN) firman anualmente un convenio mediante el cual el SENAMA transfiere recursos a CONAPRAN destinados al financiamiento de actividades, planes y programas que se implementan en establecimientos de esta institución. En el marco de este convenio SENAMA presta asesoría técnica y realiza coordinaciones con otras instituciones del Estado para mejorar la calidad de la atención que CONAPRAN brinda a las personas mayores.

Es en este sentido, que durante fines del 2008 y principios del 2009, SENAMA ha liderado la conformación de una mesa de trabajo que tiene como fin revisar el modelo de Establecimientos de Larga Estadía para Personas Mayores en Chile. La idea es rediseñar las formas en que el Estado de Chile se hace cargo de la temática de la institucionalización, revisando el reglamento existente, discutiendo modelos de financiamiento, etc.

SENAMA establece mecanismos de focalización de ingreso para los residentes de CONAPRAN que priorizan el ingreso de personas mayores postradas y dependientes leves, de personas mayores con dificultades económicas y de personas en situación de abandono (casos derivados por la Oficina de Informaciones Reclamos y Sugerencias, OIRS, de SENAMA). Se establece también el desarrollo de un Programa de Alimentación (para mejorar la deglución de los residentes), un Programa de Estimulación Cognitiva, una Evaluación de Salud y un Programa de Estimulación Física.

2.5 Estipendio al Familiar Cuidador del Dependiente Severo

La sociedad chilena necesita asumir el cuidado de sus mayores y personas con discapacidad severa. El cuidado humanizado de las personas con dependencia severa constituye una de las tareas sociales pendientes más urgentes. Es por esta razón que entre las 36 medidas definidas por el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet, a realizarse dentro de los 100 primeros días de su mandato, se contaba con la medida 6B. Ésta apunta a dar apoyo a personas que sufren de dependencia severa y son cuidados por sus familias. Cuidado que muchas veces resulta inadecuado y/o con una presión agobiante para la familia.

Es necesario tener en cuenta que la medida es parte de un continuo, constituido por acciones de promoción, preventivas, de recuperación y rehabilitación.

El objetivo de la medida es mejorar la calidad del cuidado de la persona postrada y aliviar a la familia, disminuyendo la carga del cuidador/a, impidiendo de este modo la institucionalización.

La medida se operacionaliza a través de:

- Atención domiciliaria por el equipo de salud del consultorio.
- Capacitación y apoyo comunitario a la cuidadora.
- Apoyo monetario a las personas postradas que califican como pobres o indigentes, según Ficha de Protección Social, y son cuidados por sus familias. El estipendio es de \$20.000 y es pagado a la familia cuidadora.

La definición de persona postrada beneficiaria del subsidio es aquella que requiere de apoyo, guía y supervisión total en Actividades de la Vida Diaria (según índice de Katz):

- Bañarse.
- Vestirse.
- Usar el inodoro.
- Trasladarse.
- Continencia de esfínteres.
- Alimentarse.

A su vez, para conseguir el subsidio la persona deberá cumplir con los siguientes criterios:

- Que la persona clasifique como postrado según índice de Katz (OMS/ OPS).
- Que la persona postrada esté incluida en el programa Postrados de Atención Domiciliaria en Atención Primaria en Salud.
- Que el cuidador familiar esté capacitado por el equipo del centro salud.
- Que la persona no esté institucionalizada.

2.6 Conformar un Sistema de Servicios Sociales y Sanitarios: Pilar Indispensable de la Protección Social de las Personas Mayores

La vulnerabilidad asociada al envejecimiento y la vejez hace necesario prestar atención especial a la disminución de la capacidad funcional y la dependencia. Ésta tiene un alto impacto bio-psico-social tanto sobre el propio sujeto que la experimenta como para sus familias, así como un efecto relevante en términos de recursos económicos y humanos para la sociedad en su conjunto.

Esto requiere una readecuación de los programas existentes, de manera de ir avanzando hacia servicios de calidad bajo un enfoque de derechos, que aseguren acceso universal, dejando de lado el asistencialismo y la priorización sobre los grupos en extrema pobreza. En este sentido, la

cobertura de los programas de servicios sociales debe diseñarse a partir de la demanda potencial existente.

Avanzar hacia la prestación de servicios de calidad para los mayores, tanto en el mantenimiento de la funcionalidad, la rehabilitación y los cuidados de largo plazo, requiere una mirada de conjunto, capaz de integrar todos los elementos sociales y sanitarios y vincularlos entre sí, de manera sinérgica. Es decir, requiere del diseño de un Sistema de Servicios Sociales y Sanitarios para las personas mayores.⁸⁷

Diseñar e implementar dichos servicios es urgente, conveniente desde el punto de vista económico e ineludible desde el punto de vista ético para nuestra sociedad. Muchos países han enfrentado el envejecimiento poblacional a través de servicios sociales y sanitarios. La forma en que se implementan cambia de acuerdo a las realidades específicas y a la voluntad de asumir la responsabilidad pública y nacional con las personas de edad, dejando de responsabilizar solamente a las familias por el cuidado de sus mayores. Las experiencias acumuladas internacionalmente, apuntan a tres líneas de trabajo en materia de servicios sociales:

- Servicios conducentes a mantener y promover la funcionalidad y la actividad: los que se relacionan con todos los ámbitos de la política pública, tales como el desarrollo y la planificación urbana, la instalación de la cultura del autocuidado, la dotación de infraestructura que facilite la integración social, el ocio, el esparcimiento, la formación continua, la desvinculación laboral asistida, el emprendimiento, la salud, la vivienda, la accesibilidad, etc.
- Servicios tendientes a recuperar la funcionalidad (centros de día), dirigidos a personas que manifiestan pérdidas funcionales, para revertirlas o retrasar su avance a través de la rehabilitación.
- Servicios orientados a los cuidados de largo plazo para personas mayores con diversos grados de dependencia. Los cuidados de largo plazo aparecen como el eje de servicios sociales y sanitarios para dar respuesta a las necesidades de los mayores que requieren de otra persona para satisfacer sus necesidades cotidianas. Éstos pueden operacionalizarse a través de:
 - **Servicios y Cuidados Domiciliarios:** que contribuyan a la permanencia de la persona en su entorno habitual por el mayor tiempo posible, por ejemplo, servicio de cuidadoras/es, teleasistencia.
 - **Centros de Día:** para responder a la necesidad de respiro de la familia que cuida, permitiendo a la vez que la persona mayor reciba asistencia de personal especializado.
 - **Instituciones de Larga Estadía:** para satisfacer la necesidad de cuidados que no es posible abordar en la familia, ya sea porque ésta no existe, o porque no los puede proveer.

La prevención y rehabilitación son instrumentos que posibilitan reducir la presión excesiva sobre el sistema de salud, evitando o mitigando enfermedades que pueden derivar en hospitalización y medicación excesiva, con un alto costo en salud para la sociedad en su conjunto y también para la calidad de vida de las personas mayores.

Por otra parte, los servicios sociales y sanitarios abren también oportunidades en materia de empleabilidad y desarrollo, ya que ofrecen al mercado nuevos nichos de necesidades. Este tipo de servicios requiere personas capacitadas para proveerlos, cuestión que se irá profundizando en la medida que la sociedad envejece, pudiendo constituir, en el futuro, un campo profesional amplio tanto para las generaciones más jóvenes como también para los mayores.

Para diseñar un sistema de este tipo es necesario contar con un modelo de acreditación, que incluya la determinación de los perfiles profesionales y las competencias laborales necesarias para la prestación de los servicios y cuidados, así como el diseño de un plan de capacitación y/o perfeccionamiento; y la determinación de la infraestructura, los productos y servicios sociales y sanitarios adecuados para la atención de las personas mayores, tanto en el ámbito familiar como en el institucional.

Se proponen, entonces, acciones orientadas al cuidado de personas mayores, siempre bajo el entendido de que el mejor escenario es aquél donde la persona mayor envejezca en su entorno. De esta manera -al contar con un apoyo dentro de sus hogares- se evita el profundo desarraigo que conlleva la institucionalización. Asimismo, al evitar o dilatar la institucionalización, se impide que las personas mayores vean aún más deterioradas sus condiciones de salud y funcionalidad. En tal sentido, según el Programa de Salud del Adulto Mayor, las personas mayores ven mermadas notablemente sus condiciones de salud al ingresar a Establecimientos de Larga Estadía, ello principalmente por el contacto directo con otros mayores que cuentan con peores condiciones de salud, y por la uniformidad en los procedimientos de atención que, muchas veces no discrimina según niveles de valencia y que no fomenta la actividad y la inserción social.

Del mismo modo, la posibilidad de continuar por el mayor tiempo posible con las labores de apoyo en el hogar, contribuye a su vez a una continuidad de la valoración simbólica que le otorgan los cuidadores familiares y la comunidad a los trabajos de cuidados.

Es necesario a su vez fortalecer a las corporaciones y fundaciones que trabajan con mayores, transfiriendo recursos y prestando asistencia técnica para el desarrollo de servicios de cuidados, tanto en el ámbito de los

⁸⁷ Paula Forttes Valdivia y Cristián Massad Torres en: Consideraciones y Estrategias para Abordar el Envejecer en la Vejez, Proyecto Personas Mayores y Salud, Corporación Expansiva. 2008.

Establecimientos de Larga Estadía como para el desarrollo de servicios innovadores.

En este sentido, se entiende que la generación de competencias y la capacitación de los recursos humanos de las fundaciones y corporaciones que proveen servicios para las personas mayores en situación de dependencia, significa un ámbito crítico de intervención, toda vez que, como ya se ha señalado, muchas veces las capacidades técnicas no son suficientes para abordar esta compleja problemática. El enfoque gerontológico debe guiar el fortalecimiento de los sectores comprometidos, para abordar de forma integral (bio-psico-social) las mermas de la funcionalidad y la dependencia.

Se debe a su vez fortalecer la infraestructura y los insumos técnicos, transfiriendo recursos para su mejoramiento, lo que tendrá un impacto directo sobre la calidad de los servicios que se prestan así como sobre la calidad de vida de la población atendida.

2.6.1 El Dimensionamiento y la Normativa

Independiente de los instrumentos que actualmente se utilizan para dimensionar a las personas que sufren dependencia -muchos de ellos de gran riqueza por la calidad de la información- se requiere la implementación de un Estudio sobre la Dependencia que tenga carácter nacional. Durante el año 2009, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, en conjunto con otros organismos asociados a la temática, desarrollará un trabajo para lograr una correcta aproximación conceptual a la dependencia, que dé cuenta de la realidad del país para luego recoger y estructurar la información en función de las políticas sociales requeridas para abordar la dependencia en las personas mayores.

La construcción de este conocimiento se enmarca dentro de la generación del Sistema de Servicios y Cuidados Sociales y Sanitarios para las Personas Mayores, siendo fundamental contar con información sobre el grado de dependencia y las características contextuales en que ella se manifiesta en esta población.

Además de contar con la información para el dimensionamiento de la dependencia, sus diferentes grados y las caracterización de ésta en los sujetos que la experimentan, se requieren datos predictores de pérdidas de funcionalidad y fragilidad, los factores de riesgo y las patologías asociadas a potenciales escenarios de dependencia, para anticipar estas situaciones y para prevenir y fomentar un envejecimiento saludable.

Toda esta información será fundamental para el diseño de servicios sociales y sanitarios abocados a la prevención, los cuidados y la rehabilitación de personas mayores en situación de dependencia o con riesgo de caer en ella.

En función de los distintos grados de dependencia, sus frecuencias en la población de mayores y la caracterización de esta última, será posible determinar los distintos tipos de servicios y una aproximación fidedigna acerca de los montos requeridos para cubrir las necesidades de la población de potenciales beneficiarios.

Consecutivamente, las definiciones programáticas preliminares que se obtengan de la operacionalización del dimensionamiento de la dependencia en la población de mayores del país, deben cristalizarse en una normativa o Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a la Dependencia, que refleje un consenso social alrededor de esta problemática y que reglamente y regule, desde un enfoque de derechos, el acceso al sistema. La Ley debe ser abordada como un instrumento que defina la entrada al sistema, debiendo incorporar a su vez los criterios de universalidad, exigibilidad y garantía que el marco de los derechos y la protección social establecen como conceptos claves a la hora de abordar la vulnerabilidad.

2.6.2 Cuidados en el Ámbito Familiar

Los cambios en la configuración de las familias -las estructuras monoparentales y hogares unipersonales- más la inserción de la mujer al mercado del trabajo y la consecuente reducción de las tasas de fecundidad, han mermao la capacidad de la familia de proveer asistencia a las personas que presentan cierto grado de dependencia.

Aunque los lazos familiares se hayan debilitado en las regiones más desarrolladas a lo largo del proceso de industrialización y modernización, durante este mismo período se ha desarrollado allí un sistema compensatorio de transferencias sociales institucionalizadas hacia la población de mayor edad. En las regiones en desarrollo, en contraste, la co residencia con hijos u otros parientes representa -para una gran parte de las personas mayores- la única opción de escapar o paliar una vida en condiciones de vulnerabilidad.

Una situación similar se observa en nuestro país, donde los roles del cuidado que requieren las personas mayores, han sido asumidos tradicionalmente por las familias y sobre todo por mujeres mayores o cercanas a la vejez. Quienes proveen cuidados dedican mucho tiempo a estas labores, sumado al que les demanda el trabajo doméstico y a menudo el cuidado de personas de otras edades, además, los cuidados se brindan sin las competencias requeridas.

Este panorama interpela al Estado a generar servicios que cristalicen la estrategia de una política pública que incorpore el envejecimiento de la población en su lógica de actuación, y orientada, desde un enfoque de derechos, a la recuperación y cuidado de personas mayores con mermas en su salud y su funcionalidad, atendiendo al impacto

que ha tenido la reestructuración de las familias en las labores informales de cuidado, y a los déficits técnicos de estos tipos de apoyo. Aquí se proponen ampliaciones de programas, implementaciones y acciones enfocadas a mejorar la situación de los cuidados en el ámbito familiar de las personas mayores.

Formación y Respiro a Cuidadores

En la dimensión no institucional, donde los servicios son proporcionados en el ámbito de la familia y la comunidad, los cuidadores no cuentan con las competencias necesarias, ni con orientaciones ni estímulos para entregar cuidados de calidad. En éste ámbito el autocuidado, entendido como el involucramiento de los propios mayores en la generación de condiciones para una mejor vejez, tiene una importancia crucial, requiriéndose avanzar prontamente en esta dirección.

En el ámbito de la familia y la comunidad, encontramos sólo informalidad, lo que significa que, por un lado, muchas veces no se satisfacen las necesidades de las personas mayores dependientes y, por otro, debido a la alta carga que conlleva el cuidado, se merma la capacidad generadora de ingresos de la persona que brinda asistencia y sus condiciones de salud se ven deterioradas.

La capacitación de los cuidadores es prioritaria, esto dice relación con que la generación de competencias para el cuidado permite por una parte incrementar la calidad del cuidado, y por otra, que la persona que presta la asistencia cuente con mecanismos para mitigar el estrés y el desgaste psíquico asociado a éste. Asimismo, las políticas debieran considerar una ayuda especial de soporte a los cuidadores de pacientes con demencia, patología de gran impacto para la persona cuidadora como para la familia del postrado.

Como vimos con anterioridad, el Estado se hace cargo de la problemática mediante un estipendio (medida 6B) que consiste en la entrega de una ayuda monetaria (20 mil pesos mensuales), a todos los familiares que tengan a su cuidado a una persona en situación de dependencia de cualquier edad, o alguna persona con demencia, que sea beneficiario de FONASA y esté clasificado mediante la ficha de Protección Social del municipio, como pobres no indigentes e indigentes. Además consigna capacitación, apoyo y asistencia técnica de un equipo de salud, a través de una visita domiciliar que velará por la condición y calidad del cuidado al interior del hogar en que reside la persona. Sin embargo, estas acciones no son suficientes.

En este sentido, se requiere de la elaboración de un diagnóstico de servicios y cuidados de largo plazo en domicilios existentes/requeridos por las personas mayores. Luego, la determinación de perfiles profesionales y competencias laborales para la prestación de servicios

y cuidado, para concluir con el diseño de un plan de capacitación y/o perfeccionamiento de cuidadores.

Además de la formación a los cuidadores, se requiere de servicios que brinden respiro al cuidador. Lo anterior consiste en sustituir al familiar que cuida por un cuidador externo que prestará los cuidados personales y de acompañamiento que necesite la persona dependiente, favoreciendo el descanso del cuidador, y contribuyendo a la permanencia de la persona dependiente en su entorno habitual por el mayor tiempo posible. El programa debe estar definido por dos líneas de intervención, por un lado la persona mayor en situación de dependencia, y por otro el cuidador.

Las principales actividades en estas dos intervenciones son:

- Con Personas Mayores Dependientes:
 - Acompañamiento
 - Baño asistido
 - Preparación de alimentos
 - Aseo del hogar
 - Paseos
 - Asistencias en cuidados básicos de salud
 - Solicitud y retiro de horas medicas, retiro de medicamentos y PACAM
 - Rehabilitación motora
 - Prevención de riesgos en el hogar
- Con los/las Cuidadores/ras de Personas Mayores:
 - Capacitación para incentivar el desarrollo personal
 - Capacitación para realizar los cuidados básicos
 - Vinculación con red de apoyo (integración entre pares, familiares, vecinos e instituciones)
 - Acompañamiento y apoyo emocional

Un servicio de respiro al cuidador, junto con promover una mejor calidad de vida de las personas mayores que se encuentran en situación de dependencia y vulnerabilidad, contribuye a mitigar el desempleo de mujeres y hombres, a los cuales a través de la capacitación y experiencia en el cuidado a mayores, se les abre un mercado laboral creciente en nuestro país. Sobre todo, es una posibilidad de acceder a trabajo remunerado para mujeres y hombres, que por carencia de oportunidades y bajo nivel escolar no pueden acceder a otras oportunidades de trabajo.

En este sentido, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, ha desarrollado en conjunto con el Servicio de Salud Metropolitano Norte el proyecto “La Comunidad Ayuda a sus Mayores”, que se ejecuta en las comunas de Conchalí, Recoleta e Independencia. A través de éste proyecto se capacita y apoya a cuidadoras de personas mayores beneficiarias de la medida 6B, mediante la intervención de Asistentes Comunitarias de Salud, quienes son seleccionadas desde las Oficinas Municipales de Intermediación Laboral (OMIL) de las comunas involucradas en el proyecto. Estas Asistentes son en su gran mayoría mujeres dueñas de casa, cesantes, con hijos y responsables de

sus familias, por lo que este ámbito de trabajo contribuye a su desarrollo social, laboral y personal.

Teleasistencia

Se ha definido que las personas mayores que viven solas, en condición de vulnerabilidad, son sujetos de servicios especializados. En función de las características de esta población, la instalación de un servicio de Teleasistencia significa un medio efectivo de brindar apoyo constante a estas personas, así como un mecanismo de prevención frente a las contingencias y urgencias que se presenten. De esta manera, se vincula a la persona mayor con una red de servicios específicos.

La teleasistencia domiciliaria es un servicio que, a través de una línea telefónica y con un equipamiento de comunicaciones informático específico, ubicado en un centro de atención y en el domicilio de los usuarios, permite a las personas mayores acceder a un centro atendido por personal capacitado para dar respuesta adecuada a la necesidad presentada, ya sea por sí mismo o movilizándolo otros recursos humanos o materiales, propios del usuario o existentes en la comunidad.

Este servicio, además, se complementa con “agendas” de usuario que permiten recordar a éste la necesidad de una actividad concreta en un momento determinado, de acuerdo a la periodicidad con que se fije. Con ello, se posibilita a mayores que no necesitan de atención permanente y presencial de otras personas, tener seguridad de que ante alguna crisis de angustia y soledad, caídas, emergencias sanitarias, incendios, o cualquier otro incidente, etc., puedan contactar de forma inmediata con el centro de atención.

El objetivo fundamental es contribuir a lograr la permanencia de personas vulnerables en su entorno habitual, evitando los grandes costos personales, sociales y económicos que el desarraigo del medio conlleva, facilitando el contacto con su entorno social, integrándolos en la red comunitaria de protección social y asegurando la intervención inmediata ante crisis personales, sociales o médicas, para proporcionar seguridad y contribuir decisivamente a evitar ingresos innecesarios en centros residenciales.

2.6.3 Cuidados en Instituciones

Una vez que las familias dejan de hacerse cargo de los cuidados de las personas mayores dependientes, se establece la necesidad de la institucionalización en Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) o en Centros de Día. Sin embargo, en estos establecimientos no siempre los

encargados de prestar servicios tienen las capacidades, el perfil ni la formación para proveer cuidados de calidad.

Asimismo, en muchas ocasiones ocurre que la institucionalización surge como consecuencia de cuestiones que trascienden la necesidad de cuidados de largo plazo. Los escenarios de maltrato y abandono conllevan a considerar los Establecimientos de Larga Estadía o centros de día como una alternativa de solución a estas situaciones, configurándose lo que se denomina institucionalización social, constituyéndose un escenario en el que estas personas comienzan a compartir el espacio cotidiano con mayores en dependencia física y psíquica, lo que contribuye a un deterioro progresivo de sus condiciones de salud, funcionalidad e integración socio-comunitaria.

Establecimientos de Larga Estadía

Una propuesta concreta a este respecto queda evidenciada una vez que se revisan, por una parte, las experiencias internacionales respecto a los Cuidados de Largo Plazo institucionales y su replicabilidad en nuestro país, y por otra, las situaciones y prácticas que se observan en los ELE.

El estudio de SENAMA realizado durante el 2007, “Hacia un modelo y plan de mejoramiento del servicio que prestan los Establecimientos de Larga Estadía”, realizó una revisión de las experiencias en materia de cuidados en instituciones en Canadá, Francia, España y Nueva Zelanda y de experiencias locales en materia de acreditación y calidad. Asimismo, el Catastro de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores, realizó mediante un cuestionario a los directores técnicos o administradores de los ELEAM, una aproximación a la realidad de estas instituciones en nuestro país.

Desde estos dos estudios, fue posible construir un índice de calidad de los ELEAM, basado por una parte en modelos de gestión internacionales y, por otro, en información de los establecimientos autorizados del país. Lo que se presenta a continuación es una propuesta respecto de la construcción exploratoria de un modelo metodológico que permita la jerarquización de los ELEAM catastrados sobre la base de las diferentes dimensiones que estructuran el concepto integral de calidad y que son aplicables a la realidad estudiada. De esta forma, se propone el diseño de un índice de calidad general de los ELEAM, sistematizando y analizando la información estructurada en un instrumento cuantitativo de recolección de datos. Luego se procede a la transformación de las preguntas seleccionadas del instrumento, en indicadores capaces de resumir de forma sintética - cuantitativa algún aspecto trascendente de las dimensiones a las cuales pertenecen. En el cuadro N° 60 se muestran las dimensiones y sus ponderaciones respectivas para obtener el valor del índice general.

CUADRO 60: DIMENSIONES DE ÍNDICE DE CALIDAD DE ESTABLECIMIENTOS DE LARGA ESTADÍA

Dimensiones del índice	Ponderaciones
1. Recursos Humanos	20%
2. Equipamiento e Infraestructura	20%
3. Aspecto Organizacional	15%
4. Salud	15%
5. Higiene y Aseo	15%
6. Buenas Prácticas	15%
Índice General	N

Fuente: Catastro ELEM. SENAMA, 2008.

Este índice constituye un instrumento útil para el seguimiento y mejoramiento de los procesos, productos y servicios que se desarrollan en las instituciones, a la vez que permitirá contar con un panorama comprensivo de la situación general de las personas mayores en su interior.

Es necesario aclarar que hasta el momento el índice de calidad de los establecimientos ha sido aplicado exclusivamente a los ELE que se encuentran autorizados. Por lo que la información con la que se construye este índice es la que reportaron los administradores y/o directores técnicos de esos centros. Por tanto, los datos que arroja el índice podrían presentar sesgos en la fuente de éstos.

El valor del índice de calidad general, así como a nivel de cada dimensión, va desde 0 a 100 puntos. Como una forma de hacer más intuitiva la clasificación, se han construido intervalos asociados a diferentes niveles de calidad.

CUADRO 61: VALORACIÓN ÍNDICE DE CALIDAD

95 a 100	Excelente
80 a 94	Muy Bueno
70 a 79	Bueno
60 a 69	Regular
50 a 59	Deficiente
Menos de 49	Muy Deficiente

Fuente: Catastro ELEM. SENAMA, 2008.

Hasta el momento, los esfuerzos por establecer un sistema de calidad de los Establecimientos de Larga Estadía en Chile han sido planteados por agentes externos -generalmente asociados a políticas con un énfasis social más que sanitario- a la entidad que se encarga de la autorización, funcionamiento y fiscalización de éstos.

La promoción de un sistema de mejoramiento de la calidad de los Establecimientos de Larga Estadía para personas mayores debe complementarse con el reglamento que rige a los ELEM. En estos términos, este sistema no intenta reemplazar el reglamento, sino complementarlo.

CUADRO 62: DIFERENCIAS ENTRE EL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO Y REGLAMENTO ELEM

Reglamento ELEM	Sistema de Aseguramiento de Calidad
- Lógica de Mínimos	- Lógica de los Máximos
- Obligatorio	- Voluntariado
- Asociado a fiscalización, Coercitivo	- Asociado a certificación, Promocional

Fuente: Hacia un modelo y plan de mejoramiento del servicio que prestan los Establecimientos de Larga Estadía. SENAMA, 2007

Se propone que sea la autoridad sanitaria, o en su defecto un organismo que tenga sus facultades, quien levante la información para la medición de estándares de calidad de los Establecimientos de Larga Estadía en Chile.

Uno de los temas fundamentales del nuevo marco de políticas para las personas mayores, es cómo se asegura la prestación de un conjunto de servicios integrales y de calidad para personas mayores que, por diferentes motivos, requieren residir de manera permanente en hogares o residencias junto con otras personas de su mismo grupo etario, alejados del entorno familiar directo, desde un enfoque de respeto a su autonomía y a su condición de ciudadanos plenos. Esta es la pregunta central de fondo relativa a los ELEM.

En tal sentido, desde el estudio sobre el modelo y el plan de mejoramiento de la calidad del servicio que entregan las instituciones, se rescatan algunos lineamientos y recomendaciones para un plan de mejoramiento continuo de la calidad de los servicios que se prestan en los ELE.

a) Avanzar hacia la conformación de perfiles ocupacionales y estándares de competencias para el personal clave (directivos y personal de trato directo) que trabaja en los ELEM, identificando las destrezas, conocimientos, actitudes y competencias laborales requeridas para desempeñarse en estos puestos.

- Acciones Específicas:

- i. Realizar un estudio de dinámica laboral y de necesidades de recursos humanos del sector.
- ii. Hacer un levantamiento de estándares de competencias y perfiles ocupacionales.
- iii. Generar un sistema de evaluación y certificación de competencias laborales.
- iv. Diseñar una oferta de capacitación y formación técnica modularizada y diferenciada para directivos y para funcionarios de trato directo.

b) Promover programas de difusión de herramientas de planificación y desarrollo organizacional, que sean aplicables y pertinentes a diferentes tipos de ELEM: grandes, dependientes de instituciones, o pequeños (tipo "microempresa").

- Acciones Específicas:
 - i. Crear instrumentos de planificación estándar adaptables a la realidad de cada ELEAM.
 - ii. Capacitar en su desarrollo, diseño y uso.
 - iii. Difundir los instrumentos a nivel nacional.
- c) Realizar estudios sistemáticos, periódicos y de cobertura nacional de satisfacción de usuarios directos (personas mayores) e indirectos (familias), que permitan definir situación actual y orientar esfuerzos públicos hacia ámbitos prioritarios.
 - Acciones Específicas:
 - i. Diseñar metodología de investigación (técnicas, muestra, cobertura, población objetivo, etc.).
 - ii. Ejecutar el(los) estudio(s).
 - iii. Entregar lineamientos a ELEAM a la luz de resultados de estudio(s).
- d) Otorgar premios o reconocimientos a ELEAM que incorporen esta dimensión en su gestión.
 - Acciones Específicas:
 - i. Diseñar Premio (organización, financiamiento, criterios, categorías, periodicidad, en qué consiste, requisitos, etc.).
 - ii. Conformar jurados expertos.
 - iii. Realizar difusión y convocatoria a ELEAM.
 - iv. Entregar premio.
- e) Realizar un estudio nacional del costo-tipo de la atención mensual de diferentes categorías de personas mayores, según rango de edad, condición de valencia, situación de salud, vínculos con núcleos familiares, etc.⁸⁸
 - Acciones Específicas:
 - i. Diseñar metodología de investigación (técnicas, muestra, cobertura, población objetivo, etc.).
 - ii. Ejecutar el(los) estudio(s).
 - iii. Entregar un diagnóstico de necesidades de financiamiento de ELEAM en base al estudio de costos.

Centros de Día

Por lo visto con anterioridad, los Centros de Cuidados Diarios de mayores demuestran ser una alternativa adecuada para el aumento de la calidad de vida del núcleo familiar donde convive una persona mayor con dependencia leve o moderada, siempre que aborden globalmente el problema: ofreciendo alivio y apoyo a la familia cuidadora a la vez que proporciona una atención terapéutica integral con énfasis en la recuperación y rehabilitación.

Los centros son un recurso social intermedio que se define como un espacio socio terapéutico y de apoyo a las familias que presta atención durante el día a las necesidades básicas, terapéuticas y sociales de la persona mayor dependiente, promoviendo su autonomía y una permanencia adecuada en su entorno habitual.

Los objetivos específicos sobre los que debe girar la intervención a realizar en estos centros, pueden ser agrupados en torno a tres protagonistas básicos de la intervención: la persona mayor dependiente leve o moderada, la familia cuidadora y los cuidadores profesionales.

Objetivos dirigidos a la persona mayor dependiente leve o moderada:

- Recuperar y/o mantener el mayor grado de independencia posible.
- Retrasar o prevenir el incremento de la dependencia a través de la potenciación y rehabilitación de sus capacidades cognitivas, funcionales y sociales.
- Desarrollar la autoestima y favorecer un estado psicoafectivo adecuado.
- Evitar o retrasar institucionalizaciones prolongadas no deseadas o desaconsejables.

Objetivos dirigidos a la familia cuidadora:

- Proporcionar tiempo libre y descanso, mitigando el estrés asociado al cuidado y posibles escenarios de reproducción de la dependencia.
- Proporcionar orientación y asesoramiento.
- Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores.
- Reducir el riesgo de claudicación en los cuidados.
- Favorecer la colaboración de la familia con el centro.

Objetivos dirigidos a los cuidadores profesionales:

- Proporcionar, desde la formación continua, conocimientos, habilidades y actitudes que aseguren la dispensación de una atención integral cualificada.
- Reducir el estrés desarrollando estrategias para su prevención dotando de habilidades para su manejo.
- Favorecer un clima social propicio para las interacciones positivas y posibilitar un sentimiento de satisfacción laboral.

Para la correcta implementación de los Centros de Día, éstos se deben basar en ciertos principios articuladores, los que se exponen a continuación:

- **Integralidad de la Atención.** Debe cubrir las necesidades funcionales, psicológicas y sociales de la persona mayor dependiente.
- **El Concepto de Globalidad.** Debe conceptualizarse el proceso de intervención bajo un enfoque sistémico, donde interactúan los diversos componentes del proceso de intervención: persona mayor, cuidadores, ambiente (físico y psicosocial) y contexto comunitario.
- **Enfoque Interdisciplinario.** La intervención ha de concebirse desde el concepto y metodología del trabajo interdisciplinario a través de la cual diferentes profesionales actúan bajo una filosofía, objetivos, metodología y actuaciones comunes con relación al proceso de intervención.

⁸⁸ Antecedentes de SENAMA indican que en promedio la Atención Domiciliaria tiene un costo de \$32.700; los centros abiertos, \$78.542; Hogares para adultos mayores autovalentes \$267.039, y finalmente Hogares para adultos mayores postrados o psicogerítricos, \$342.106.

- **Ética en los Cuidados.** Se trata de que la práctica profesional esté impregnada de un profundo respeto a los derechos humanos (privacidad, intimidad, dignidad, libertad) de la persona mayor.
- **Flexibilidad en los Servicios.** El centro debe tender a adaptarse a las necesidades específicas de los usuarios - y no viceversa - ofreciendo, dentro de las posibilidades reales, diversidad de servicios y programas.
- **Apertura a la Comunidad.** Incluido dentro de una red socio-sanitaria coordinada debe presentar la posibilidad de ofrecer servicios a personas mayores dependientes del área que sean susceptibles de programas de intervención allí desarrollados dentro de una optimización racional de los recursos.
- **Intervención Especializada.** El desarrollo de programas específicos de intervención debe dar respuesta a las diferentes necesidades, dificultades o carencias que surgen en las situaciones de dependencia abarcando tanto el nivel preventivo como el asistencial.
- **Promoción de la Participación en la Gestión del Centro.** El centro ha de fomentar una política participativa de los agentes - mayores, familias y profesionales - creando los mecanismos necesarios para posibilitar los cauces de una real participación.

3. CONSTRUCCIÓN DE ENTORNOS FAVORABLES PARA LA VEJEZ

Se ha establecido que el modo en que envejecemos impacta directamente en las condiciones en que arribamos a la vejez. De esta forma, los servicios y programas orientados a promover un entorno físico y social favorable, así como el envejecimiento activo y saludable, el auto cuidado, y la inclusión socio-comunitaria; significan medios para lograr una vejez en condiciones óptimas de salud por el mayor tiempo posible⁸⁹, siendo útiles para prevenir y retardar el surgimiento de discapacidades y enfermedades que merman la funcionalidad. Asimismo, es necesario proveer de cuidados a las personas de edad con grados de dependencia, proveyendo alivio a quienes los cuidan en el espacio social inmediato (familia, comunidad), e implementando medios de intervención tanto sanitarios, como psico-sociales, para paliar, recuperar y rehabilitar.

3.1 Programa de Vivienda para el Adulto Mayor

Los entornos favorables para las personas mayores han sido definidos como aquellos espacios en infraestructura que proveen recursos funcionales a la calidad de vida. Las viviendas en que residen las personas de edad, para que signifiquen recursos para el bienestar, deben estar adapta-

das a la realidad y a las especificidades de esta población. De esta forma, a la hora de evaluar la medida en que las viviendas donde residen las personas mayores significan recursos para su protección, es necesario conocer en qué magnitud responden a las necesidades de esta población, sobre todo en lo que refiere a su funcionalidad.

En este sentido, cabe señalar que, para las personas de edad, la vivienda y el entorno (urbano) son particularmente importantes debido a factores como la accesibilidad y la seguridad, la carga financiera que supone mantener un hogar y la importante seguridad emocional y psicológica que brinda el hogar. Es un hecho reconocido que una vivienda satisfactoria puede ser beneficiosa para la salud y el bienestar. También es importante que las personas de edad tengan la posibilidad de elegir debidamente el lugar donde quieren vivir, factor que es preciso incorporar a las políticas y programas.⁹⁰

En este marco, el Servicio Nacional del Adulto Mayor, cumpliendo con el mandato legal de implementar la Política Nacional del Adulto Mayor y en concordancia con las orientaciones de gobierno de avanzar hacia la construcción de un sistema de protección social, ha propuesto el desarrollo de infraestructura y servicios sociales como la estrategia que, trascendiendo lo sanitario, permite intervenciones para dar respuesta integral a las necesidades bio-psicosociales que la atención a la dependencia y la carencia o precariedad de techo plantean.

En este sentido, el Programa de Vivienda para personas mayores que se ha comenzado a implementar mediante un convenio entre SENAMA y el Ministerio de Vivienda y Urbanismo (MINVU) en una modalidad de complementación de recursos para la administración y la prestación de servicios, pretende generar una serie de programas especiales para las personas mayores vulnerables, privilegiando la inserción socio-comunitaria, la prevención y los cuidados ante situaciones de vulnerabilidad y dependencia.

La ejecución de este programa consiste en la administración de viviendas para mayores de propiedad de MINVU y entregadas en comodato a SENAMA. Esto implica asistencia técnica, monitoreo, supervisión y financiamiento de servicios de apoyo a personas mayores que requieren solución habitacional pertenecientes, preferentemente, a los quintiles I y II de vulnerabilidad social.

La asistencia técnica implica la definición de modelos para la provisión de los servicios y estándares arquitectónicos así como capacitación del personal que entrega los servicios. También implica el monitoreo y supervisión de la administración y la ejecución de los convenios.

⁸⁹ Estas orientaciones se encuentran plasmadas en diversas iniciativas y estudios internacionales, entre las que destacan:

“La Estrategia Regional de Implementación para América Latina y El Caribe del Plan de Acción de Madrid sobre el Envejecimiento”, establece orientaciones prioritarias para el trabajo de los gobiernos de los países en pos de la calidad de vida de los mayores en la región, estableciendo recomendaciones de acción y un seguimiento desde el 2003 hasta la fecha.

El documento “Más Vale Viejo”, Tomas Engler, Matha Peláez. Banco Interamericano de Desarrollo (2005) y Organización Panamericana de la Salud. Pp 237-257.

⁹⁰ Documento Plan de Acción de Madrid sobre Envejecimiento, 2002.

Por otra parte, se propone contribuir al financiamiento de los servicios de acuerdo al nivel de dependencia de los mayores beneficiarios.

Se trabajará sobre la base de 2 subcomponentes: a) Administración de viviendas del stock actual de los Servicios de Vivienda y Urbanismo (SERVIU) y b) Administración de Viviendas Protegidas construidas por SERVIU.

Administración de Viviendas del Stock actual SERVIU

En esta línea los SERVIU reparan, acondicionan y traspasan a SENAMA viviendas desocupadas del stock que han sido entregadas en comodato a personas mayores, para su administración a través de convenios con municipios o entidades sin fines de lucro. Esta medida fue generada en el Gobierno del Presidente Eduardo Frei Ruiz-Tagle. Para ello, SENAMA define los criterios de asignación y entrega la asistencia técnica a las entidades administradoras a fin de entregar apoyo psicosocial y focalizar la oferta programática local en los residentes, la que incluye acciones específicas en un marco de integración sociocomunitaria.

Para el año 2009 se contempla administrar 200 viviendas del stock de MINVU. Además de la asistencia técnica de SENAMA, se plantea apoyar el financiamiento de las acciones convenidas con un monto mensual por vivienda administrada.

Administración de Viviendas Protegidas construidas por SERVIU

SENAMA administra las viviendas protegidas que MINVU construye a partir del segundo semestre de 2008. Esta línea contempla el diseño y construcción de:

- Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) para mayores semivalentes y postrados.
- Conjuntos Habitacionales de 10 a 20 Viviendas Tuteladas para mayores autovalentes, con espacios comunes que faciliten la socialización de los residentes mayores, apoyo psicosocial y servicio de conserjería las 24 horas del día.

Para el año 2009 se contempla administrar 8 Establecimientos de Larga Estadía y 4 Condominios de Vivienda Tutelada que construirá MINVU a través de los SERVIU. Además de la asistencia técnica de SENAMA, se propone apoyar el financiamiento de las acciones convenidas con un monto mensual por persona mayor en ELEAM y otro por persona residente en vivienda tutelada. Cabe señalar que este subcomponente también contempla acciones en un marco de integración sociocomunitaria de los mayores beneficiados.

3.2 Programa Vínculos

En el año 2006 se tomó la decisión de incorporar de manera regular al Sistema Chile Solidario a las personas de edad y se diseñó el Programa Vínculos, dirigido a brindar apoyo psicosocial a las personas mayores que viven solas, a través de una metodología de intervención diseñada especialmente para estos efectos. El programa consiste en un conjunto de acciones orientadas a dar una respuesta directa a las necesidades de las personas mayores de hogares unipersonales y generar las condiciones para acceder a la red comunitaria de protección social. La idea es conectar a la población de mayores con los servicios públicos y redes sociales de la comunidad. Para tal efecto, se determinó un conjunto de condiciones mínimas de calidad de vida a lograr con las personas mayores que viven solas que serán atendidas y se encargó la operación del programa a los Municipios, a través de la suscripción de un convenio de transferencia de recursos entre el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN) y cada uno de ellos. Al mismo tiempo, el Servicio Nacional del Adulto Mayor tiene la tarea de brindar asistencia técnica y supervisión especializada a las municipalidades ejecutoras del programa, bajo una perspectiva gerontológica.

De esta manera el Programa Vínculos tiene por objetivo lograr que las personas mayores que viven solas, en condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad, cuenten con subsidios garantizados, accedan de forma preferente a un conjunto de prestaciones sociales pertinentes a sus necesidades y estén integrados a la red comunitaria de protección social. El año 2008 el Programa Vínculos comenzó a operar con hogares bipersonales.

El Programa Vínculos asume la multidimensionalidad de la pobreza de las personas mayores y se centra en la consecución de resultados concretos, expresados en el logro de condiciones mínimas de calidad de vida.

Para el logro de los resultados, se aplica un modelo de gestión intersectorial. Bajo esta perspectiva todos los organismos, al interior del Estado son co-responsables del cumplimiento de los resultados propuestos, en materia de superación de la extrema pobreza. Asimismo reconoce como eje fundamental el rol de los Municipios y Gobiernos Provinciales y Regionales.

El Programa Vínculos opera en tres niveles: comunal, provincial y nacional. Al Servicio Nacional del Adulto Mayor le compete la asesoría técnica en los tres niveles, siendo fundamental la capacitación e inducción en el nivel provincial, donde opera el gestor del programa, y en el local, donde se encuentra el encargado municipal.

En este caso las municipalidades cumplen el rol de ser responsables de la implementación local del Programa Vínculos, por tanto constituyen el espacio institucional más importante, representado por la Encargada/o Municipal del Programa y las Monitoras/es Comunitarios contratados para implementar la metodología. Para ello cuentan con la asistencia técnica del Servicio Nacional del Adulto Mayor y del Ministerio de Planificación, en materia de transferencia de recursos, supervisión y sistemas de información social.

La perspectiva gerontológica que proporciona el Servicio Nacional del Adulto Mayor bajo la modalidad de asistencia técnica, pone a disposición de los municipios un conjunto de herramientas técnicas, a través de los variados instrumentos para el acompañamiento psicosocial y las diversas capacitaciones.

La intervención psicosocial para personas mayores tiene características particulares que la distinguen de otros tipos de apoyo psicosocial, como los que constituyen la intervención sobre las familias y las personas en situación de calle. En este caso, se entiende por apoyo psicosocial al servicio que se especializa en el trato directo con las personas mayores, con la finalidad de ofrecer consejería, orientación y acompañamiento, por un período de 12 meses, orientado al logro de condiciones mínimas de calidad de vida, tanto a través de la utilización de la red de servicios existentes en el territorio, como a través de acciones desplegadas con las propias personas mayores y su entorno vecinal y comunitario.

En concreto, la metodología de intervención apunta a lograr que las personas mayores conozcan los derechos y prestaciones a las que aún no han accedido, las obtengan de manera preferente y pertinente a sus necesidades y que al finalizar la intervención, queden conectadas a la red pública y comunitaria disponible. Esto último significa que, aún cuando el Programa Vínculos tiene un tiempo determinado de intervención, las personas mayores seguirán siendo parte del Sistema de Protección Social.

Para poder lograr lo anterior, se aplica un modelo de atención personalizado y domiciliario. Durante un período continuo de acompañamiento, se identifican necesidades prioritarias de apoyo, se intencionan procesos de revinculación a redes institucionales y comunitarias y se fortalecen algunas competencias básicas en las personas mayores para lograr un desenvolvimiento autónomo más eficaz y con mejor manejo de los riesgos.

3.3 Empoderamiento y Participación Social

Consejos Asesores Regionales de Mayores

Las reflexiones sobre participación social, promoción de los derechos de las personas mayores y generación de condiciones para su cohesión social, en lo concerniente a la ciudadanía activa, propician la instalación de referentes que permiten avanzar hacia políticas públicas más pertinentes a la realidad situacional de las personas mayores.⁹¹

Lo anterior tiene directa relación con los esfuerzos que viene desarrollando el Gobierno de Chile en la profundización de la democracia, a través del reconocimiento e inclusión del ciudadano/a como actor relevante en el diseño de país al que se aspira.

En este contexto surge la creación de los Consejos Asesores Regionales de Mayores, como una respuesta concreta a la necesidad de fortalecer la participación social y el ejercicio de la ciudadanía activa de las personas mayores que participan en las organizaciones sociales. Para tal efecto la Presidenta de la República ha manifestado la voluntad de apoyar la creación de dichos Consejos, a través del Decreto Presidencial 008/2008, el cual regula y mandata la incorporación de esta instancia en los temas relativos a los mayores.

Los Consejos Regionales de Mayores son un organismo asesor del Servicio Nacional del Adulto Mayor, que tiene como tarea apoyar, incidir y acompañar el proceso de diseño y ejecución de proyectos y programas que se dirijan a las personas mayores y que tiendan a fortalecer la participación social, protección de sus derechos y el ejercicio de su ciudadanía activa.

Los Consejos Regionales de Mayores se encuentran constituidos por dirigentes mayores representantes de Uniones Comunales, Clubes y Asociaciones de personas mayores, elegidos democráticamente por sus pares. Actualmente son 253 consejeros distribuidos en cada una de las regiones del país.

Estos Consejos Asesores Regionales de Mayores son un referente al interior de cada región en los temas que tienen que ver con impulsar iniciativas y proyectos que beneficien a las personas mayores. Por lo tanto, es tarea fundamental de los organismos públicos y/o privados, considerar la opinión pública de este grupo de mayores que representan las bases sociales de las personas mayores en la región.

91. Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento, Santiago de Chile, Noviembre 2003.

En síntesis, los Consejos Regionales de Mayores se constituyen en un importante instrumento de control social hacia la acción estatal. El monitoreo y permanente evaluación al diseño e implementación de las políticas públicas que les atañen, así como el levantamiento de nuevas demandas, le entregan a estas instancias de participación una importancia sustancial en el aseguramiento de la transparencia y pertinencia de las políticas y programas llevados a cabo por el Estado, produciéndose sinergias que se traducen en una real, más efectiva y eficiente respuesta a las necesidades y particularidades de las personas mayores, bajo un enfoque de derechos.

Escuelas de Dirigentes

Con la finalidad de promover la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores, su plena inclusión en la sociedad y el desarrollo, la protección adecuada de sus necesidades de salud y la generación de entornos físicos, sociales y culturales que les favorezcan, es que el Servicio Nacional del Adulto Mayor ejecuta el Programa de Formación Continua para Dirigentes Mayores.

El Programa tiene como propósito empoderar a los Consejos Regionales de Mayores y a las redes organizativas regionales, aportándoles herramientas técnicas y de gestión que faciliten la defensa de derechos de los mayores y el control ciudadano de iniciativas dirigidas a este grupo poblacional. Es así como se elabora un sistema de acciones planificadas que busca acrecentar el rol del dirigente social adulto mayor, a través de un proceso informativo, formativo y experiencial.

La Formación Continua para Dirigentes Mayores tiene dos ejes:

- Empoderar a las Organizaciones Sociales de Personas Mayores: De esta manera se busca apoyar el proceso de visibilización de las organizaciones de personas mayores. Se facilita, entonces, la incorporación a la opinión pública de las personas mayores representadas a través del Consejo Asesor Regional de Mayores, en los temas que afectan positiva y negativamente la generación de bienes y servicios dirigidos a este grupo social.
- Promoción de la Participación Social de Personas Mayores: Las personas mayores son un referente social, que impulsa la generación de nuevas formas asociativas, desarrollando iniciativas que favorecen una mejor calidad de vida y promueven un sentido de pertenencia en la etapa del envejecimiento.

Las Escuelas son un programa de capacitación continua para dirigentes de organizaciones de mayores. Incluyen un trabajo formativo, desarrollado a través de jornadas educativas presenciales, acompañadas de actividades formativas aplicadas, que los dirigentes desarrollan en sus organizaciones, junto a los educadores. Las actividades presenciales y las aplicadas se relacionan y determi-

nan entre sí. En las Escuelas de Dirigentes se utiliza una metodología participativa.

Jornadas por el Derecho a Saber

Las Jornadas por el Derecho a Saber constituyen una instancia de Cuenta Pública de las políticas, planes, programas y acciones dirigidas a las personas mayores, que se desarrollan en las 15 regiones del país, en modalidad presencial. En estas Jornadas participan Autoridades de SENAMA, dirigentes de organizaciones de cada una de las regiones, autoridades regionales y locales, y otros servicios públicos vinculados a la temática adulto mayor y que reciben la información sobre los Programas que SENAMA realiza. Se invita al diálogo y a generar opiniones sobre estas materias, a fin de mejorar la gestión de éstos.

En Esta Cuenta pública la Directora Nacional de SENAMA, u otra autoridad de la institución que se defina, expone sobre los resultados obtenidos en cada uno de los programas ejecutados con pertinencia regional. Luego los participantes hacen consultas, entregan opiniones, demandas y propuestas a la máxima autoridad, elementos que son considerados a la hora de evaluar los Programas, y su diseño posterior.

A través de los Consejos Asesores Regionales de Mayores, entidades de carácter territorial, se hace el seguimiento a los compromisos que adquiere el SENAMA. Los Consejeros, a su vez, entregan esta información a las organizaciones que representan. De esta manera se produce un círculo virtuoso que permite la retroalimentación de información que contribuye a mejorar el desempeño institucional.

3.4 Desempeño de Nuevos Roles en la Vejez: La Experiencia de los Asesores Senior

El Servicio Nacional del Adulto Mayor ejecuta el Programa Asesores Seniors que busca contribuir a la integración social de mayores profesionales jubilados -preferentemente docentes- a través de la transmisión de su experiencia sociolaboral entregando apoyo escolar a niños y niñas de educación básica pertenecientes a familias del Programa Puente. Este programa significa, a su vez, una experiencia de personas de edad aportando a la protección social, mediante el apoyo intergeneracional a niños en situación de vulnerabilidad

Los objetivos del programa son proporcionar apoyo escolar domiciliario a los niños/as seleccionados, contribuir a un mejor desempeño escolar (conducta, notas y participación en clases) de éstos, promover la satisfacción con labores de voluntariado en personas mayores y lograr la participación de la familia en el apoyo escolar de los niños/as.

El Proyecto “Asesores Seniors” esta dirigido a niñas y niños entre 6 y 13 años de edad, integrantes de familias del Programa Puente, que desean participar en forma voluntaria en el proyecto, con el fin de contar con Apoyo Escolar.

Las personas mayores voluntarias establecen un plan de intervención con el niño y una estrategia para crear o reforzar hábitos de estudio así como procesos que se traduzcan en mayor compromiso de la familia con la educación de éstos. Lo anterior se realiza con la asesoría del equipo regional conformado por el Servicio Nacional del Adulto Mayor, el Fondo Solidario de Inversión Social (FO-SIS) y la Secretaría Regional Ministerial de Educación.

El proyecto se desarrolla en dos ámbitos: Integración Social y Educación, que se encuentran transversalizados por los ejes identidad y pertenencia a fin de potenciar su fortalecimiento tanto en el voluntario/a como en el niño/a. Por un lado contribuye a la integración social de las personas mayores, promoviendo su participación activa con el fin de mejorar su auto imagen y por otro, rescata la experiencia laboral para fortalecer valores y principios con sus pares y en otras generaciones, contribuyendo al desarrollo individual, sentido de pertenencia e integración social. En el ámbito educacional, contribuye a la organización del sistema de estudio, incentivando la planificación y disciplina frente a las metas que se propongan para el proceso escolar que viven. La intervención se realiza en una etapa en que las niñas y niños comienzan a desarrollar técnicas de estudio que les permitan sentir más confianza y seguridad con las labores escolares.

Cabe destacar que a partir de las evaluaciones realizadas en la implementación del programa, se ha concluido que los logros del proyecto están directamente relacionados con el mejoramiento de las condiciones mínimas que establece el Programa Puente para la superación de la pobreza. Esto, ha sido manifestado por los propios adultos responsables. Los Asesores Seniors no sólo realizan apoyo escolar a las niñas y niños, sino que además interactúan con el adulto responsable, constituyéndose éstos en un referente validado y valorado por la familia, por las niñas y niños del proyecto y también por los profesores de curso de las y los niños.

Lo anterior se expresa además en la valoración que dan los adultos responsables de los niños/as de la educación en general, pues el proceso que viven los educandos con el apoyo que reciben provoca cambios positivos en el rendimiento escolar, en la atención en clases, en el comportamiento, etc.

Cuando el adulto responsable observa cómo el voluntario/a realiza el apoyo escolar, también está recibiendo las herramientas que le permitirán llevar a cabo la acción de acompañamiento y apoyo al niño/a. Esta situación, además, se ve expresada en el rol que comienza a ejercer el adulto responsable ante la escuela, pues se ha cons-

tado, en base a la experiencia mayor participación en las reuniones de apoderados, mayor preocupación por sostener una adecuada conversación con su pupilo, por saber si existen tareas pendientes, dificultades en torno al aprendizaje o estudiar, etc. Con pocas herramientas, el adulto va desarrollando su propia capacidad para ejercer el rol de “apoderado”.

3.5 Programa de Intervenciones Innovadoras para el Adulto Mayor (PIIAM)

Dentro de las acciones que el SENAMA ha venido desarrollando desde sus inicios, destaca la formulación e implementación del Programa de Intervenciones Innovadoras para el Adulto Mayor (PIIAM). Este programa fue financiado a través de un préstamo suscrito entre el Estado de Chile y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y su objetivo fue innovar y mejorar la entrega de servicios públicos para las personas mayores y la capacidad de la demanda organizada de éstos. Con lo anterior, se realizó una contribución en el sentido que los mayores accedan de manera equitativa y no discriminatoria a los servicios de salud, educación, cultura, y otros provistos por entidades del sector público, promoviendo una participación mayor, más calificada y responsable de sus organizaciones sociales. El programa significó un importante avance en la exploración de alternativas de intervención en el desarrollo de nuevas líneas institucionales.

A través de la formulación e implementación del PIIAM, el Servicio Nacional del Adulto Mayor experimentó un desarrollo institucional y de gestión, sostenido sobre los cuatro ámbitos de acción definidos:

- a) Fortalecer al SENAMA en su rol de entidad responsable de la coordinación y articulación de las políticas, iniciativas y programas ejecutados por entidades del sector público chileno en beneficio de las personas mayores, así como su capacidad para posicionar adecuadamente la temática de los mayores en el país.
- b) Fortalecer procesos innovadores de coordinación intersectorial y territorial para una atención más accesible, eficiente y pertinente a los mayores, promoviendo la articulación de iniciativas, la optimización de recursos y la modificación de prácticas de trabajo de instituciones y funcionarios públicos.
- c) Fortalecer la capacidad de las organizaciones de personas mayores para influir en las iniciativas impulsadas por el sector público en su beneficio y mejorar sus propias capacidades para impulsar proyectos dirigidos a sus miembros.
- d) Desarrollar y validar al menos un modelo de atención local hacia las personas mayores y fortalecer a 20 municipios para la gestión de dicho modelo.

Para su implementación el PIIAM fue estructurado sobre la base de cuatro componentes:

Componente 1: Fortalecimiento Institucional del SENAMA

Se centró en la implementación de estrategias para fortalecer la capacidad interna y de coordinación intersectorial del SENAMA, estableciendo sistemas de información, planificación y control de gestión, monitoreo y evaluación, y capacitando a sus recursos humanos en temas relevantes para el trabajo tanto con entidades públicas y privadas que atienden a mayores, como con las propias organizaciones de mayores.

Componente 2: Mejoramiento de la Coordinación Intersectorial y Territorial de la Oferta Pública de Servicios para el Adulto Mayor

Tuvo por objeto innovar en la coordinación intersectorial y territorial, y en las prácticas de trabajo de los agentes públicos, para consolidar una oferta de atención más eficiente y pertinente a las personas mayores. Incluye el financiamiento para incentivar el desarrollo de iniciativas y estudios multisectoriales innovadores en el ámbito del programa.

Componente 3: Promoción y Desarrollo del Valor Social y Ciudadanía Activa del Adulto Mayor

Este componente apuntó a fortalecer la participación organizada de las personas mayores en clubes locales y uniones comunales, mejorando sus capacidades de influir en las iniciativas impulsadas por el sector público en su beneficio, de impulsar proyectos dirigidos a sus miembros, estimular la demanda de servicios públicos y privados y facilitar su canalización.

Componente 4: Desarrollo de Modelos Innovadores de Atención Local para el Adulto Mayor

Este componente tuvo por objeto implementar y validar al menos un modelo de atención local hacia el adulto mayor que incorpore parámetros de carácter local en su implementación y fortalezca a los municipios para la gestión de éste.

En el marco de este componente se firmaron convenios de colaboración con 20 comunas del país en las cuales se implementó el programa. Los convenios consideraron la entrega de apoyo técnico y financiero para el diseño e implementación de las experiencias piloto que generarían los aprendizajes esperados con el programa. Las comunas seleccionadas fueron las siguientes:

CUADRO 63	
Región	Comunas
Región de Coquimbo	Coquimbo
Región de Valparaíso	Valparaíso, San Felipe, San Antonio
Región del Libertador B. O'Higgins	Santa Cruz
Región del Maule	Talca
Región del Bío Bío	Talcahuano, Chillán, Los Ángeles
Región de La Araucanía	Temuco
Región de Los Ríos	Valdivia
Región de Los Lagos	Puerto Montt
Región Metropolitana	Conchalí, El Bosque, Lo Espejo, Macul, Pudahuel, San Ramón, San Joaquín, Peñalolén.

Uno de los aspectos más relevantes de la implementación del programa en las comunas ha sido la entrega de recursos financieros para la construcción, reparación o ampliación de la infraestructura requerida para poner en funcionamiento los Centros Integrales de Mayores. Estos son espacios destinados para, entre otras cosas, la realización de actividades promocionales y preventivas para las personas mayores e instancias de acogida, información y apoyo. Del mismo modo, se entregaron recursos y apoyo técnico para dotar del equipamiento necesario a dichos centros y para la formulación de planes de trabajo.

Con el programa se ha procurado que la temática de las personas mayores supere el enfoque asistencial, consistente tan sólo de actividades recreativas, culturales y de promoción de la actividad física, para focalizarla en el

ejercicio pleno de los derechos de los mayores y en una ciudadanía activa.

3.6 Generación de Conocimiento

La generación de conocimientos relativos a la vejez y el envejecimiento significa un instrumento imprescindible a la hora de idear e implementar programas y políticas para la población mayor. Se requiere de información tanto cuantitativa como cualitativa sobre las condiciones de vida de este grupo, a nivel nacional, como territorial y local.

De esta forma, se hace posible contar con una base de información representativa de realidades que son complejas y que varían de un territorio a otro y entre grupos.

Esta información permite el diseño de programas y políticas comprensivas, apoyando la toma de decisiones sobre bases sólidas. Esta es una tarea en la que SENAMA se encuentra comprometido, lo que se refleja en el diseño y ejecución tanto de estudios propios, como en coordinación con otros organismos del Estado.

A continuación se presenta el listado de los estudios ejecutados por SENAMA (ver anexos para contenidos):

1. Actualización Catastro Establecimientos de Larga Estadía.
2. Catastro Organizaciones de Mayores.
3. Dimensiones del Envejecimiento y su Expresión Territorial: Diagnóstico y Avances para la Política Pública.
4. Estudio alternativas de empleabilidad en población mayor de 50 años.
5. Estudio de la realidad social de los adultos mayores en la comuna de Santiago.
6. Estudio diagnóstico de la situación de los adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía en regiones.
7. Estudio de sistematización de estadísticas sobre el perfil de las personas mayores desde un enfoque de género.
8. Estudio del posicionamiento del valor social del adulto mayor en los textos escolares de enseñanza básica.
9. Estudio para el diseño de un sistema y plan de mejoramiento de calidad del servicio que ofrecen los hogares o establecimientos de larga estadía para adultos mayores.
10. Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial.
11. Estudio situación de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios.

De esta manera el SENAMA ha dado prioridad a la generación de conocimientos incorporándola en su definición estratégica como uno de sus principales ámbitos de trabajo. La generación de estudios, la sistematización y evaluación de los programas que se ejecutan, se convierte así en un elemento fundamental para el Servicio, con el objetivo de otorgarle mayor pertinencia y calidad a su accionar, anticipándose a los desafíos que el proceso de envejecimiento de nuestro país instala como prioridad para las políticas públicas.

3.7 Programa de Turismo Social

Como una política de Estado, el Gobierno ha dado curso a una serie de iniciativas de protección social que apuntan a mejorar la calidad de vida de las personas mayores desde un Enfoque de Derechos. Por tanto, han sido concebidas con un carácter integral, que no sólo implica la entrega de pres-

taciones básicas, sino también la generación de programas que valoran la recreación y el ocio por cuanto contribuyen a mejorar la calidad de vida de la población, constituyendo un derecho que, para ser ejercido, requiere de condiciones que no siempre se dan por razones estructurales.

Bajo diversas formas, el Servicio Nacional del Adulto Mayor ha constatado que uno de los principales intereses de las personas mayores en el ámbito de la recreación es viajar. Sin embargo, las personas mayores en situación de vulnerabilidad cuentan con pocos recursos que deben destinar a necesidades básicas y por tanto no pueden absorber el costo financiero asociado a actividades de turismo. Sumado a ello, no cuentan con elementos que permitan negociar condiciones para obtener oferta de servicios adecuados a sus necesidades y con estándares de calidad pertinentes.

Durante el año 2008, el Fondo Nacional del Adulto Mayor financió a 1.389 organizaciones de mayores para la realización de actividades de turismo⁹². Por otra parte, el Programa Vacaciones Tercera Edad, desarrollado por el Servicio Nacional de Turismo, subsidia del 40% del costo de paquetes turísticos de cinco ó siete días, habiendo contribuido al financiamiento de 32.000 viajes en el año 2008 y beneficiando, además, a mayores de escasos recursos a través de cupos sociales.

No obstante los logros de la política social en la materia, cabe tener presente que las personas mayores que viajaron a través del Fondo Nacional del Adulto Mayor pertenecen al segmento de la población que participa activamente en organizaciones sociales. Y quienes viajan a través del Programa Vacaciones Tercera Edad, cuentan con la posibilidad de financiar un copago que para una alta proporción de personas mayores resulta difícil de reunir.

De esta forma, se requiere fomentar la participación de los mayores que no desarrollan vida comunitaria, así como mejorar las condiciones para aumentar sus posibilidades de acceso a servicios de turismo.

En ese contexto se enmarca el Turismo Social, donde predomina la idea de servicio y no de lucro e implica la necesidad de ser promovido y llevado a cabo por el Estado o por instituciones sin fines de lucro, por medio de acciones destinadas a facilitar el acceso de un mayor número de personas al turismo.

La ejecución de un Programa de Turismo Social consiste en transferir recursos a municipios, a objeto de financiar viajes de 1 ó 2 días para personas mayores en situación de vulnerabilidad, que les permita visitar lugares de interés turístico a los que habitualmente no tienen acceso, con servicios de buena calidad y acordes a sus

⁹² Correspondientes al 58% del total de proyectos adjudicados. En total 26.746 personas resultaron beneficiadas con este tipo de proyectos. El monto de financiamiento de estos proyectos fue de M\$1.089.347.

requerimientos específicos, cuyos estándares deben ser definidos y controlados por el Servicio Nacional del Adulto Mayor.

El Municipio, como ejecutor directo, debe asegurar servicios de alimentación, transporte y alojamiento, si éste fuese necesario. Además, debe encargarse de la selección de las personas mayores de su comuna, la logística necesaria para desarrollar el programa, la elección del lugar, fecha, medio de transporte y, debe contar con monitores que estén a cargo de la seguridad y cuidado de los mayores.

3.8 Promoción de una Imagen Positiva de la Vejez

Es fundamental abogar e incidir en los medios de comunicación escritos, radiales y audiovisuales, con la finalidad de incorporar gradualmente la temática de los mayores, sobre todo en la TV y la radio. Cada vez más se proyecta a las personas de edad en actividades que los reconocen y dignifican, reduciéndose el sensacionalismo sobre casos de abandono y deterioro grave, que hasta no hace mucho eran la tónica principal en relación a las personas de edad.⁹³

La difusión sistemática a través de los medios de comunicación nacionales y regionales de las actividades de las organizaciones de mayores, las buenas prácticas, la postulación y entrega de fondos a los proyectos de mayores, apunta en la dirección de desarrollar una imagen positiva de la vejez y el envejecimiento. La difusión en los medios de comunicación regionales es amplia y con alta participación de personas mayores.

También se desarrollan campañas de comunicación masiva, entre las que destaca la que cada año se realiza, a partir del 1º de octubre, el día internacional de las personas mayores y se prolonga durante el mes con actividades culturales, académicas, seminarios, talleres, y numerosas iniciativas regionales en las que participan activamente las personas de edad.

Se han producido publicaciones dirigidas a las personas mayores sobre la oferta de servicios públicos y privados a lo largo del país; sobre sus derechos como consumidores; sobre los beneficios que les ofrece el Plan Auge (De Acceso Universal con Garantías explícitas en Salud); liderazgo; prevención del maltrato contra los mayores y orientaciones para postulación al Fondo Nacional del Adulto Mayor, entre otras. Asimismo, se editan trípticos y volantes difundiendo derechos de los mayores.

Mensualmente se publica la revista “Gente Grande”, con un tiraje de 15 mil ejemplares, que da a conocer expe-

riencias, conocimientos y temáticas de interés dirigida a mayores organizados a lo largo del país.

Se realizan periódicamente sesiones de chat a través de Internet con mayores de todas las regiones, en las que funcionarios de SENAMA dialogan con mayores sobre los desafíos, oportunidades y problemas que plantea esta etapa vital.

Mención especial merece el programa radial “Tus Años Cuentan”, el cual está dirigido a las personas mayores del país, con un estilo dinámico, directo y ágil. En el se aborda a los mayores como grupo activo, que se mantiene vigente, con capacidad de consumo, y por lo mismo se divierte y se informa.

Este programa radial fue transmitido cada noche, de lunes a viernes, por radio Cooperativa durante el año 2008. Conducido por Julio Videla, el programa comenzó sus transmisiones el 9 de junio de 2008 y se extendió hasta el 31 de diciembre, totalizando 107 programas emitidos y contó con el financiamiento de SENAMA y la Subsecretaría de Previsión Social.

Entre los temas que se trataron se encuentran: políticas de Gobierno frente al tema de la vejez; implementación de la reforma previsional; Plan Auge; alfabetización digital; beneficios de realizar actividad física; y el éxito de la película “El Regalo”.

Durante el 2009 el programa se reinició el 2 de marzo y continuará hasta diciembre, entre las 22:00 y las 23:00 horas, en un trabajo conjunto entre SENAMA y la Caja de Compensación Los Andes.

Durante esta temporada se abren espacios para que los mayores se puedan expresar y contar sus experiencias y trabajo en cada una de las regiones del país, a través de distintas cápsulas.

El trabajo de abogar e incidir en medios de comunicación escritos, radiales y audiovisuales ha hecho posible la incorporación de la temática de los mayores. Gradualmente, la televisión ha ido incorporando a las personas de edad en sus informativos, y se ha empezado a permear a los medios de comunicación masivos en relación a la realidad de las personas mayores y su relevancia para la sociedad. Estos aspectos forman parte cada vez más de la parrilla programática y el contenido de los medios escritos. Los medios audiovisuales proyectan crecientemente a los mayores como protagonistas activos en diversas actividades que los reconocen y dignifican, reduciéndose el sensacionalismo de ciertas informaciones sobre abandono y deterioro grave, que hasta no hace mucho eran la tónica principal en relación a las personas mayores.

93 “Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos”. Intervención de la Sra. Paula Forttes Valdivia, Jefa de la Delegación de Chile y Directora Nacional del Servicio Nacional del Adulto Mayor. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y El Caribe. Brasilia 4-6 de diciembre de 2007.

La oferta programática acá expuesta, da cuenta de los avances que la temática ha tenido en Chile en la configuración de un sistema de protección social para las personas mayores. Sin embargo, el reforzamiento, la profundización, el aumento de recursos, la institucionalización de programas y la valoración social, entre otros, son tareas pendientes que se deben asumir a la brevedad y que requieren de la intervención del Estado, con más fuerza aún, para el avance en las dimensiones de vida de las personas mayores.

3.9 Avances Normativos y Legales a favor de los Derechos de las Personas Mayores.⁹⁴

Normas No Vinculantes, Declaraciones y Resoluciones Internacionales en favor de las Personas Mayores.

Las normas no vinculantes, si bien no son directamente obligatorias, puesto que no se someten a los procedimientos señalados en la normativa constitucional interna para su aprobación, sí constituyen importantes indicadores de derecho consuetudinario y ejercen notorias influencias en los países que los suscriben. En este mismo sentido, se debe señalar que Naciones Unidas ha tenido una preocupación especial por el tema del envejecimiento poblacional, el que se ha visto reflejado en algunos instrumentos no vinculantes, pero con gran repercusión a nivel internacional.

1. Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento y Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento, Austria 1982.

Constituye la primera asamblea de Naciones Unidas que específicamente aborda el tema del envejecimiento y se aprueba un Plan de Acción Internacional, lo hace desde un enfoque demográfico y referida en específico a los países desarrollados, que iniciando la década de los 80 del siglo pasado, presentaban una transición demográfica avanzada.

2. Principios de Naciones Unidas a favor de las Personas de Edad, 1992.

- **Independencia:** las personas de edad deberán tener acceso a alimentación, agua, vivienda, vestimenta y atención de salud adecuados, mediante ingresos, apoyo de sus familias, de la comunidad y de su propia autosuficiencia.
- **Participación:** comprende el derecho a la participación activa de las PM en la aplicación de las políticas dirigidas a ellos, posibilidad de formar movimientos y asociaciones.
- **Cuidados:** se refiere a la posibilidad de beneficiarse de los cuidados de las familias, acceso a servicios sanitarios y disfrute de Derechos Humanos

cuando residan en Establecimientos de Larga Estadía (ELE).

- **Autorrealización:** comprende el aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial, a través del acceso a recursos educativos, culturales, espirituales y recreativos de la sociedad.
- **Dignidad:** considera el derecho de las personas mayores a vivir con dignidad y seguridad, verse libres de explotación y malos tratos físicos o mentales, ser tratados con dignidad, independientemente de su edad, sexo, raza, procedencia étnica, discapacidad situación económica o cualquier otra condición y de ser valorados debidamente con prescindencia de su contribución económica.

3. Segunda Asamblea Mundial sobre Envejecimiento; Plan de Acción Internacional de Madrid, sobre Envejecimiento, 2002.

Temas centrales:

1. La plena realización de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
2. La garantía de los derechos económicos, sociales y culturales de las personas de edad, así como los derechos civiles y políticos, y la eliminación de todas las formas de violencia y discriminación contra las personas de edad.

Orientaciones prioritarias:

1. Las personas de edad y el desarrollo.
2. El fomento de la salud y bienestar en la vejez.
3. La creación de un entorno propicio y favorable.

4. Estrategia Regional de Implementación para América Latina y el Caribe del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento.

Siguiendo al Plan de Madrid, se precisan 3 áreas prioritarias:

a) Personas de edad y desarrollo

Meta General: “Protección de los derechos humanos de las personas mayores y creación de las condiciones de seguridad económica, de participación social y de educación que promuevan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas mayores y su plena inclusión en la sociedad y en el desarrollo”.

b) Salud y bienestar en la vejez

Meta General: “Las personas de edad 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”.

c) Derechos, Empoderamiento y Participación Social

Meta General: “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”.

⁹⁴ Este apartado ha sido desarrollado a partir de: Mora, Tania y Solé, Loreto. “Desafíos del Envejecimiento Población desde la Perspectiva de los Derechos Humanos: El caso de Chile”. SENAMA. 2008.

5. Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Hacia una sociedad para todas las edades y de protección social basada en derechos.

a) Declaración de Brasilia de los Estados miembros.

En lo específicamente referido a derechos, se destaca lo siguiente:

“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 estada como si residen en sus hogares, y facilitar la formulación y cumplimiento de leyes y programas de prevención de abuso, negligencia, maltrato y violencia contra las personas de edad”.

b) Carta de Brasilia, Declaración de la Sociedad Civil.

En las exigencias a los Estados y Gobiernos, solicitan que se elabore una Convención Internacional en defensa de los derechos de las personas adultas mayores, o un texto equivalente, que sea jurídicamente vinculante a fin de fortalecer y facilitar los instrumentos necesarios y suficientes para la reivindicación de todos sus derechos y orientar programas de promoción y capacitación, dirigidos a todos los grupos de población, a los funcionarios de las instituciones gubernamentales, y demás entidades relacionadas con el tema en la región.

En los compromisos de la Declaración, la sociedad civil señala que se compromete a:

“Realizar las gestiones pertinentes ante las instancias administrativas, legislativas, organismos nacionales e internacionales para lograr una Acuerdo Internacional de creación de un instrumento en defensa de los derechos de las personas adultas mayores, que sea jurídicamente vinculante”.

Derecho Nacional o Interno

A continuación se presenta la reseña de algunas leyes que aparecen como destacables por las situaciones específicas que abordan y que se relacionan especialmente con las personas mayores. De este modo, estas son algunas de las normativas que tratan específicamente o por extensión a los adultos mayores.

a) Código Civil

De las personas, se encuentran señaladas en el Libro I De las personas.

Art. 55 “Son personas todos los individuos de la especie humana, cualquiera sea su edad, sexo, estirpe o condición”.

De los derechos y obligaciones entre los padres y los hijos derechos y deberes de socorro Libro I Título IX.

Art. 222. “Los hijos deben respeto y obediencia a sus padres.”

Art. 223. “Aunque la emancipación confiera al hijo el derecho de obrar independientemente, queda siempre obligado a cuidar de los padres en su ancianidad, en el estado de demencia, y en todas las circunstancias de la vida en que necesitaren sus auxilios.

La regla general, es la capacidad, esto es, las personas mayores de edad, pueden obligarse por sí mismas, sin el ministerio o la autorización de otra persona (art. 1.445 Código Civil).

En ese sentido el art. 1.446 del Código Civil reitera este principio señalando que toda persona es legalmente capaz, excepto aquellas que la ley declara incapaces.

Existen 2 tipos de incapacidades:

- **Incapacidad absoluta:** dementes, impúberes (niñas menores de 12 años y niños menores de 14) y los sordos o sordo mudos que no pueden dar a entenderse claramente; los actos desarrollados por estas personas no producen efectos en ninguna circunstancia.
- **Incapaces relativos:** que son los menores adultos (los que tienen entre 12 y 18 años si son niñas o entre 14 y 18 si son niños) y los que se hallen bajo interdicción de administrar lo suyo, los que bajo ciertas circunstancias, sus actos pueden tener efectos jurídicos.

De acuerdo a la definición anterior, la persona que es declarada interdicta por causa de demencia es incapaz absoluto, sin embargo, se debe tener presente que no por el hecho de ser adulto mayor y estar demente se es incapaz. Requiere una declaración judicial que declare la interdicción por demencia del adulto mayor.

La declaración de interdicción procede cuando el adulto mayor se encuentra en estado habitual o irreversible de demencia. En un sentido legal, demencia es la falta de razón, esto es, que el sujeto no está en condiciones de apreciar el alcance de sus actos y carece consiguientemente de la aptitud para administrar por sí sus negocios.

La principal consecuencia que produce la interdicción es patrimonial, pues se priva al declarado interdicto de la facultad de administrar sus bienes.

95 El Decreto N° 1.907, publicado en el D. Oficial el 03/03/1999, promulgó el Convenio N° 156 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre la igualdad de oportunidades y de trato entre trabajadores y trabajadoras.

b) Código del Trabajo

Título Preliminar

Art. 2º “Reconócese la función social que cumple el trabajo y la libertad de las personas para contratar y dedicar su esfuerzo a la labor lícita que elijan. Son contrarios a los principios de las leyes laborales los actos de discriminación.

Los actos de discriminación son las distinciones, exclusiones o preferencias basadas en motivos de raza, color, sexo, edad, estado civil, sindicación, religión, opinión política, nacionalidad, ascendencia nacional u origen social, que tengan por objeto anular o alterar la igualdad de oportunidades o de trato en el empleo y ocupación”.⁹⁵

c) Código Penal - Título VII Crímenes y Delitos Contra el Orden de las Familias, Contra la Moralidad Pública y Contra la Integridad Sexual.

Art. 352. “El que abandonare a su cónyuge o a un ascendiente o descendiente, legítimo o ilegítimo, enfermo o imposibilitado, si el abandonado sufre lesiones graves o muere a consecuencia del abandono, será castigado con presidio mayor en su grado mínimo”.

De acuerdo al artículo señalado, la legislación chilena penaliza el abandono, como delito, para lo cual deben cumplirse los siguientes requisitos:

- Que el abandonado sea pariente (cónyuge, ascendiente o descendiente).
- Que el abandonado se encuentre enfermo o imposibilitado.
- Que como consecuencia del abandono, la persona sufra lesiones graves o muere.

d) Ley de Violencia Intrafamiliar Nº 20.066, publicada en el Diario Oficial el 22 de septiembre de 2005.

“Artículo 5º.- Violencia Intrafamiliar. Será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente.

También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre otra persona menor de edad o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar.”

ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS INSTRUMENTOS NACIONALES DE DERECHOS RELACIONADOS CON LAS PERSONAS MAYORES

Si bien, como se ha señalado, el derecho internacional no ha instituido aún normas vinculantes en específico respecto a las personas mayores, existe una extensa normativa no vinculante que demuestra el desarrollo que ha tenido el tema en el ámbito internacional.

En el ámbito nacional y como consecuencia del acelerado envejecimiento al que se ha visto enfrentado, se han experimentado avances, en cuanto a la oferta de programas y servicios que se ofrecen a las personas mayores, tanto en el ámbito público como privado. Sin embargo, desde el punto de vista jurídico, se observa un escaso desarrollo en derechos específicos respecto de las personas mayores.

No obstante lo anterior, es importante destacar que a partir de septiembre del año 2002, comenzó a regir la Ley Nº 19.828, que creó el Servicio Nacional del Adulto Mayor, como un Servicio Público, funcionalmente descentralizado, dotado de personalidad jurídica propia, relacionado con el Presidente de la República a través del Ministerio Secretaría General de la Presidencia, cuyo objetivo principal es velar por la plena integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono y la indigencia y por el respeto en el ejercicio de los derechos que la Constitución y las leyes le reconocen.

La creación de este Servicio Público podría ser considerada como el primer hito especial para avanzar en el reconocimiento del adulto mayor como un sujeto de derecho, con características especiales.

En el caso de declaraciones de interdicción por demencia, la legislación vigente resulta insuficiente, ya que no da cuenta del aumento progresivo de personas en condición de deterioro cognitivo, sostenido sobre el aumento de la esperanza de vida.

En lo que dice relación con la legislación del trabajo, es preciso señalar que la variable edad sí se encuentra reconocida en el Código del Trabajo como condición específica de discriminación, señalando incluso el inciso sexto del citado artículo, como actos de discriminación especiales, las ofertas de trabajo efectuadas por un empleador en la que se señale como requisito para postular alguna de las condiciones referidas en el inciso cuarto, entre ellas la edad.

En la legislación penal, en la que se encuentra penado el abandono como delito, nos encontramos con la

inaplicabilidad del artículo, por cuanto no obstante estar señalado, prácticamente no existen denuncias por éste y mucho menos persecución penal en contra de los eventuales responsables.

La violencia intrafamiliar por su parte, tampoco tiene gran aplicación cuando las víctimas de este tipo de violencia son personas mayores. En Chile, al igual que en otros países de la región, el fenómeno del maltrato al adulto mayor se encuentra invisibilizado. Nos encontramos con algunos datos que nos señalan por ejemplo las casi nulas denuncias de violencia contra los mayores que no superan el 1% del total de denuncias que recibe Carabineros de Chile por este concepto.

La Presidenta de la República envió al Parlamento, en octubre del año 2007, un proyecto de ley que modifica la ley de violencia intrafamiliar y otros cuerpos legales, con el objetivo de incluir el maltrato al adulto mayor en la legislación nacional, modificando la ley de violencia intrafamiliar, y otros cuerpos legales como el Código Penal y la ley de tribunales de familia.

En lo sustantivo, el proyecto incorpora al adulto mayor como sujeto vulnerable específico en la ley de violencia intrafamiliar⁹⁶, aumenta la protección penal a las personas mayores, en algunos casos en los que es víctima de abuso patrimonial, en el caso de parientes y específicas medidas de protección especial en la ley de tribunales de familia, en el caso del abandono.

A este respecto, el SENAMA cuenta con el Fono Mayor, canal de comunicación telefónico, gratuito a nivel nacional, que permite a la ciudadanía obtener información so-

bre la temática de la vejez y envejecimiento y entregar orientación ante situaciones que vulneren los derechos de las personas mayores. En el período comprendido entre junio de 2006 y mayo de 2008 fueron atendidos 5 mil 427 casos, la gran mayoría de ellos resueltos. De la misma manera, el SENAMA ha desarrollado dípticos y artículos de difusión sobre la temática en diversos boletines, así como la Guía de Prevención del Maltrato en Personas Mayores. Se celebra el 15 de junio, el “Día internacional sobre la toma de conciencia contra el abuso y maltrato del adulto mayor”. Esto con el afán de tomar conciencia contra el maltrato y abuso de las personas de edad, y que éstas apliquen, en pleno ejercicio, sus derechos.

En cuanto a lo que hemos señalado acerca de la creación del Servicio Nacional del Adulto Mayor, si bien las facultades con que la ley dota a SENAMA son amplias, los recursos con los que se cuenta para ejecutarlas no han sido hasta ahora significativos. Además, aún hacen falta algunas condiciones para aseverar que este servicio público efectivamente se entabla como un ente de protección de derechos para las personas mayores, pues carece de algunas funciones esenciales para realizarlas. No cuenta con facultades de representación judicial de adultos mayores que son objeto de violación flagrante de derechos.

Finalmente, en lo que respecta a la reforma previsional, al estar recientemente implementada es muy pronto para entrar en análisis más sustantivos, sin embargo, esta política pública, sustentada en la lógica del enfoque de derechos constituirá un avance en el aseguramiento de derechos básicos como el de la previsión social a las personas mayores, especialmente a los sectores más envejecidos de la población.

96 La ley de violencia intrafamiliar en Chile es la N° 20.066, publicada en el Diario Oficial el 07 de octubre de 2005.

➤ **IV. Conclusiones y Desafíos
frente al Envejecimiento**



Los datos y la reflexión gerontológica de este trabajo ofrecen un panorama de la situación de las personas mayores en Chile, de los avances y retos en materia de políticas y programas dirigidos a ellos.

A partir de lo anterior, se recogieron diversas opiniones y sugerencias de profesionales e investigadores del ámbito público y académico, de funcionarios públicos y de las propias personas mayores, que enriquecieron el análisis y permitieron establecer las siguientes conclusiones y desafíos, entendidas como una base desde la cual promover la discusión en materia de políticas públicas sobre envejecimiento y vejez.

1. SOBRE EL CAMBIO DEMOGRÁFICO

El envejecimiento poblacional es un desafío crítico para las políticas públicas.

Toda la información disponible indica que el envejecimiento poblacional constituye una de las principales transformaciones sociales de la modernidad, que debe abordarse desde las políticas públicas de manera transdisciplinaria e integral, como lo requiere la complejidad y heterogeneidad del proceso de envejecimiento.

Se debe actuar oportunamente, anticipando los escenarios futuros, desarrollando hoy los ajustes estructurales –como ha sido la Reforma Previsional– para dar respuesta a las demandas de una sociedad que envejece aceleradamente. Prevenir y potenciar son verbos que cualquier política pública en envejecimiento y vejez debe incluir.

El “envejecimiento de la vejez” constituye una de las principales áreas de intervención para enfrentar la vulnerabilidad de las personas mayores.

El aumento de los grupos de mayor edad entre las personas mayores constituye uno de los escenarios en los que se debe actuar con especial énfasis.

El “envejecimiento de la vejez” trae consigo escenarios de mayor vulnerabilidad para las personas, toda vez que a mayor edad aumentan significativamente los riesgos de dependencia y de desvinculación de las redes sociales de apoyo.

Se deben generar servicios diferenciados para las personas mayores pertenecientes a los distintos grupos etarios, que consideren las especificidades de cada segmento.

Las políticas de envejecimiento y vejez deben circunscribirse en las características del proceso de transformación demográfica de la sociedad a la cual son dirigidas y, por lo tanto, deben desarrollarse en concordancia con el dato empírico y el significado cultural.

El proceso de envejecimiento en los países en vías de desarrollo, como Chile, ha acontecido de manera mucho más acelerada que el experimentado por sociedades más desarrolladas. Cada país debe definir desde su realidad las formas pertinentes sobre cómo intervenir. Las estrategias para enfrentar este proceso deben proyectarse en escenarios de corto plazo, aprovechando la ventana de tiempo que hoy en día se tiene para la consolidación de un sistema de protección social para todas las edades.

La innovación es un elemento imprescindible para las políticas públicas en materia de envejecimiento y vejez.

Si bien el envejecimiento constituye una transformación global, la manera en que éste es enfrentado por cada sociedad debe ser innovadora y adecuada, considerando sus propias particularidades, especialmente las culturales.

Se debe aprender de las experiencias internacionales para no cometer los errores observados, cuidando al mismo tiempo no reproducir automáticamente modelos que han resultado exitosos en sociedades con infraestructura, recursos financieros, técnicos y humanos distintos a los nuestros.

Las políticas en materia de envejecimiento y vejez deben considerar todo el ciclo vital de las personas.

La manera en que las personas resuelven los distintos escenarios de desarrollo a lo largo de su vida, determinan las situaciones de vulnerabilidad que deberán enfrentar en su vejez. Por ello, las políticas de envejecimiento deben operar sobre todas las etapas de la vida, permitiendo a las personas arribar a la vejez en las mejores condiciones posibles.

Aunque el envejecimiento de la población es irreversible, se debe fomentar la renovación demográfica.

La reducción sostenida de las tasas de natalidad y la consecuente reducción del número de niños constituye un fenómeno de alto impacto que tiene diversos efectos para la sociedad en su conjunto y para los mayores en particular. Existirá, hacia el futuro, una cantidad más reducida de personas que soporten económicamente las demandas asociadas al nivel de envejecimiento, siendo necesario entonces, generar políticas de fomento a la natalidad. Se requiere fomentar la maternidad, eliminando los desincentivos que hoy existen.

Se debe facilitar la inserción y mantención en el mercado del trabajo de las madres a través del mejoramiento del sistema de salas cunas y el incremento de transferencias monetarias como incentivo a la tenencia de hijos.

La migración es un aspecto demográfico con complejas consecuencias sociales, que requiere una pronta intervención.

Desde la vertiente de los derechos sociales, los movimientos migratorios pueden incrementar el riesgo social de los ciudadanos, puesto que el trabajo fuera del propio país al que se pertenece dificulta, en muchos casos, el mantenimiento de esos derechos.

Se requiere profundizar en mecanismos de protección social como el Convenio Iberoamericano de Seguridad Social, que permite avanzar en el proceso de garantizar los derechos previsionales y de seguridad social a trabajadores migrantes y sus familias.

2. RESPECTO DE LA SITUACIÓN ECONÓMICA Y EMPLEO

Se debe avanzar en una adecuada medición de la pobreza de las personas mayores.

La estructura de gastos de las personas mayores difiere significativamente de la del resto de la población, caracterizándose por el alto gasto en salud y en servicios especializados en que deben incurrir.

Es necesario diseñar instrumentos capaces de medir la pobreza y la vulnerabilidad de las personas mayores, que reconozcan su multicausalidad y permitan dirigir la política pública hacia los distintos factores que la determinan.

Se debe reformular el concepto de vulnerabilidad observando la realidad específica de las personas mayores.

El abordaje de la vulnerabilidad de las personas mayores presenta características específicas que deben ser consideradas en la medición y protección frente a los diversos riesgos de la vejez.

Una definición adecuada del concepto de vulnerabilidad en las personas mayores permitirá el diseño de programas que trasciendan un enfoque asistencial, priorizando los aspectos preventivos y promocionales.

Se debe promover la permanencia en el empleo de las personas mayores que lo deseen o lo requieran.

La permanencia en el empleo por el mayor tiempo posible debe ser un derecho, este no sólo tiene impactos positivos en la seguridad económica de las personas mayores, sino que también supone enormes ventajas para su calidad de vida. Los factores asociados al mantenimiento de la funcionalidad, el ejercicio de roles, la valoración social y el sentimiento de autoeficacia y autonomía deben considerarse como parte integral de las políticas que se diseñen en materia de empleo para las personas mayores.

Se debe promover la capacitación permanente de las personas a lo largo de todo el ciclo vital.

La capacitación permanente, a lo largo de todo el ciclo vital, debe permitir a las personas disponer de competencias para la reinserción laboral post jubilación.

Las personas mayores constituyen hoy, y lo harán con mayor fuerza en el futuro, un contingente laboral que se encuentra en una posición ventajosa para aportar al avance y dinamización de sectores de la economía cruciales para el desarrollo del país, como el sector de servicios.

La seguridad económica en la vejez es resultado de la seguridad económica a lo largo de toda la vida. Es rol del Estado proveer mecanismos para que la seguridad económica abarque toda la vida de las personas y estimule un rol activo de parte del individuo.

El garantizar la seguridad económica durante toda la vida, a través de la generación de empleos, seguros de cesantía, la continuidad en el ahorro previsional y la

nivelación de las iniquidades en la estructura del mercado de trabajo, constituye una estrategia de anticipación a escenarios de vulnerabilidad económica durante la vejez.

La Reforma Previsional es, sin lugar a dudas, un importante avance en este sentido, que corrige parte importante de las inequidades que evidenció el sistema de capitalización individual existente desde inicios de los años 80.

3. EDUCACIÓN CONTINUA Y CAPACITACIÓN

Las personas de 60 años presentan un menor nivel de escolaridad y mayor analfabetismo que los demás rangos etarios. Considerando lo anterior, urge avanzar hacia la generación de una estrategia de educación continua para las personas mayores, que se corresponda con la importancia de este grupo etario para el desarrollo del país.

La realidad de analfabetismo y menor nivel de escolaridad que afecta a los mayores está asociada a menores ingresos y oportunidades de empleo, en especial para las mujeres mayores, que suelen trabajar en actividades con bajos ingresos o sin ellos, como ocurre con el trabajo doméstico o el cuidado de otros. Ello reviste especial gravedad ante la mayor expectativa de vida y el escenario de inestabilidad que hoy vive la población.

Aunque se han desarrollado programas e iniciativas educacionales tanto públicas como privadas, estas no han logrado aún la articulación necesaria. Por otra parte, se evidencia una brecha en materia de capacitación y formación para el trabajo y el emprendimiento de las personas de edad, indispensables para la capacidad de reconversión laboral que hoy exige el mercado.

La actualización y adquisición de conocimientos y competencias a lo largo de la vida, y sobre todo luego de jubilar, permite a las personas continuar significando un aporte para variados sectores de la economía, traspasando la experiencia acumulada y los nuevos conocimientos al quehacer laboral.

Es importante la permanencia en el trabajo de las personas mayores por el mayor tiempo posible. Además de mantener sus ingresos, ello les permite seguir activos, aportando a la economía nacional. Por otra parte se sabe que la actividad durante la vejez tiene resultados positivos sobre la calidad de vida, la salud y la autovaloración de las personas mayores.

La revolución demográfica que vive el país, que en pocos años hará equivalente el número de mayores de 60 años al de menores de 15, obliga a anticipar políticas educacionales coherentes con esta realidad.

El sistema de educación formal debe ser transversal a todos los ámbitos de la realidad de la vejez y el envejecimiento. Tanto para aportar a la educación de los mayores, como a todas las generaciones, que inexorablemente avanzan a esa etapa de la vida.

Las políticas públicas de educación digital e informática deberían incluir como sector relevante a las personas mayores. Posibilitar su acceso al equipamiento necesario y a la capacitación debe ser una respuesta crucial para que las personas de edad se mantengan vigentes, vinculadas a su entorno, a las redes sociales, al mercado, etc., para reducir la brecha digital que las nuevas tecnologías de información (TIC) instalan sobre ciertos grupos excluidos.

Los programas académicos junto con abrirse a las personas mayores, deben promover su acceso en igualdad de oportunidades, independiente de la disponibilidad de recursos de este grupo etario. Las posibilidades de financiamiento creadas tradicionalmente por las universidades, tales como becas de estudios, entre otros mecanismos, deben ampliarse y potenciarse también para las personas mayores.

La formación de recursos humanos capaces de responder a los desafíos que plantea el envejecimiento de la población es fundamental para responder a las necesidades de las personas mayores.

Se requieren más geriatras, especialistas en gerontología, y también enfermeras, kinesiólogos, fonoaudiólogos y odontólogos preparados para atender las particularidades de la población de mayores. Pero esta necesidad se extiende más allá de las profesiones del área de la salud, para abarcar las profesiones del área social, desde profesores/as hasta arquitectos, economistas, etc.

La demanda laboral de cuidadores calificados de personas mayores que se incrementará de manera acelerada, requiere una mayor oferta de educación técnico profesional, con mejores estándares de calidad. Se trata de un componente del sistema de educación formal, que en el corto plazo contará con un nuevo nicho de mercado laboral.

La educación continua debe constituirse en una verdadera herramienta de inclusión y desarrollo humano permanente de las personas mayores y para la sociedad en su conjunto.

Los Programas de Educación Continua representan un instrumento gracias al cual las personas de edad pueden actualizar conocimientos funcionales a la integración laboral, prolongando la adquisición de ingresos para una vejez digna y la actividad por el mayor tiempo posible.

En este sentido las políticas educacionales deben abordar esta problemática de manera urgente, ya que la educación continua y la capacitación resultan beneficiosas tanto para las personas mayores como para la sociedad en su conjunto.

4. LA SALUD Y EL DESARROLLO DE UN SISTEMA INTEGRAL DE SERVICIOS DE CUIDADO DE LARGO PLAZO: DESAFÍO FUNDAMENTAL PARA LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

El aumento del número de personas mayores, el envejecimiento de la vejez, la creciente disminución de las posibilidades de las familias para hacerse cargo del cuidado de mayores y la especialización que éstos requieren para ser provistos con calidad, obligan a que parte importante de los esfuerzos para asegurar una vejez con calidad de vida sean invertidos en el desarrollo de un sistema integral social y sanitario de cuidados de largo plazo. El mismo requiere un verdadero compromiso país, que sume a los sectores público y privado.

Asimismo, se requiere mejorar la calidad de la atención de salud, que consolide la voluntad del Estado de desarrollar un enfoque de protección social en salud, expresado en el programa AUGE.

Es necesario dimensionar y caracterizar la dependencia.

Para determinar los tipos de servicios de cuidados, las coberturas y los recursos que se deben asociar al sistema, es necesario determinar la prevalencia de la dependencia y sus características en la población de mayores.

El envejecimiento de la vejez condiciona escenarios de mayor dependencia en nuestro país.

El cohorte etario de 80 años y más es el que experimenta el mayor crecimiento, llegando a ser el mayoritario hacia el año 2050. Se ha encontrado en diversos estudios que alrededor de los 80 años las prevalencias de discapacidad y dependencia aumentan de forma exponencial.

Es necesario avanzar hacia sistemas de provisión de servicios de cuidado de calidad en las instituciones o residencias de larga estadía.

La realidad de los establecimientos de larga estadía muestra una enorme heterogeneidad en materia de calidad de los cuidados requeridos por los mayores.

La información con que se cuenta respecto a la situación de los ELEM da cuenta que ésta es insostenible. Es necesario actualizar el reglamento de Establecimientos de Larga Estadía, incorporando aspectos gerontológicos

–que den cuenta de un abordaje integral al trabajo con personas mayores– a un marco regulatorio que hoy día esta mayormente marcado por un enfoque sanitario.

Al mismo tiempo, se debe perfeccionar el sistema actual de autorización de instituciones de larga estadía hacia uno que incorpore acreditación, fiscalización y apoyo técnico y de recursos al mejoramiento continuo, de acuerdo a estándares de calidad a partir de los diagnósticos existentes.

Se debe desarrollar un sistema de apoyo integral a los cuidados provistos en el ámbito familiar y comunitario.

Parte importante de los cuidados que son proporcionados a las personas mayores se entregan en el ámbito familiar y comunitario, sin embargo, resultan cada vez más evidentes las dificultades y riesgos que este tipo de cuidados conlleva, lo que obliga a que el Estado continúe generando programas y servicios de apoyo.

Se deben seguir implementando medidas como el estipendio al cuidador familiar del postrado y avanzar en el desarrollo de otras, como los programas de formación y respiro al cuidador, los servicios de cuidado domiciliario y los centros de día, todo esto con un enfoque integral de salud, que incorpore las dimensiones sanitarias, psicológicas y sociales, y que permita a los mayores vivir con sus familias y en su espacio comunitario por el mayor tiempo posible.

La capacitación y formación de cuidadores como requisito para un sistema de cuidados.

La formación de los recursos humanos que deberán proveer el tipo de servicios de cuidado del que se ha venido hablando, es un punto fundamental para el éxito de este tipo de sistema.

Los cuidados demandados por las personas mayores requieren ser especializados, sobre todo para la atención de personas mayores con grados de dependencia.

El desarrollo de programas de capacitación, la formación profesional, el incentivo de un mercado de servicios y las consecuentes oportunidades de empleo que esto acarrea, generan sinergias que deben ser fomentadas por el accionar del Estado.

La construcción de un Sistema de Cuidados de Largo Plazo es un elemento activador de la economía y del desarrollo.

El desarrollo de un Sistema de Cuidados de Largo Plazo, conlleva la generación de un mercado de servicios que re-

quiere de infraestructura y recursos humanos y técnicos adecuados para su funcionamiento de acuerdo a estándares de calidad.

La movilización de todos estos factores, a través de la acción del Estado, inyectará dinamismo a la actividad económica, desarrollando el sector secundario y terciario de la economía y generando empleo de calidad, siendo una respuesta costo-efectiva para avanzar en el desarrollo del país.

El sistema de salud debe seguir profundizando su acción en materia de protección y aseguramiento del acceso preferencial de las personas mayores.

El sistema de salud debe, desde una óptica integral, profundizar su accionar tanto en el ámbito preventivo como en el paliativo.

Especial atención merecen la salud de la mujer, toda vez que son éstas quienes asumen comúnmente las tareas de cuidado de otros; con los consecuentes impactos sobre su salud, producto de la carga física y emocional que supone el cuidado, especialmente de personas mayores dependientes.

Las personas a medida que envejecen, enfrentan escenarios más complejos para su salud. El sistema de salud debe contar con un enfoque gerontológico que se ocupe de las especificidades de la población de mayores.

Por su parte, los niños de hoy serán quienes mañana deberán soportar económica y materialmente a una sociedad conformada por personas mayores, siendo necesario asegurarles, desde la cuna, el acceso oportuno a una salud de calidad.

Es determinante mejorar la calidad de la atención en los sistemas primario, secundario y terciario.

Es necesario reducir los tiempos de espera a los que se ven enfrentadas las personas mayores en los consultorios, ya que impactan negativamente en la cantidad de personas que se atienden en el sistema de salud.

Se debe mejorar la atención del personal de salud, evitando situaciones de maltrato en los establecimientos. Se requiere generar competencias en gerontología para atender adecuadamente a la población de mayores.

Se deben desarrollar mecanismos efectivos de acceso a la salud para los mayores que residen en zonas aisladas y que por problemas de desplazamiento no pueden atenderse.

La funcionalidad es un concepto clave de la salud y la calidad de vida de las personas mayores.

Las limitaciones funcionales, definidas como la restricción de las capacidades físicas o mentales para efectuar las tareas requeridas para mantener una vida independiente, son importantes determinantes de mortalidad, morbilidad y discapacidad en el adulto mayor.

La presencia de limitación funcional en un individuo no significa necesariamente su discapacidad, es la interacción de estas limitaciones funcionales con factores sociales y ambientales lo que define su discapacidad. De allí surgen precisamente las mayores diferencias en el nivel de salud, autonomía y calidad de vida que se observan entre los miembros de diferentes estratos socioeconómicos y entre ambos sexos.

La dependencia funcional y los estados alterados de salud son prevenibles.

La mayoría de las discapacidades son susceptibles de prevenir a través de intervenciones oportunas, con lo cual no sólo se obtiene una mejor calidad de vida para los mayores si no que también representa un gran ahorro en los costos resultantes de la dependencia, pérdida de productividad y cuidado de la salud.

En una población en la cual se han detectado importantes diferenciales sociales y de género se requiere de un sistema que promueva un envejecimiento activo y saludable que sea equitativo y sostenible. Ello depende de la capacidad de respuesta a las necesidades y de la utilización de los recursos públicos en intervenciones costo efectivas y de acuerdo a necesidades generales de este grupo y específicas de grupos vulnerables.

Para ello es necesario establecer mecanismos de evaluación permanente de la calidad, eficiencia, accesibilidad y costo efectividad de los servicios.

Se debe diagnosticar y tratar oportunamente las enfermedades crónicas que producen deterioros en la capacidad funcional.

Las acciones destinadas a obtener una comprensión de la morbilidad es una de las metas clave para mejorar la calidad de vida de la población. El diagnóstico precoz y mejor tratamiento de las enfermedades ha significado un aumento de la expectativa de vida, pero ello no se traduce necesariamente en una mejor calidad de vida. Las enfermedades crónicas son causantes de al menos la mitad de las discapacidades en las personas mayores. De allí que su diagnóstico y tratamiento oportuno sean básicos para mantener la autonomía.

El seguimiento de enfermedades crónicas y un sistema que sea capaz de efectuar un diagnóstico preciso, tratamiento y seguimiento del problema aparece como una alternativa que ha demostrado ser costo-efectiva.

Debe promoverse el desarrollo de conductas de autocuidado a lo largo de todo el ciclo vital de las personas.

Anticiparse a potenciales escenarios de dependencia en edades avanzadas requiere de un compromiso individual en que las propias personas desarrollen conductas de autocuidado a lo largo de toda su vida.

Es responsabilidad del Estado poner a disposición de las personas la infraestructura e información para que esto ocurra, así como regular aquellos ámbitos en que los riesgos de dependencia son mayores.

La promoción de actividad física regular en forma programática es una herramienta que podría significar una importante mejoría de la situación de salud de las personas mayores.

Existe evidencia que la vida sedentaria es uno de los factores de riesgo modificables más importantes para muchas enfermedades crónicas que afectan a las personas mayores, incluyendo la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, AVE, diabetes, cáncer y artritis. El aumento de la actividad física tiene un impacto detectable no sólo sobre estas condiciones, sino sobre el bienestar general.

5. RESPECTO DEL MALTRATO A LAS PERSONAS MAYORES

El maltrato es un fenómeno desconocido pero existente, que debe ser visibilizado.

El maltrato a las personas mayores es un fenómeno sobre el cual se cuenta con información insuficiente, que no es debidamente reconocido por la sociedad en su conjunto, en el ámbito familiar, ni por los propios mayores. Si a esto se agrega el desconocimiento respecto de los mecanismos de protección existentes en la actualidad, nos encontramos con un doble problema. Por un lado la invisibilidad del fenómeno por parte de la opinión pública, agravada por la ausencia de mecanismos de protección adecuados que permitan prevenir o disminuir su ocurrencia, y por otro, con la percepción cada vez más cierta, por parte de los propios mayores, de que este es un problema que los afecta y al que no encuentran solución. Todo ello provoca el actual estado de indefensión de los adultos mayores respecto al maltrato en nuestro país.

Es por ello que las medidas e iniciativas de intervención deben apuntar a reconocer la existencia del problema del maltrato, y a visibilizarlo socialmente. Los distintos actores sociales: las propias personas mayores, la familia, los profesionales, las autoridades gubernamentales, los tribunales de justicia, los parlamentarios, deben estar informados de su ocurrencia y sensibilizados acerca de su impacto.

Las personas mayores deben tomar conciencia de sus derechos y hacerse partícipes de este problema.

Es necesario incentivar una actitud participativa de las personas mayores, difundiendo sus derechos y promoviendo su legítimo ejercicio. Los avances que el SENAMA ha gestionado: las Escuelas de Dirigentes, los Consejos Asesores Regionales de Mayores, entre otros, deben continuar fortaleciéndose.

Es indispensable promover mecanismos de protección legal ante el maltrato y un acceso adecuado a la justicia.

El proyecto que modifica la ley de violencia intrafamiliar y otros cuerpos legales, para incluir el maltrato al adulto mayor en la legislación nacional, una vez aprobado, constituirá un importante instrumento para prevenir y sancionar este delito contra las personas de edad.

Una vez que este proyecto sea ley, será vital fortalecer las instancias de apoyo y acceso efectivo de las personas mayores a la justicia, ya que hasta ahora suelen recurrir solamente a quienes tienen más cerca.

Las organizaciones de personas mayores, las iglesias, los servicios de atención primaria de salud, los municipios, los programas comunitarios, constituyen espacios donde pueden instalarse centros de captación de demandas y necesidades, a fin de acoger adecuadamente a las personas mayores y crear alternativas para detectar y pesquisar maltratos o violencia en contra de ellas.

También se hace urgente la necesidad de sensibilizar y capacitar a los Tribunales de Familia, Fiscalías y en general a las instituciones que administran y aplican justicia, para considerar a las personas mayores víctimas de violencia y maltrato como sujetos específicos que forman parte de los grupos vulnerables, que requieren soluciones judiciales diferenciadas y respecto de otros miembros de la sociedad.

Se debe prevenir el maltrato generando un cambio en la imagen social del envejecimiento y la vejez.

En materia de prevención del maltrato a mayores se requiere de un cambio cultural, que modifique los estereo-

tipos vigentes. Las acciones de educación y sensibilización deben buscar un cambio de actitudes y conductas.

Es fundamental intervenir en los ámbitos de socialización primaria para cambiar los estereotipos de la vejez desde la infancia.

En el ámbito educacional, es imprescindible realizar acciones prontamente, ya que como se ha señalado en el Estudio sobre el Posicionamiento del Valor Social de las Personas Mayores en los Textos Escolares, las personas mayores son invisibilizadas y estereotipadas negativamente en los textos de educación básica.

De este modo, una línea relevante de trabajo a seguir para la consecución de una imagen positiva de la vejez, es la intervención en el sistema de educación básica, generando nuevas imágenes sobre los roles que desempeñan los mayores en la sociedad, construyendo con ello a su vez una base para la solidaridad intergeneracional.

El maltrato en instituciones y Establecimientos de Larga Estadía constituye un fenómeno poco conocido, que sitúa a las personas mayores en un contexto de indefensión.

La capacitación de los y las cuidadoras, la creación de consejos de residentes y un sistema de acreditación en los Establecimientos de Larga Estadía son medidas relevantes para la prevención del maltrato. SENAMA, en conjunto con el Ministerio de Salud trabaja actualmente en la dirección mencionada.

6. RESPECTO A LA VIVIENDA Y LAS CONDICIONES DE HABITABILIDAD

La vivienda es más que un lugar para vivir.

Esto significa que es necesario entregar respuestas integrales a las necesidades de vivienda de las personas mayores, que considere la funcionalidad, la provisión de servicios y los diversos tipos de familia que conforman las personas mayores.

La adaptabilidad de los espacios urbanos y rurales es también un requisito fundamental en la protección del derecho de las personas mayores de participar activamente de la vida social.

Por primera vez, la política de vivienda se orienta a asegurar el derecho a techo y no el derecho a la propiedad.

Contar con condiciones dignas de vivienda y habitabilidad es un derecho que atraviesa todo el ciclo vital.

El programa de vivienda para personas mayores surge como respuesta a las carencias que las personas no han podido resolver a lo largo de la vida.

Para dar respuesta adecuada a los requerimientos de vivienda y habitabilidad de las personas mayores, el programa debe ser masificado y constantemente monitoreado y evaluado.

Una política de vivienda de futuro es aquella que asume también las particularidades de las personas mayores.

Las políticas públicas en materia de vivienda deben considerar tanto la cobertura como la calidad y tipo de soluciones habitacionales requeridas.

Es necesario considerar factores como la funcionalidad de las personas mayores, lo que obliga a asumir la temática de la dependencia y de los cuidados de larga duración, como elemento central de la respuesta del Estado en materia de asegurar una vivienda digna a las personas mayores.

Asimismo, se debe tener en cuenta aspectos étnicos y otras dimensiones culturales a la hora de diseñar las intervenciones en materia de vivienda.

La política de vivienda para personas mayores requiere de un trabajo que se encargue de promover distintas dimensiones de la calidad de vida de las personas.

Junto a la vivienda, se debe asegurar la disponibilidad de una serie de servicios que incluyan los cuidados, la recreación, la atención de salud, que fomenten la autonomía y el ejercicio de derechos de las personas mayores, así como también la seguridad pública.

Lo anterior es sólo posible mediante un trabajo mancomunado de los distintos sectores, coordinado por SENAMA.

La política de vivienda requiere incorporar todos los aspectos involucrados, considerando las condiciones de habitabilidad bajo un enfoque de derechos, integral y de calidad.

Se propone avanzar en la construcción de modelos y en la definición de estándares de calidad en la atención de los mayores en los ámbitos comunitario, domiciliario y de institucionalización.

Es necesario generar una oferta pública que articule recursos habitacionales y servicios sociales para el apoyo y cuidado de las personas mayores.

Se requiere desarrollar las bases de un Sistema Integral de Servicios Sociales en Residencias Protegidas, a través de la definición de un Modelo de Gestión con Enfoque Sociosanitario y de un Sistema de Acreditación de Residencias diferenciado según Nivel de Funcionalidad.

La intervención debe promover la potenciación de los núcleos sanos de los residentes así como evitar o retardar el deterioro de estos.

Asimismo, se deben fomentar elementos que refuercen la identidad, la autonomía y la pertenencia de las personas mayores en el marco del Enfoque de Derechos, concretizándolos en la atención directa y en la estrategia de integración socio comunitaria.

Además, con el objeto de evitar situaciones que contribuyan a potenciar relaciones inequitativas o discriminatorias basadas en el hecho de ser mujer u hombre al interior de la residencia, la intervención debe contemplar también un enfoque de género, reconociendo las diferencias del proceso de envejecimiento entre hombres y mujeres y que generan a su vez necesidades diferenciadas.

7. LA CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA VEJEZ

Los significados de la vejez se han construido desde la invisibilización, los estereotipos y el prejuicio.

Las personas mayores deben enfrentar la invisibilización de su rol social y la construcción de una imagen negativa de la vejez, asociando esta etapa a la inactividad, la enfermedad y la dependencia.

Se hace necesario relevar los aspectos positivos de esta etapa, construyendo imágenes más realistas que den cuenta de las diversas maneras de experimentar la vejez.

Se debe trabajar en romper los mitos, prejuicios y el viejismo que prevalecen en la sociedad, construyendo nuevos significados de la vejez, que sean valorados socialmente a través de nuevos roles y el reconocimiento de los ya existentes.

Para ello es necesario que las personas mayores se asuman como actores sociales y se movilicen en pos de lograr una generación para sí, organizándose y ejerciendo nuevos roles en lo laboral, familiar, comunitario y social.

Existe una negación del proceso de envejecimiento individual y colectivo.

A nivel individual y social no existe plena conciencia de que el envejecimiento es un proceso que se desarrolla durante todo el ciclo vital, al que todas las personas se

ven sujetas y que la sociedad en su conjunto está experimentando aceleradamente.

Considerar el envejecimiento y la vejez como un “problema ajeno” conlleva el riesgo de no actuar con la debida anticipación, preparándose para enfrentarlo de manera exitosa.

Las personas deben desarrollar durante todo el ciclo vital, acciones de autocuidado para acceder a una vejez en mejores condiciones. Además, deben procurar generar ingresos suficientes para no tener riesgos económicos durante la vejez.

El Estado debe proveer de una batería de prestaciones y servicios a los que las personas puedan acceder para asegurar una mejor vejez, teniendo presente y reforzando una imagen de las personas mayores como sujetos capaces de decidir sobre su propia vida.

Se debe promover la generación de espacios de diálogo intergeneracional.

El desconocimiento de las generaciones jóvenes y mayores entre sí puede ser terreno fértil para el surgimiento de prejuicios y discriminaciones. Una sociedad para todas las edades debe promover la interacción de sus miembros, creando espacios de socialización y comunicación.

Las personas mayores tienen mucho que entregar a las generaciones más jóvenes y también mucho que aprender de ellas. Promover espacios para la construcción de vínculos intergeneracionales significa mayor cohesión social, superación de prejuicios y prevención de escenarios de violencia material y simbólica.

La promoción de las relaciones intergeneracionales da como resultado la disponibilidad de un mayor potencial de apoyo, lo que constituye un factor protector para las personas mayores.

Se debe considerar a las personas mayores como un capital social y cultural que no puede ser desaprovechado.

Una sociedad en vías de desarrollo no puede permitirse desperdiciar los recursos con que cuenta para alcanzar el progreso. Las personas mayores sintetizan los enormes esfuerzos que se han realizado para alcanzar la posición en que hoy en día se encuentra la sociedad y están dispuestos a participar de los desafíos que ellos mismos han logrado construir.

Las personas mayores representan la historia social, económica, política y cultural de una nación, son quienes construyeron el presente y se encuentran en una posición privilegiada para responder a los desafíos del futuro.

Una sociedad que maltrata a las personas mayores es una sociedad con un alto riesgo de desintegración social.

Una sociedad como la nuestra -que envejece aceleradamente-, en la que existe maltrato hacia las personas mayores, es una sociedad que crecientemente va a estar marcada por la violencia.

El maltrato hacia los mayores se expresa tanto en violencia física como simbólica, y este no puede, de ninguna manera, ser el escenario que se le ofrece a una población que envejece.

El maltrato hacia las personas mayores, en sus diversas formas, significa un escenario de exclusión, donde las posibilidades de desarrollo y bienestar se ven coartadas.

Se debe promover la emergencia de las distintas maneras de ser persona mayor.

Dado que el envejecimiento es también un proceso individual, se debe considerar la diversidad que encontramos en las personas mayores. Esto obliga al diseño e implementación de políticas públicas adecuadas y con pertinencia.

No se pueden generar respuestas unívocas a las necesidades de las personas mayores, debiendo considerarse las distintas dimensiones de la vejez y las múltiples expresiones en que éstas se materializan en los individuos y los distintos tramos etarios como referentes.

Es necesario trabajar con los medios de comunicación, los que constituyen un escenario clave de difusión de nuevas imágenes del envejecimiento y la vejez.

Resulta vital generar alianzas con los medios de comunicación, tanto a nivel de instituciones públicas y privadas (nacionales e internacionales), como de las propias organizaciones de mayores, para visibilizar y reconocer a este grupo etario como un sector prioritario y en crecimiento acelerado, con necesidades específicas y que debe sentirse identificado con la oferta programática que se implementa.

Como consecuencia de este trabajo mancomunado, es necesario desarrollar campañas masivas y permanentes, que permitan mostrar una imagen realista de la vejez, dejando atrás estereotipos negativos asociados a ésta. Las campañas, programas u otros que pueden surgir, deben convertirse en un desafío país, en el que participen distintos actores, desde los medios consolidados hasta los emergentes.

En este marco, se han desarrollado destacadas iniciativas que abren un espacio a los mayores y sus agrupacio-

nes. Es el caso de la película “El Regalo” que se convirtió en éxito de taquilla durante el año 2008. Este filme, centrado en la vida de cinco adultos mayores, constituye un ejemplo del cambio que la sociedad experimenta y de las necesidades que el mercado debe satisfacer.

Similares son los casos del programa de radio Cooperativa “Tus Años Cuentan”, líder de sintonía en su horario y la revista “Gente Grande”. Ambas instancias entregan a los mayores la posibilidad de plasmar sus iniciativas, desafíos y sueños. En esta misma línea, programas que han contado con el apoyo del Consejo Nacional de Televisión, como Viejo Zorro (Chilevisión), o la puesta en marcha de Todos a Coro (TVN), evidencian que las temáticas de mayores, son de interés para el público en general y son rentables para los medios, pensando en su pronta masificación.

8. ENFOQUE DE DERECHOS: EMPODERAMIENTO Y PARTICIPACIÓN

La universalidad de derechos es la guía para todo el accionar del Estado.

La universalidad de derechos constituye la plataforma desde la cual el Estado asume su responsabilidad en materia de las políticas de protección social hacia las personas mayores.

El accionar del Estado debe estar orientado hacia garantizar y hacer exigibles los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores.

Los derechos de las personas mayores, como grupo, deben ser reconocidos y reivindicados bajo el concepto de universalidad, protegiéndolas ante escenarios de vulnerabilidad y desigualdad frente a otros segmentos.

Una Convención Internacional de Derechos para las Personas Mayores constituye un marco normativo exigible que reconocerá, normará y amparará aquellas particularidades de grupo no abordadas por la normativa general de Derechos Humanos.

En este sentido, se hace necesario mencionar, por la relevancia que ha tomado en el último tiempo en el ámbito Latinoamericano y del Caribe, el trabajo conjunto de la región en torno a la elaboración de una Convención Internacional de Derechos de las Personas Mayores, que contendría normas jurídicas vinculantes a los países que la suscriben y ratifican.

En el contexto de Naciones Unidas se han llevado a cabo dos Reuniones de Seguimiento al Plan Internacional de Madrid, en 2003, Santiago y Brasilia, entre el 4 al 6 de diciembre de 2007, en esta segunda conferencia, los paí-

ses de Latinoamérica y el Caribe asistentes avalaron a través de un planteamiento explícito la decisión de trabajar para la elaboración de una Convención Internacional, en defensa de los derechos de las personas mayores.

El empoderamiento de las personas mayores es el eje central de los próximos años, pues ellas mismas están dispuestas a asumir los desafíos que deben enfrentar.

Nuestro país ha avanzado notablemente en la asociatividad de las personas mayores, transfiriendo recursos y generando sistemáticamente espacios de participación organizacional para mayores. Los resultados durante estos años indican que los mayores constituyen porcentajes significativamente altos respecto de otros grupos de edad y que la asociatividad es un instrumento de vinculación entre los mayores que permite movilizar relaciones, articular intereses, satisfacer necesidades y contar con un canal efectivo para el levantamiento e instalación de sus demandas en la opinión pública y el diálogo ciudadano. Esto indica que el ejercicio efectivo de derechos y la construcción de una ciudadanía activa deben seguir siendo promovidos por el Estado pues constituye un elemento central en la profundización de la democracia.

Pero se requiere avanzar. Es urgente dar un salto cualitativo en la orientación de las acciones programáticas sobre participación, asociatividad y organización de los mayores, a fin de aumentar su incidencia en las decisiones políticas y económicas de las acciones que los involucran.

- Es necesario generar una democratización de los espacios organizacionales de los mayores y formación de nuevos líderes de recambio.
- Estimular la democratización de los espacios públicos, para el acceso a uso de sedes comunitarias ya instaladas, a fin de abordar la necesidad desde hace largo tiempo de las organizaciones de mayores sobre la falta de espacios físicos permanentes para reunirse. Además, esto posibilita que las organizaciones compartan con otras agrupaciones del barrio, y facilita su integración al territorio. Junto con ello, continuar desde SENAMA con la transferencia de recursos a organizaciones para la habilitación y ampliación de sedes.
- Instalar programas de participación ciudadana de mayores en cada comuna y provincia del país, con acompañamiento y asesoría de nivel regional. La mirada territorial es clave para la pertinencia de las acciones programáticas y efectividad de sus resultados, cuando se trata de que las personas mayores ejerzan sus derechos desde una participación activa con base socio-comunitaria.
- Reconocimiento de las propias personas mayores del poder que poseen, concientes de que su proporción de mayores organizados genera presencia, así como también su representación porcentual en el padrón electoral.

- Generar un movimiento social alrededor de la causa de la vejez, que reafirme una identidad colectiva de las personas mayores como sujetos de derechos para sí, reconocidos históricamente y no coyunturalmente.
- Ampliar, perfeccionar y aumentar el número de oportunidades e instancias de participación, el acceso a la información y el conocimiento de derechos que ha implementado SENAMA, a saber, las escuelas de dirigentes, las jornadas Por el Derecho a Saber, los 15 Consejos Asesores Regionales de Mayores, entre otras. Estas acciones han dado muestras de su eficacia. La generación de nuevos y más amplios espacios aumenta las posibilidades de aprendizaje sistemático y empoderamiento de las personas mayores organizadas en lo inmediato y en el mediano plazo.
- Fortalecer a los Consejos Asesores Regionales de Mayores en su rol de control ciudadano y de retroalimentación con el Estado para la toma de decisiones sobre las políticas, planes y programas que afectan a las personas mayores. Su origen, dado por Decreto Presidencial, es un espacio institucionalizado que se debe continuar estimulando para que la información fluya de primera fuente -las personas mayores- hacia los encargados de la política pública.

Es tarea prioritaria especializar las acciones dirigidas tanto a mujeres como a hombres mayores que participan en las organizaciones, identificando sus particularidades, y en particular, avanzar en materias de la preparación para lo público y dirijencial de las mujeres mayores.

Más del 70% de miembros de organizaciones de adultos mayores en nuestro país son mujeres, y esto indica que se mantienen activas. Algunas organizaciones constituidas por mujeres jóvenes y adultas han permanecido juntas durante años, logrando un proceso de tolerancia y conocimiento mutuo que les ha permitido envejecer juntas.

Al llegar la edad de jubilación, las diferencias establecidas entre hombres y mujeres a partir de la actividad económica formal y extradoméstica desaparecen súbitamente. Se vuelve evidente, entonces, que si bien los hombres han estado preparados y ocupados para el mundo abstracto e impersonal de la economía del mercado, requieren de formación en herramientas para volver al mundo real extralaboral.

En esta situación es claro que las personas más preparadas para establecer relaciones en el mundo social, con más conocimiento de la economía a pequeña escala, que han cultivado durante años los vínculos de solidaridad familiar, con mayor facilidad para generar espacios de encuentro, en particular a través de la organización, son las mujeres mayores. Y esta independencia funcional, más que su superioridad numérica, es lo que las hace interesantes y particulares en materias de participación.

Estos elementos deben estar presentes a la hora de definir las políticas de participación, asociatividad y organización dirigidas a las personas mayores, y por tanto identificar sus particularidades y estimularlas.

Las transferencias de recursos son un medio para el empoderamiento de las organizaciones de adultos mayores.

El Fondo Nacional del Adulto Mayor es una de las acciones del Estado que ha tenido fuerte influencia en el aumento de asociatividad de los mayores a través del financiamiento de proyectos. Desde esta perspectiva, se puede plantear que las transferencias de recursos son oportunidades para satisfacer las iniciativas de los mayores e incidir, a su vez, sobre el comportamiento colectivo que se ve tensionado por los requerimientos para acceder a los recursos.

Si se ha logrado incidir sobre la asociatividad de las personas mayores, la transferencia de recursos puede transformarse también en un canal importante para el empoderamiento de la población de mayores en lo sucesivo. Al respecto es recomendable:

- Considerar la forma cómo se efectúa la asesoría durante el proceso de elaboración, presentación, la ejecución y al término de los proyectos autogestionados, la cual debe estar basada en el proceso de integración al territorio y empoderamiento de las organizaciones de adultos mayores. La experiencia de jornadas regionales y provinciales para la difusión del Fondo y capacitación de las organizaciones en la elaboración de proyectos, así como del sistema de supervisión en terreno de cada proyecto financiado, han resultado ser experiencias exitosas que deben continuar aplicándose.
- Crear una línea del Fondo Nacional del Adulto Mayor que permita subvencionar de manera permanente a las organizaciones de mayores, bajo sistema de evaluación, a fin de consolidar su accionar y favorecer su sostenibilidad en el tiempo. El empoderamiento de las organizaciones de mayores se puede lograr en la medida que puedan superar las condiciones de sobrevivencia de la organización en cuanto a su funcionamiento habitual.

Estado y privados en alianza para favorecer las iniciativas de las organizaciones de adultos mayores.

Año a año, las iniciativas de los adultos mayores organizados superan con creces los recursos disponibles, y cada vez tienden a mayor especialización sobre ámbitos fundamentales de la vida de los mayores, cuyas inquietudes ya no son las de hace 50 años. Al respecto:

- Es necesario continuar con el aumento sistemático de los recursos monetarios del Fondo Nacional del Adulto Mayor.

- Se requiere incentivar en los privados, la orientación de recursos disponibles en fondos para iniciativas de los mayores relacionados con el voluntariado y el apoyo de otras personas mayores, especialmente aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.
- Se precisa establecer alianzas con las Cajas de Compensación que ya han logrado ampliar sus servicios dirigidos a sus asociados, a fin de estimular la diversificación de sus inversiones en materia de personas mayores organizadas, amplificando los beneficios que imparten a través de fondos concursables.
- Se debe coordinar desde SENAMA las iniciativas de los diferentes entes del Estado y de los privados en materia de fondos concursables dirigidos a la población adulta mayor organizada, para evitar la dispersión y duplicación de acciones.

Las Personas mayores no organizadas constituyen foco de atención prioritario en materias de participación.

Es significativo que sobre 17% de las personas mayores en Chile forme parte de organizaciones u asociaciones, más aún cuando se compara con otros grupos de edad. Sin embargo, la mayoría de la población adulta mayor no está organizada, o bien no participa del modo formal previsto en los datos disponibles. También se debe considerar que efectivamente existe una proporción de mayores que no podrá formar parte de alguna organización producto de sus condiciones de gran dependencia física, mental o psíquica, pero que no supera el 3%.

Todo lo anterior significa que alrededor de un 80% de la población adulta mayor constituye un foco de atención prioritario en el futuro inmediato de las políticas públicas orientadas a la participación, asociatividad u organización. El SENAMA, a través de algunos programas, como el Fondo Nacional del Adulto Mayor para Ejecutores Intermedios y Programa Vínculos, que justamente han sido diseñados para llegar a aquella población adulta mayor no organizada y, especialmente, en situación de vulnerabilidad, ha logrado detectar algunos motivos por los cuales las personas mayores no participan de organizaciones, entre las cuales se destacan: la falta de información, situación de aislamiento que le impide acceder, no le acomodan las instancias actuales de participación, desinterés por compartir con otras personas. Al respecto se requiere:

- Continuar y ampliar la cobertura del Programa Vínculos, para colaborar en la superación del aislamiento, falta de información y estimulación a la integración y organización de las personas mayores, especialmente aquellas que se encuentran en situación de vulnerabilidad.
- Contar con un Centro Gerontológico en cada comuna del país, adaptado a las características de la localidad y con dependencia municipal, el cual se constituya en un centro de referencia de información, derivación y actividades educativas, recreativas y de formación para

personas mayores. Que incluya plan especial para la captación y convocatoria de población no organizada.

- Realizar estudios sobre la población adulta mayor no organizada, donde la Ficha de Familia se constituye en una herramienta clave para establecer los primeros antecedentes sobre esta materia y realizar los ajustes programáticos necesarios para fomentar la participación, atendiendo a las características de este grupo de población en cada localidad.
- Reincorporar el módulo de participación en la Encuesta CASEN, a fin de contar con datos para construir información secundaria relevante en materia de participación, situación socioeconómica y características de la población adulta mayor no organizada.

Las organizaciones de mayores son opción para superar las crisis de identidad y pertenencia que experimentan las personas mayores.

Una alternativa es buscar opciones con los grupos de pares. Hay un mundo de posibilidades para reencantarse y participar, y más aún, en las casi 12 mil organizaciones de mayores. Son un espacio de encuentro, conversación, resolución de conflictos, pero también, espacios donde abunda la generosidad y la sabiduría, para reconocer en ellas que ser ciudadano es más que votar.

La ciudadanía debe ser entendida desde el conocer y defender los derechos, ejercer control social y, por sobre todo, concretar sueños que otorgan más calidad de vida a los años y al entorno que nos acompaña.

Innovar en ofertas para otras expresiones de participación y nuevos roles de las personas mayores.

Es necesario ampliar la mirada sobre las diversas expresiones de participación de las personas mayores, especialmente aquellas en que los propios mayores prestan servicios a otros. No existen datos certeros sobre el número de personas mayores que desarrollan voluntariado en nuestro país, pero sin duda existe y en una cifra no despreciable.

La disponibilidad de tiempo tras el retiro laboral o la independencia de los hijos/as, favorece el desarrollo de este tipo de tareas de alta productividad social, siendo necesario tener en cuenta que las personas mayores pueden dedicarse al voluntariado cuando tienen o logran tener ingresos monetarios para hacer frente a gastos de transporte o movilización que tales tareas demandan.

Las tareas del futuro se relacionan con ajustar las políticas de voluntariado -desde el Estado-, a fin de que:

- Sean pertinentes a los requerimientos de las personas mayores para brindar un buen servicio, incorporando traslado o estipendio monetario para su movilización.

- Se realicen estudios sobre la contribución efectiva que realizan los mayores a la sociedad a través del voluntariado.
- Surjan otras alternativas, especialmente para un contingente profesional de chilenas/os que prontamente entrará a la etapa de la adultez mayor, y que aún desea contribuir desde su profesión, cuya experiencia acumulada es necesario aprovechar en diversos campos. Iniciativas como “Chile País”, -que reclutaba jóvenes profesionales para trabajar en comunas en situación de pobreza por un tiempo determinado-, es una experiencia a observar para su implementación con profesionales mayores.

9. DESAFÍOS LEGALES E INSTITUCIONALES FRENTE AL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ

La mayoría de los países latinoamericanos hace referencia explícita en sus Constituciones a las personas mayores. En Chile en cambio, se alude sólo indirectamente a las personas de edad en el Art. 19º de las Garantías Constitucionales, al señalar en el N° 18 “El derecho a la seguridad social”. Se requeriría nombrar específicamente a las personas mayores como sujetos de protección por parte del Estado.

Asimismo, los numerosos retos que el envejecimiento plantea al país podrían enfrentarse con más fuerza si se contara con una legislación que reconozca a las personas adultas mayores como sujetos de derecho específicos, con características y necesidades diferenciadas respecto de otros grupos etarios.

Si bien los cambios y las nuevas necesidades aparejadas ocurren siempre con mayor rapidez que la adaptación de las normas legales, es necesario mejorar la capacidad de reacción de la sociedad para reconocer la importancia de fenómenos como el envejecimiento de la población. Conforme a ello se podrá adecuar el ordenamiento jurídico a las transformaciones que se requieren para enfrentar el cambio demográfico en el país.

El Servicio Nacional del Adulto Mayor se creó a través de la ley N° 19.828, del año 2002, como un servicio público, funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo objetivo es velar por la integración del adulto mayor a la sociedad, su protección ante el abandono y la vulnerabilidad y por el ejercicio de los derechos establecidos en la Constitución de la República y las leyes.

Se dotó además a SENAMA de la facultad especial, otorgadas sólo a Ministerios, de establecer políticas destinadas a este grupo etario y en especial proponer al Presidente de la República las políticas, planes y programas que deban efectuarse para diagnosticar y contribuir a solucionar los problemas de las personas mayores, velar

por su cumplimiento y evaluar su ejecución. También le corresponde proponer, impulsar, coordinar, hacer seguimientos y evaluar programas específicos para el adulto mayor que se realicen a través de la administración del Estado, estando obligados además estos organismos a proporcionar oportunamente la información y antecedentes requeridos.

Estas amplias facultades concedidas a SENAMA, le otorgan una importante herramienta permitiéndole ser el organismo articulador y coordinador de las políticas planes y programas prestados por el Estado a las personas mayores, rol que deberá seguir fortaleciéndose en el futuro, de manera de involucrar activamente al resto de los servicios públicos que realizan prestaciones a los mayores.

Por otra parte, el significativo aumento en el presupuesto que ha experimentado el Servicio año a año en el corto período de funcionamiento de 2003 a 2009, es de casi un 550%. En cuanto al Fondo Nacional del Adulto Mayor su incremento ha sido del 330% aproximadamente.

Ello da cuenta de la relevancia que rápidamente ha adquirido la Institución y su quehacer en función de las personas mayores del país, y también evidencia que el Servicio Nacional del Adulto Mayor requiere en el corto plazo modificaciones legales que lo faculten para poder cumplir con todos los objetivos para los que fue creado: protección, integración y defensa de derechos de las personas mayores.

Es necesario que el SENAMA sea dotado de la facultad de representación judicial de los adultos mayores, en casos calificados por éstos, para efectivamente proteger sus derechos cuando sean flagrantemente violados. Asimismo se requiere que el Servicio cuente con la expresa facultad de firmar convenios con instituciones especializadas en dichos servicios.

Asimismo, se necesita establecer la obligatoriedad de inscripción en el sistema de registro de prestadores de servicios para adultos mayores, de los Establecimientos de Larga Estadía que prestan atención directa a adultos mayores (como mecanismo básico para instaurar un sistema de acreditación de calidad de estos establecimientos).

Desde el punto de vista de fortalecimiento institucional, se requiere aumentar la planta de funcionarios, de manera que se permita la creación de Direcciones Regionales en las 15 regiones del país, lo que permitirá llevar a cabo efectivamente la descentralización en la aplicación y coordinación de las políticas públicas para los mayores en el país.

Desde una perspectiva civil, se requiere incluir al adulto mayor en nuestra legislación, en temas como:

- Capacidad a adultos mayores, en el sentido de distinguir las diferentes y especiales situaciones de adultos mayores con deterioro cognitivo.
- Adecuación del procedimiento de interdicción por demencia.
- Especificar para los mayores el derecho de alimentos, que pueden solicitar a sus descendientes.
- Las normas sucesorias.
- Otras relacionadas con los derechos de los padres respecto de los hijos y entre los cónyuges.

En cuanto al derecho de familia, se abre un campo de investigación y creación que alimenta el derecho comparado. Algunas innovaciones frente a los requerimientos que plantea el número creciente de personas mayores, y la extensión de las expectativas de vida, son:

- Regulación de regímenes comunicacionales entre parientes, respecto de adultos mayores institucionalizados.
- Voluntades anticipadas, esto es, la voluntad de una persona mayor de edad con capacidad suficiente plasmada en un documento a través del cual libremente, expone las instrucciones que se deben tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en las que las circunstancias que concurren no le permitan expresar personalmente su voluntad.
- El reconocimiento progresivo de los derechos-funciones de relación directa y regular entre abuelos y nietos.
- La regulación de acciones que permitan hacer efectivo el derecho a la protección de la salud, como el resguardo de la autonomía del paciente, el consentimiento informado y la documentación clínica.
- Situaciones convivenciales de ayuda mutua, organizadas mediante el denominado acogimiento familiar de personas mayores, que permiten que una familia idónea asuma, normalmente con carácter remunerado, el cuidado y atención de personas de edad avanzada.

En lo que dice relación con la participación social de personas mayores, la normativa más usada por los mayores para la obtención de personalidad jurídica, es la ley N° 19.418. En la historia fidedigna de la ley, el legislador nunca tuvo a los adultos mayores como un grupo de interés, se habla de jóvenes, mujeres, grupos deportivos.

Es preciso señalar, sin embargo, que para el desarrollo de la participación local de las personas mayores ha sido fundamental esta normativa. Al alero de ella los adultos mayores se han convertido en el grupo etario más organizado del país.

El proyecto de ley sobre asociaciones y participación ciudadana en la gestión pública, actualmente en el Con-

greso, busca establecer reglas jurídicas mínimas y comunes a todas las asociaciones que no cuentan con un estatuto jurídico especial que las regule.

Este proyecto también incluye modificaciones a la ley N° 19.418, de juntas de vecinos y demás organizaciones comunitarias, en el sentido de reconocer la posibilidad de este tipo de organizaciones sociales de agruparse en federaciones y confederaciones de carácter provincial, regional o nacional.

La nueva normativa representará una especial posibilidad para la gran cantidad de organizaciones de base de personas mayores de acceder a niveles de representatividad, provincial, regional y nacional. Ello puede significar una excelente oportunidad de hacer valer derechos en forma colectiva.

Se requiere también una revisión de la legislación sanitaria, en cuanto a las normas de internación por urgencia de personas dementes, por cuanto la actual no recoge las particularidades de los mayores.

Una demanda reiterada de las personas mayores recogida a través de la atención jurídica que brinda SENAMA a través de OIRS, dice relación con la exención de los adultos mayores del pago del impuesto territorial.

La creación y consolidación del Servicio Nacional del Adulto Mayor constituye un hito trascendental frente a los desafíos de la vejez y el envejecimiento.

Que el país cuente con un servicio público exclusivamente abocado al diseño e implementación de las políticas y programas en materia de envejecimiento y vejez, da cuenta del compromiso del Estado de otorgar a las personas mayores un lugar relevante en su accionar.

Se debe seguir fomentando el desarrollo del SENAMA. Los avances alcanzados en los últimos años generan a su vez nuevos desafíos para las políticas públicas, el mundo privado, la academia, los medios de comunicación y la sociedad en su conjunto.

Es fundamental que el SENAMA cuente con las atribuciones necesarias para desempeñar su función de institución guía y coordinadora de las instituciones públicas en relación a los crecientes desafíos del envejecimiento.

Se debe continuar consolidando el trabajo intersectorial en materia de envejecimiento y vejez.

La capacidad de incluir efectivamente la temática en la acción del Estado, requiere fortalecer el rol de coordi-

nación intersectorial que corresponde a SENAMA como ente especializado que cuenta con una visión integral y un enfoque gerontológico y multidisciplinario, indispensable para abordar con eficiencia el trabajo mancomunado que se requiere.

Una gestión articulada con las municipalidades es también crucial para la implementación de las políticas públicas, acercando a la población la oferta de servicios que garanticen derechos de las personas mayores.

Se debe dar prioridad al abordaje de la temática de las personas mayores en todos los ámbitos de la política pública.

El futuro estará marcado inexorablemente por la realidad de un país en el que una de cada cuatro personas será mayor de 60 años. Es necesario que las políticas públicas y la acción del Estado se hagan cargo oportunamente de ello.

Relevar el envejecimiento y la vejez como uno de los principales focos del quehacer del Estado hoy, constituye un elemento fundamental para la construcción de una sociedad desarrollada.

El Estado se ha involucrado a través de sus políticas, en la protección de los chilenos mayores de 60 frente a la vulnerabilidad, el maltrato y el abandono, es decir se ha desencadenado un proceso antes no visto en nuestra historia, donde el Estado asume que la protección de los mayores no es sólo un tema de la familia y esto pone de manifiesto la necesidad de continuar avanzando para construir una sociedad más justa, solidaria y equitativa como un desafío del país.

Avanzar en una mayor participación de las personas mayores es fundamental para el desarrollo de un país cada día más envejecido que requiere la mayor integración de todos sus actores. Avanzar en servicios para los más dependientes es un desafío ético y un círculo virtuoso para la economía en tanto estos servicios generarán empleos antes inexistentes en el mercado y a su vez constituye la oportunidad de avanzar en un Estado que no elude sus responsabilidades en lo que respecta al bienestar de sus miembros.

Al Servicio Nacional del Adulto Mayor le corresponde liderar estos desafíos, sin embargo, para hacerles frente adecuadamente requiere de un aumento de facultades, que le permitan, entre otras, tener Direcciones Regionales para implementar apropiadamente las políticas públicas en el territorio, contar con facultades de defensa de los derechos de los mayores vulnerados, establecer un sistema de inscripción obligatoria a Establecimientos de

Larga Estadía que quieran optar a recursos del Estado, que permita fiscalizar y certificarlos y contar con facultades para administrar directamente estos establecimientos, así como también viviendas tuteladas.

Conjuntamente con lo anterior y para seguir en la línea de estas transformaciones, SENAMA requiere de un significa-

tivo aumento presupuestario que le permita hacer frente a estos nuevos requerimientos y necesidades, por cuanto los enormes desafíos que plantea un Chile que envejece exigen fortalecer la institucionalidad, formar recursos humanos profesionales y técnicos, ampliar y mejorar la oferta pública, en una perspectiva que vaya más allá de los cambios de gobierno y sea expresión de un amplio consenso social.

> Bibliografía y Referencias

1. Acercamiento Conceptual a la Situación del Adulto Mayor en América Latina. Aranibar, Paula. NU. CEPAL. CELADE. División de Población. Área de Población y Desarrollo del CELADE. Santiago, 2001.
2. A factorial-design cluster randomised controlled trial investigating the cost-effectiveness of a nutrition supplement and an exercise programme on pneumonia incidence, walking capacity and body mass index in older people living in Santiago, Chile: the CENEX study protocol [ISRCTN48153354]. *Nutrition Journal* 2007, 6:14. Dangour AD, Albala C, Aedo C, Elbourne D, Grundy E, Walker D, Uauy R.
3. Apuntes de protección social. Ministerio de Planificación. Chile. Julio de 2006. N° 1.
4. Art. 2.2 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006).
5. Atlas Socioeconómico: Región Metropolitana de Santiago. Saa Vidal, René; Núñez Pino, Cecilia. Universidad de Chile Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo. Gobierno Regional Metropolitano. Santiago, Chile. 2004.
6. Boletín Demográfico. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía-Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). 2003, 2005 y 2007 (Observatorio demográfico).
7. Boletín Envejecimiento y Desarrollo en América Latina y el Caribe, Los Derechos en la Vejez. CEPAL. 2006.
8. Boletín Estadístico Mensual (2003, 2004, 2005, 2006). Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones. Santiago, Chile. ISSN: 0716-3932.
9. Calidad de Vida Relacionada a la Salud en Población General. Superintendencia de Salud. 2006.
10. Calidad de Vida y Envejecimiento. CELADE-CEPAL 2008. Resultados de la II Encuesta de Calidad de Vida y Salud. MINSAL 2006.
11. Catastro de Organizaciones de Adultos Mayores (2001, 2003, 2005). SENAMA.
12. Censo Nacional de Población y Vivienda (1992, 2002). Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago, Chile.
13. Consideraciones y Estrategias para Abordar el Envejecer en la Vejez, Proyecto Personas Mayores y Salud, Corporación Expansiva. Paula Forttes Valdivia y Cristián Massad Torres. 2008.
14. Desafíos del Envejecimiento de la Población desde la Perspectiva de los Derechos Humanos: El Caso de Chile. Mora, Tania y Solé, Loreto. 2008.
15. Discapacidad/Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación. Querejeta, M. IMSERSO. Madrid, España. 2004.
16. Disentangling the Disablement Process. *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* 1996; 51:S173-182. Lawrence RH, Jette AM.
17. Encyclopedia of Aging [libro-e]. Ekerdt, David J. New Cork: Macmillan Reference USA, Gale Group, 2002.
18. El acceso a la Salud y la Previsión, Crecimiento Económico y Desarrollo Humano en América Latina. CEPAL. 2002.
19. El Derecho a una Vida Digna en la Vejez: Hacia un Contrato Social con la Previsión en Chile. Vol 1. Consejo Asesor Presidencia para la Reforma Previsional. Chile. 2006
20. Encuesta Nacional CASEN 2000, Ministerio de Planificación, 2001.
21. Encuesta Nacional CASEN 2003, Ministerio de Planificación, 2004.
22. Encuesta Nacional CASEN 2006, Ministerio de Planificación, 2007.
23. Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. INE-MINSAL. 2000.
24. Encuesta Nacional de Salud. MINSAL. 2003.
25. Encuesta Nacional de Salud. MINSAL. 2006.
26. Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales. Dirección de Seguridad Pública, Ministerio del Interior. 2008.
27. Encyclopedia of Gerontology: age, aging, and the aged. Ed., James E. Birren. San Diego: Academic Press, 1996. 2 vols
28. Entender la Pobreza desde una Perspectiva de Género. Unidad de Mujer y Desarrollo, CEPAL. 2004.
29. Envejecimiento Activo, Un Marco Político. Departamento de Prevención de las Enfermedades No Transmisibles y Promoción de la Salud. OMS. 2002.
30. Equidad en la Atención Médica del Adulto Mayor en Chile. *Revistas CEPAL* 78. Dic 2002.

31. Estadísticas de Seguridad Social, 2007. Departamento Actuarial. Superintendencia de Seguridad Social. Santiago, Chile. 2008.
32. Estudio Datos Demográficos en los Adultos Mayores por Comunas, Provincias y Regiones. CELADE-CEPAL. 2006
33. Estudio de Actualización del Catastro de Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores. SENAMA. 2008.
34. Estudio de la Ley 39/2006, sobre promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Sempere, Antonio Cavas, Faustino. 2007
35. Estudio de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Chile (SABE), 2005. Organización Panamericana de la Salud e Instituto Nacional de Tecnología de los Alimentos. 2005
36. Estudio de Salud, Bienestar y Envejecimiento en Chile (SABE). Albala C, García C, Lera L. Organización Panamericana de la Salud e Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos Universidad de Chile. ISBN 978-956-19-0565-8. Santiago, Chile.
37. Estudio Nacional de la Discapacidad 2004. FONADIS – INE.
38. Estudio Para Determinar la Canasta Mínima de Consumo de los Adultos Mayores que reciben Pensiones Asistenciales o Pensión Mínima del INP. SENAMA, 2005
39. Estudio Situación de los Cuidadores Domiciliarios de los Adultos Mayores Dependientes con Pensión Asistencial. SENAMA. 2007
40. Estudio Sobre el Valor Social de los Adultos Mayores en los Textos Escolares. SENAMA. 2007.
41. Estudio sobre Maltrato a los Adultos Mayores de Concepción y Temuco, Quiroga y Cols, 1999.
42. Evaluación de la Experiencia de Vivienda Social especial para Adultos Mayores, Lecciones y Desafíos. Ministerio de Vivienda y Urbanismo. 2006.
43. Exclusión Social de Discapacitados Físicos y Mentales, Dependientes Institucionalizados, en América Latina y el Caribe. 2007.
44. Gerontología Social. Fernández-Ballesteros, R. (Dir.) (2000) Madrid. Editorial Pirámide. ISBN: 84-368-1437-1.
45. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental “Envejecimiento activo: un marco político”. Organización Mundial de la Salud. Revista Española de Geriátría y Gerontología, 2002, 37 (S2), pp. 74-105.
46. Impacto del Envejecimiento en el Gasto en Salud: Chile 2002-2020. Superintendencia de Salud (2006).
47. Informe Cabildos Comunales del Adulto Mayor 2005, Servicio Nacional del Adulto Mayor, Santiago, enero 2006.
48. ¿Integrarse o Subordinarse? Nuevos Cruces entre Política y Cultura. Hopenhayn, Martín. En: Cultura, Política y Sociedad, Perspectivas Latinoamericanas. Daniel Mato. CLACSO. 2005.
49. Intervención psicosocial en gerontología – Manual Práctico. Yanguas, J.; Leturia, J.; Leturia, M.; Uriarte, A., 1998. Madrid, Cruz Roja.
50. La Protección Social de Cara al Futuro: Acceso, Financiamiento y Solidaridad. CEPAL. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), febrero 2006.
51. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004
52. Manual sobre indicadores de calidad de vida en la vejez. CELADE. Diciembre, 2006.
53. Migración Interna y desarrollo en América Latina y el Caribe: Continuidades, cambios y desafíos de políticas. En: Panorama social de América Latina. CEPAL. 2007.
54. National Transfer Accounts Project. CELADE-CEPAL. 2007.
55. Natural death and the compression of morbidity. N Engl J Med 1980; 303:130-135. Fries J. Aging.
56. Observatorio Demográfico CELADE-CEPAL, 2007.
57. Patrones de Migración Interna en Chile. Melo, Óscar; Foster, William; Anriquez, Gustavo. Departamento de Economía Agraria. PUC. 2005.
58. Programas especiales de vivienda social para personas mayores: evaluación de la experiencia chilena durante los años 90. Arriagada Luco, Camilo. Ministerio de Vivienda y Urbanismo. 2005
59. Protección para la vejez en el nuevo milenio. Comisión para la reforma previsional. 2007.
60. Protección y participación en la vejez: Escenario futuros y políticas públicas para enfrentar el envejecimiento en Chile. CELADE-CEPAL y SENAMA. 2007.
61. Sistema de Pensiones en Chile. Antecedentes y propuestas de modernización. Subsecretaría de Previsión Social. 2007.
62. Thesaurus of aging terminology. 8th ed. Washington: AARP, 2005
63. Transferencias informales de apoyo de los adultos mayores en América Latina y el Caribe: estudio comparativo de encuestas SABE”, Notas de población, N° 77, CELADE. 2003.
64. Value of Functional Status as a Predictor of Mortality: Results of a Prospective Study. Am J Med 1992; 93: 663-669. Reuben D, Rubenstein L, Hirsch S.
65. Vulnerabilidad demográfica, una faceta de las desventajas sociales. Jorge Rodríguez Vignoli. CEPAL. 2000.
66. Vulnerabilidad social y políticas públicas. Ana Sojo. Cepal, 2004.
67. WHO/PAHO Promotion. A Way of Life for Older Adults. Physical activity for active aging. PAHO 2002 Washington DC. ISBN 92 75 12399 3
68. World Population Aging. División de población de Naciones Unidas. 2007.

> Glosario

1. ABANDONO

Implica el abandono de una persona mayor por parte de una persona que ha asumido la responsabilidad de su cuidado o por parte de la persona que posee la custodia física de la persona mayor. Algunos autores incluyen este tipo de maltrato dentro de la categoría de negligencia, mientras que otros se refieren al abandono como categoría independiente.

Fuente: Pérez Rojo, Gema. Tipos de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores. Madrid: Portal Mayores, 2004. Informes Portal Mayores, núm. 15.

2. ACCIDENTE CEREBROVASCULAR

Es la interrupción del suministro de sangre a cualquier parte del cerebro, lo que produce daño al tejido cerebral. Fuente: MedlinePlus. Enciclopedia médica en español [en línea]. Bethesda: National Library of Medicine, National Institutes of Health, 2006. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html>

3. ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

Las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Fuente: Art. 2.3 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006).

4. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Aquellas actividades que una persona ha de realizar diariamente para poder vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social.

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, España, 2004.

5. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA

Son actividades más complejas que las ABVD y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones e implican interacciones más difíciles con el medio. En esta categoría se incluyen tareas domésticas, de movilidad, de administración del hogar y de la propiedad, como poder utilizar el teléfono, acordarse de tomar la medicación, cortarse las uñas de los pies, subir una serie de escalones, tomar un autobús, un metro o un taxi, preparar la propia comida, comprar lo que se necesita para vivir, realizar actividades domésticas básicas (fregar los platos, hacer la cama, etc.), poder pasear, ir al médico, hacer papeleos y administrar el propio dinero, entre otras.

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

6. ALLEGAMIENTO

El allegamiento se produce cuando coexisten dentro de una misma vivienda, hogares o núcleos familiares distintos del hogar y/o núcleo principal. Se distinguen tres formas de allegamiento. Allegamiento externo, aquel que se produce cuando en la vivienda habitan dos o más hogares. Allegamiento interno, cuando en la vivienda habitan dos o más núcleos. Allegamiento externo e interno, que existe cuando hay dos o más hogares y núcleos secundarios en la vivienda.

Fuente: Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006)

El allegamiento es la estrategia utilizada por los hogares para solucionar el problema de alojamiento y consiste en compartir una vivienda con otro hogar. Se tiene de esta forma un hogar que es el "receptor" y otro hogar o núcleo que corresponde a los allegados propiamente tal.

Dos conceptos que conviene recordar, los hogares poseen presupuesto independiente respecto del hogar receptor, en tanto los núcleos conforman un grupo familiar integrado a otro hogar. Se identifica dos tipos de situaciones: Hogares que comparten su vivienda con dos o más hogares, y Hogares con núcleo secundarios.

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN 2006.

7. APOYO INFORMAL

Consiste en el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención.

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, España, 2004.

8. APOYO PSICOSOCIAL

Conjunto de actividades que consisten en practicar la escucha activa con la persona mayor, estimularla para que practique el auto cuidado, para que permanezca activa, que se relacione, que salga; en definitiva, todo aquello que fomente su autoestima y la prevención y reducción de la dependencia.

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, España, 2004

9. ÁREA URBANA

Conjunto de viviendas concentradas con más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes, con el 50% de su población económicamente activa, dedicada a actividades secundarias y/o terciarias.

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN 2006.

10. ÁREA RURAL

Conjunto de viviendas concentradas o dispersas con 1.000 habitantes o menos o entre 1.001 y 2.000 habitantes, con menos del 50 % de su población económicamente activa, dedicada a actividades secundarias y/o terciarias.

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN 2006.

11. ASAMBLEA MUNDIAL SOBRE EL ENVEJECIMIENTO

La Asamblea General de Naciones Unidas decidió en su 54ª sesión convocar una II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en 2002, con ocasión del vigésimo aniversario de la celebración en Viena de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1982). El objetivo de esta nueva convocatoria era realizar un examen general de los resultados de la primera y aprobar un plan de acción revisado y una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento en el contexto de una sociedad para todas las edades, en que se prevean revisiones periódicas.

Fuente: "II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento". En Portal Mayores. Portal especializado en Gerontología y Geriátrica [en línea]. Madrid: Imserso/CSIC, 2004. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/internacional/ame/index.html>

12. ASISTENCIA SOCIOSANITARIA

Comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, España, 2004.

13. ATENCIÓN GERONTOLÓGICA

Engloba la asistencia sanitaria (atención primaria, atención hospitalaria, atención geriátrica especializada) y también la asistencia social (clubes de jubilados, residencias de válidos, apartamentos, servicios de comidas a domicilio, programas de tiempo libre, etc.). Incluye al mismo tiempo al sector público (administración autonómica, local o central) y al sector privado. Ambos tipos de asistencia, sanitaria y social, deben ofrecerse de forma coordinada, [...] teniendo en cuenta además que se prestan en dos niveles: atención informal (están al cargo personas cercanas al propio entorno del anciano, familiares, voluntarios, vecinos, etc.), y atención formal, integrada por los profesionales de un equipo interdisciplinar (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, etc.).

Fuente: Ballesteros Pérez, Esperanza. "Organización de la atención gerontológica". En Temas de Enfermería Gerontológica [en línea]. Logroño: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, 2000. Capítulo 8. Accesible en formato pdf: www.arrakis.es/~seegg/pdflibro/Cap8.pdf

14. AUTOCUIDADO

Hace referencia al cuidado personal, entendido como lavarse y secarse, el cuidado del cuerpo y partes del cuerpo, vestirse, comer, beber y cuidar de la propia salud.

Fuente: CIDDM-2. Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Borrador final. Versión completa [en línea] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.

15. AUTONOMÍA

La capacidad de controlar, afrontar y tomar por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias, así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Fuente: Art. 2.1 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006).

16. AUTONOMÍA PERSONAL

i. (Autonomía) 1. En psicología social -sobre todo, en psicología- se habla de "autonomía funcional" para indicar cómo los "impulsos adquiridos" adquieren carta de naturaleza. 2. En psicoanálisis y en sociología, la

autonomía del yo se relaciona con el proceso de identificación de la persona en el marco de la socialización.

3. Etimológicamente equivale a “autorregulación”. 4. En general, puede entenderse la aptitud de los sistemas sociales a su autorregulación, sin perjuicio de participar en conjuntos más incluyentes.

- ii. (autonomía intelectual) Facultad abstracta de decisión sobre el gobierno y la autodeterminación de la propia vida (tenga o no discapacidad o situaciones de dependencia de otra persona).

Fuente: Querejeta González, Miguel. Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación [en línea]. Madrid: Imsero, 2004.

17. AYUDAS TÉCNICAS

Producto, instrumento, equipo o tecnología adaptada o diseñada específicamente para mejorar el funcionamiento de una persona con discapacidad.

Fuente: Querejeta González, Miguel. Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación [en línea]. Madrid: Imsero, 2004.

18. BARRERAS

La nueva clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra 14-22 Mayo de 2001) (Organización Mundial de la Salud, 2001) establece que barrera son todos aquellos factores ambientales en el entorno de una persona que condicionan el funcionamiento y crean discapacidad. Pueden incluir aspectos como por ejemplo un ambiente físico inaccesible, la falta de tecnología asistencial apropiada, las actitudes negativas de las personas hacia la discapacidad, y también la inexistencia de servicios, sistemas y políticas que favorezcan la participación.

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, España, 2004.

19. BARRERAS ARQUITECTÓNICAS

(Traducción del inglés) Factores de diseño que impiden el acceso a edificios públicos y privados, instalaciones y servicios.

Fuente: Thesaurus of ageing terminology, 7th ed. Washington: AARP, 2002. Disponible en: <http://www.aarp.org/research/ageline/thesaurus.html>

20. CALIDAD DE VIDA

Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo com-

plejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Fuente: Medición de la calidad de vida. Instrumentos de calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud [en línea]. Ginebra: Organización mundial de la Salud, 1997.

21. CENTROS DE DÍA

Servicio sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas con diferentes grados de discapacidad, promoviendo la permanencia en su entorno habitual. Su objetivo general es favorecer unas condiciones de vida dignas entre las personas usuarias del centro y sus familiares, facilitando la continuidad en sus modos de vida y el logro de un mayor nivel de autonomía.

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, España, 2004.

22. CUIDADORES

Individuos que proporcionan los servicios necesarios para el cuidado de otros en sus actividades cotidianas, y para que mantengan el rendimiento en el trabajo, en la educación o en otras situaciones de la vida. Su actuación se financia mediante fondos públicos o privados, o bien actúan como voluntarios, como es el caso de los que proporcionan apoyo en el cuidado y mantenimiento de la casa, asistentes personales, asistentes para el transporte, ayuda pagada, niñeras y otras personas que actúan como cuidadores.

Fuente: ICF. International Classification of Functioning, Disability and Health [en línea]. Geneva: World Health Organization, 2001. Disponible en: <http://www3.who.int/icf/onlinebrowser/icf.cfm>.

23. CUIDADORES FORMALES

Profesionales o semiprofesionales, tales como trabajadores sociales, médicos, abogados, personal de ayuda a domicilio y enfermeras, que cuidan de personas mayores en una amplia variedad de ámbitos.

Fuente: Encyclopedia of Gerontology: age, aging, and the aged. Ed., James E. Birren. San Diego: Academic Press, 1996. 2 vols

24. CUIDADORES INFORMALES

Familiares o personas cercanas a la familia que cuidan de la persona mayor, realizando la tarea del cuidado ya sea en la casa de la propia persona mayor o en la casa del cuidador.

Fuente: Encyclopedia of Gerontology: age, aging, and the aged. Ed., James E. Birren. San Diego: Academic Press, 1996. 2 vols

25. DEFICIENCIA

- i. Es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo (ej. estructura) o función corporal (ej. función fisiológica). Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Anormalidad se refiere estrictamente a una desviación significativa de las normas estadísticas establecidas (ej. como la desviación de la media de una población con normas estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido.

Fuente: CIDDM-2. Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Borrador final. Versión completa [en línea] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.

- ii. Cualquier pérdida o anomalía de un órgano o de la función propia de ese órgano que haya dado lugar a una o varias discapacidades. Por ejemplo, ausencia de una mano, sordera, etc.

Fuente: "Glosario 2002. Anejo B". En Informe 2002. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Observatorio de personas mayores. Madrid: Imsero, 2002, pp. 557-577.

26. DÉFICIT EN EL FUNCIONAMIENTO

La nueva clasificación de discapacidades de la OMS, denominada Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), adoptada durante la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (Ginebra 14-22 Mayo de 2001) (Organización Mundial de la Salud, 2001) establece que déficit en el funcionamiento (sustituye al término "deficiencia", tal y como se venía utilizando por la anterior Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM, de 1980): es la pérdida o anormalidad de una parte del cuerpo o de una función fisiológica o mental. En este contexto el término "anormalidad" se usa para referirse a una desviación significativa de la norma estadística (por ejemplo, la mediana de la distribución estandarizada de una población).

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, España, 2004.

27. DEMENCIA

- i. Deterioro profundo del conjunto de las funciones psíquicas de un individuo, anteriormente existentes. Es, pues, siempre, una condición adquirida y con significación de descenso o retroceso; esto las distingue del grupo de retrasos mentales congénitos.
- ii. Demencia senil. Síndrome orgánico cerebral, asociado con envejecimiento, y caracterizado por deterioro intelectual. Frecuentemente también se observa una conducta pueril, intereses centrados en sí mismo y una dificultad para afrontar nuevas experiencias.

Fuente: Imsero. Glosario de términos [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, España, 2004. http://www.seg-social.es/imsero/masinfo/i0_glosa.html.

- iii. (Traducción del inglés) Término clínico utilizado para describir un grupo de enfermedades cerebrales que alteran y dañan las funciones cognitivas, como el pensamiento, la memoria, el juicio, el humor, la personalidad y las funciones sociales. La demencia no es considerada como parte del proceso normal del envejecimiento.

Fuente: Feldesman, Walter. Dictionary of eldercare terminology. Washington: United Seniors Health Cooperative, 1997.

- iv. Estado mental en el que, por razones de naturaleza biológica (envejecimiento) o patológica (degeneración, enfermedad lesional, trastornos vasculares), se asiste a una pérdida de funciones psíquicas (memoria, capacidad de juicio, de adaptación al medio, lenguaje) y manipulativas (apraxia: no poder realizar tareas útiles, aunque sus músculos y sentidos funcionen apropiadamente), con una progresiva desestructuración anatómica y funcional.

Fuente: Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13ª ed. Barcelona: Masson, 1992 (imp. 1996).

28. DEPENDENCIA

- i. El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas u ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Fuente: Art. 2.2 de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia (BOE número 299 de 15 de diciembre de 2006).

- ii. Situación permanente, en la que se encuentran las personas que precisan ayudas importantes de otra u otras personas para realizar actividades básicas de la vida diaria.

Fuente: Art. 2.2 del Proyecto de Ley de promoción de la autonomía personal, atención a las personas en situación de dependencia y a sus familias. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006.

- iii. La necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana o, de manera más precisa, como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

Fuente: Consejo de Europa. Recomendación Nº 98 (9) relativa a la Dependencia. Adoptada el 18 de septiembre de 1998.

Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, España, 2004.

- iv.1. Estado de las personas que necesitan asistencia o ayuda para realizar actividades de la vida diaria debido a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual. No valerse por sí mismo. 2. En sentido demográfico, relación existente entre los elementos de población que son económicamente dependientes

y los elementos productivos; se define de forma arbitraria como la suma de jóvenes (0-15 años) y viejos (65 y más) respecto de la población de “edad activa” (15-64); se suele presentar por cien activos.

Fuente: “Glosario 2002. Anejo B”. En Informe 2002. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Observatorio de personas mayores. Madrid: Imsero, España, 2002, pp. 557-577.

v. Situación en la que una persona con discapacidad, precise ayuda, técnica o personal, para la realización (o mejorar el rendimiento funcional) de una determinada actividad.

vi. [...] La dependencia es un hecho variable y dependerá entre otras cosas de estados de salud transitorios y -significativamente- de los factores del contexto real (personal o ambiental) en el que se desenvuelve la persona en cuestión, en ese preciso momento, pudiendo por tanto mejorar o empeorar según las circunstancias.

Fuente: Querejeta González, Miguel. Discapacidad/dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación [en línea]. Madrid: Imsero, 2004.

29. DEPENDENCIA MODERADA

Cuando la persona necesita ayuda para realizar una o varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día.

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, 2004.

30. DEPENDENCIA SEVERA

Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, España, 2004.

31. DISCAPACIDAD

i. A efecto de la “Encuesta sobre discapacidades”, es toda limitación grave que afecte o se espera que vaya a afectar durante más de un año a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia. Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas.

Fuente: “Glosario 2002. Anejo B”. En Informe 2002. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Observatorio de personas mayores. Madrid: Imsero, 2002, pp. 557-577.

ii. Es un término baúl para déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Denota los aspectos negativos de la interacción entre el individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales individuales (factores ambientales y personales).

Fuente: CIDDM-2. Clasificación internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Borrador final. Versión completa [en línea] Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001.

32. DISTRIBUCIÓN POR EDADES AL INTERIOR DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

$$[N_{60+x,60+x+n} / N_{60+}] * 100$$

Ese indicador calcula la proporción de personas mayores de distintas edades respecto al total de adultos mayores.

Fuente: Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006).

33. ENVEJECIMIENTO

Cambios graduales irreversibles en la estructura y función de un organismo que ocurren como resultado del pasar del tiempo.

Fuente: Decs. Descriptores en Ciencias de la Salud [en línea]. Ed. 2006. Brasil: BIREME, 2006. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

34. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

i. Cambios en los modelos de cómo se invierte el tiempo en los diferentes grupos de edad, forma de redistribuir actividades a lo largo de la vida.

Fuente: “Glosario 2002. Anejo B”. En Informe 2002. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Observatorio de personas mayores. Madrid: Imsero, 2002, pp. 557-577.

ii. Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos de población. [...] El término “activo” hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo a la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. [...] El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y la calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.[...] El término «envejecimiento activo» fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 con la intención de transmitir un mensaje más completo que el de «envejecimiento saludable» y reconocer los factores que junto a la atención sanitaria afectan a la manera de envejecer de los individuos y las poblaciones (Kalachy y Kickbusch, 1997). El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia.

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental “Envejecimiento activo: un marco político”. Revista Española de Geriátrica y Gerontología, 2002, 37 (S2), pp. 74-105.

35. ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN

i. Modificación progresiva de la distribución por edad de los miembros de la población que da un peso cada vez más considerable a las edades avanzadas, y correlativamente un peso cada vez más bajo a las edades jóvenes [...]. La causa esencial del envejecimiento reside en el descenso de la natalidad; este descenso, al entrañar una disminución progresiva de la importancia relativa de las clases de edades jóvenes, supone un aumento de la importancia relativa de las clases de edades elevadas.

Fuente: Pressat, Roland. Diccionario de demografía. Vilassar de Mar, Barcelona: Oikos Tau, 1987. Ciencias geográficas, 11.

ii. Aumento proporcional del número de personas mayores. El envejecimiento de la población es el resultado de la transición desde una población con alta fecundidad y baja esperanza de vida, a una población con fecundidad y mortalidad bajas. El descenso del número de jóvenes implica que el peso relativo de los mayores aumenta considerablemente en el conjunto demográfico. La edad de 65 años se suele utilizar, de forma arbitraria aunque generalmente aceptada, como umbral para designar estadísticamente a una persona como mayor, de edad, o vieja.

Fuente: "Glosario 2002. Anejo B". En Informe 2002. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Observatorio de personas mayores. Madrid: Imsero, 2002, pp. 557-577.

36. ENVEJECIMIENTO SALUDABLE

(Traducción del inglés) Envejecimiento donde los factores extrínsecos contrarrestan los factores intrínsecos del envejecimiento, evitando que haya poca o ninguna pérdida funcional. Existen otras tres características clave del envejecimiento saludable: riesgo bajo de sufrir enfermedades o tener alguna discapacidad causada por alguna enfermedad, alto rendimiento de las funciones físicas y mentales, compromiso activo con la vida.

Fuente: Ekerdt, David J. Encyclopedia of Aging [libro-e]. New Cork: Macmillan Reference USA, Gale Group, 2002.

37. EPIDEMIOLOGÍA

i. Campo de la medicina relacionado con la determinación de causas, incidencia, y comportamiento característico de epidemias que afectan a la población humana; también la correlación entre huésped, agente y medio ambiente relacionado con la distribución y control de la enfermedad. Parte de la medicina que estudia la aparición, expansión y los determinantes geográficos de enfermedades transmisibles epidémicas. La epidemiología estudia también el modo en que éstas afectan a una población determinada, sus causas y las formas de controlarlas, mediante vacunación y medidas sanitarias (Material IV - Glosario de Protección Civil, OPAS, 1992).

Fuente: Decs. Descriptores en Ciencias de la Salud [en línea]. Ed. 2006. Brasil: BIREME, 2006. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

ii. (Epidemiología social) Análisis de las condiciones o características personales y sociales que afectan a los individuos y a la sociedad en sus patrones de enfermedad o discapacidad.

Fuente: "Glosario 2002. Anejo B". En Informe 2002. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Observatorio de personas mayores. Madrid: Imsero, 2002, pp. 557-577.

38. ESPERANZA DE VIDA

Número de años, basado en estadísticas conocidas, que individuos con una determinada edad, pueden razonablemente esperar vivir. Incluye expectativa de vida al nacer.

Fuente: Decs. Descriptores en Ciencias de la Salud [en línea]. Ed. 2006. Brasil: BIREME, 2006. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

39. FRAGILIDAD

La fragilidad se refiere a una condición en la cual las personas mayores tienen múltiples problemas sociales y médicos. Este estado en el que se encuentran se caracteriza por su complejidad debido a la multiplicidad e interacción de problemas. Quizás una de las peores consecuencias de esta complejidad es que cuando la persona mayor frágil cae verdaderamente enferma, no se observan en ella los síntomas descritos para su enfermedad, sino que desarrolla síntomas no específicos, como el delirio o caídas.

Fuente: Ekerdt, David J. Encyclopedia of Aging [libro-e]. New Cork: Macmillan Reference USA, Gale Group, 2002.

40. GERIATRÍA

i. Parte de la medicina que trata de las enfermedades de la vejez.

Fuente: Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13ª ed. Barcelona: Masson, 1992 (imp. 1996)

ii. De Geriatria, relativo a la parte de la medicina que estudia la vejez y sus enfermedades, es el centro especializado en esta parte de la intervención médica.

Fuente: Imsero. Glosario de términos [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, España, 2004. Disponible en: http://www.seg-social.es/imsero/masinfo/i0_glosa.html.

41. GERONTOLOGÍA

Estudio científico del envejecimiento y de la población mayor o de edad. Esta dualidad en el estudio de los procesos de envejecimiento y de las características, condiciones y circunstancias de las personas mayores, es el núcleo central de la gerontología contemporánea. Otro campo siempre relacionado con el de la gerontología, la Geriatria, se diferencia de aquel, en que ésta es la rama de la medicina que trata las enfermedades de más

prevalencia en la tercera edad que en la infancia o en la edad adulta. La Geriatría se centra en los diagnósticos clínicos y en el tratamiento de las condiciones médicas que normalmente aparecen en los últimos años de la vida de una persona, mientras que la gerontología pretende llegar a conocer las causas, distribución y consecuencias de estas condiciones.

Fuente: Ekerdt, David J. Encyclopedia of Aging [libro-e]. New Cork: Macmillan Reference USA, Gale Group, 2002.

42. HACINAMIENTO

i. Hacinaamiento en la vivienda: Alude a la densidad de población dentro de una vivienda, estableciendo la relación entre el número de habitantes en la misma y el número de habitaciones para dormir. De este modo se instituyen dos condiciones de habitabilidad de los hogares y de la población que los conforma, distribuyéndose en: a) sin hacinaamiento, personas que habitan una vivienda donde duermen 3 o menos personas por dormitorio; y b) con hacinaamiento, personas que residen en viviendas donde hay 4 o más integrantes por dormitorio. Para estos casos se requeriría de ampliación, que está contemplada en el programa de protección del patrimonio, o bien la posibilidad de entregar una nueva vivienda como medio de resolución de la situación de hacinaamiento.

Fuente: Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006).

ii. Interesa conocer el espacio disponible para los residentes de la vivienda, para lo cual se utiliza la metodología Celade. Esta metodología operacionaliza el hacinaamiento como el cociente entre el número de personas residentes en la vivienda y el número de dormitorios de la misma.

Se considera dormitorio el total de piezas destinadas a dormitorio en una vivienda, ya sea de uso exclusivo o uso compartido.

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN 2006.

NÚMERO DE DORMITORIOS	
Dimensión	Indicador
Dormitorios	Dormitorio (uso exclusivo)
	Estar - comer y dormir (uso múltiple)
	Estar comer, cocinar y dormir (uso múltiple)

El Índice de Hacinaamiento contempla las categorías de hacinaamiento medio, crítico y sin hacinaamiento. Si en la vivienda no hay dormitorios el hacinaamiento es crítico.

ÍNDICE DE HACINAMIENTO	
Personas por dormitorio en la vivienda	Tipo de hacinaamiento
2,4 y menos	Sin hacinaamiento
2,5 a 4,9	Hacinaamiento medio
5 y más	Hacinaamiento crítico

43. HOGAR

Es aquel constituido por una sola persona o un grupo de personas, con o sin vínculos de parentesco que hacen vida en común, es decir se alojan y se alimentan juntas (comparten vivienda y tienen presupuesto de alimentación común).

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN 2006.

44. HOGARES QUE COMPARTEN LA VIVIENDA CON OTROS HOGARES

Corresponde a los hogares que comparten su vivienda con dos o más hogares, y donde cada hogar posee presupuesto independiente respecto del hogar que los acoge.

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN 2006.

45. HOGARES CON NÚCLEOS SECUNDARIOS

Se refiere a aquellos hogares en los cuales es posible identificar en su interior núcleos secundarios o familias nucleares simples. Estos núcleos secundarios son una o más familia que no ha logrado aún su autonomía económica y dependen del presupuesto de alimentación y de la vivienda del hogar que los acoge. En estos hogares es posible diferenciar el núcleo principal y el o los núcleos allegados.

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN 2006.

46. ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO

$$[N_{60+} / N_{0-14}] * 100$$

Este indicador se obtiene como la razón de personas mayores sobre el total de menores en una población, y se interpreta como el número de personas mayores por cada 100 menores de 15 años.

Fuente: Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006).

47. ÍNDICE DE DEPENDENCIA DEMOGRÁFICA DE VEJEZ

$$[N_{60+} / N_{15-59}] * 100$$

Ve la relación de dependencia demográfica de vejez, que es el cociente entre la población de 60 años y más y la de 15 a 59 años. Se interpreta como el número de personas de 60 años o más por cada 100 personas entre 15 y 59 años.

Fuente: Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006).

48. INDICADOR DE FEMINIDAD

Es el cociente entre el número de mujeres de 60 años y más sobre el número de hombres de la misma edad. Normalmente se expresa en cien, y su resultado debe interpretarse como la cantidad de mujeres por cada cien hombres de estas edades.

Fuente: Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006).

49. INDICADOR DE MATERIALIDAD DE LA VIVIENDA

Este indicador se construye a partir de los materiales predominantes en muros, techo y pisos de las viviendas, los que se clasifican de aceptable, recuperable e irrecuperable de acuerdo a las siguientes categorías:

DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS SEGÚN MATERIAL PREDOMINANTE EN:		
Dimensión	Indicador	Categorías
Muros	De acero u hormigón armado; albañilería de ladrillo, bloques de cemento o piedra; tabique forrado por ambas caras (madera u otro).	Aceptable
	Adobe; tabique sin forro interior (madera u otro); barro, quincha, pirca u otro artesanal tradicional.	Recuperable
	Material de desechos y/o reciclaje (cartón, lata, sacos, plásticos) y otros materiales.	Irrecuperable
Techo	Tejas, tejuela, losa de hormigón con cielo interior; zinc o pizarreño con cielo interior; zinc, pizarreño, teja, tejuela o madera sin cielo interior.	Aceptable
	Fonolita, paja, coirón, totora o caña.	Recuperable
	Material de desechos y/o reciclaje (plásticos, latas, etc.).	Irrecuperable
Piso	Radier revestido (parquet, cerámica, tabla, linóleo, flexit, baldosa, alfombra, etc.).	Aceptable
	Radier no revestido, tabla o parquet sobre soleras o vigas; madera, plásticos o pastelones directamente sobre tierra.	Recuperable
	Piso de tierra.	Irrecuperable

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN, 2006.

Considera irrecuperables los muros y techo de material de desecho (latas y cartones) y el piso de tierra. Recuperable son las paredes de internit y adobe, el techo de fonolita, paja embarrada y fibra de vidrio y, los pisos de baldosas de cemento y radier. Aceptable son los muros de hormigón, paneles madera o tabique forrado, los pisos

de tejas, zinc o pizarreño y los pisos de parquet, cerámica, alfombra y plásticos.

Con esta información clasifica las viviendas de acuerdo al Índice de Materialidad en las categorías de Materialidad Aceptable, Recuperable e Irrecuperable, según se cumpla las siguientes condiciones:

ÍNDICE DE MATERIALIDAD	
Materialidad Aceptable	Materialidad en muros, piso y techo aceptable
Materialidad Recuperable	Muro recuperable, y un indicador aceptable, sea piso o techo
	Más de un indicador recuperable y ningún indicador irrecuperable
Materialidad Irrecuperable	Al menos un indicador irrecuperable (muro, piso o techo)

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN, 2006.

50. INDICADOR DE SANEAMIENTO DE LA VIVIENDA

Interesa conocer las condiciones de saneamiento de las viviendas necesarios para el funcionamiento de las vivienda y referidas a disponibilidad de agua dentro de la vivienda y el medio de eliminación de excretas que se

dispone. Este índice considera que cuando el agua llega directamente por cañería dentro de la vivienda, califica como aceptable, aun cuando su origen sea pozo, noria, río o vertiente. Esto, al considerar que la infraestructura necesaria y los permisos sanitarios hacen que en la mayoría de los casos su calidad sea potable.

ÍNDICE DE SANEAMIENTO	
Deficitario	Disponibilidad agua deficitaria o Servicio higiénico deficitario
Aceptable	Disponibilidad agua aceptable y Servicio higiénico aceptable

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN, 2006.

51. ÍNDICE TIPO DE VIVIENDA

El parque de viviendas contempla diferentes tipos de vivienda, interesa conocer los tipos de viviendas que ocupa el hogar, ya que al aplicar la metodología de cálculo del déficit habitacional, todas aquellas viviendas de tipo irre-

cuperable deben ser reemplazadas y por lo tanto forman parte del déficit habitacional.

De acuerdo a las categorías de vivienda que la encuesta CASEN, se asigna las categorías de Aceptable e Irrecuperable, esto independiente de su materialidad o saneamiento, de acuerdo al siguiente criterio:

DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS SEGÚN TIPO DE VIVIENDA		
Dimensión	Indicador	Categorías
Tipo de vivienda	Casa, casa en cité; casa en condominio; departamento en edificio; pieza en casa antigua o conventillo	Aceptable
	Mediagua; mejora; rancho, choza; ruca; móvil (carpa, vagón, etc.); otro tipo de vivienda particular	Irrecuperable

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN, 2006.

52. ÍNDICE CALIDAD GLOBAL DE LA VIVIENDA

Este índice reúne los índices de Materialidad, Saneamiento y Tipo de vivienda. Diferencia el parque de viviendas en viviendas de calidad Aceptable, Recuperable e Irrecuperables.

Considera de Calidad Global Aceptable las viviendas con materialidad, saneamiento y de tipo aceptables.

En tanto clasifica como Recuperables las vivienda con saneamiento deficitario y/o materialidad recuperables, siempre y cuando el tipo de vivienda no sea irrecuperable. Las viviendas irrecuperables corresponden a las viviendas con materialidad irrecuperable o tipo irrecuperable (independiente del saneamiento). Se considera como irrecuperables todas las viviendas del tipo mediagua, aun cuando su saneamiento o materialidad sean aceptables o recuperables.

ÍNDICE CALIDAD GLOBAL DE LA VIVIENDA					
Tipo de vivienda	Índice de Saneamiento	Índice de Materialidad			
		Materialidad Aceptable	Materialidad Recuperable (solo muro recuperable resto aceptable)	Materialidad Recuperable	Materialidad Irrecuperable
Tipo Aceptable	Saneamiento aceptable	Vivienda Aceptable		Materialidad Recuperable	
	Saneamiento deficitario	Vivienda Recuperable			
Tipo Irrecuperable	Saneamiento aceptable o deficitario	Vivienda Recuperable			

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN, 2006.

53. MALNUTRICIÓN

i. (Desnutrición) Estado de debilidad del organismo a causa de la falta o escasez de ciertos elementos esenciales de la alimentación (vitaminas, calorías, sales minerales, etc.).

Fuente: Discapnet. Servicio de glosario [en línea] Madrid: Fundación ONCE; Bruselas: Unión Europea, Fondo Europeo de Desarrollo Regional, 2004. Disponible en: <http://www.discalpnet.es/Discalpnet/Castellano/Glosario/default.htm>.

ii. Conjunto de procesos patológicos causados por la falta simultánea de proteínas, calorías y otros nutrientes en proporciones variables; se observa con más frecuencia en lactantes e infantes y comúnmente está asociada con infecciones.

Fuente: Decs. Descriptores en Ciencias de la Salud [en línea]. Ed. 2006. Brasil: BIREME, 2006. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

54. MALTRATO FÍSICO

Este tipo de maltrato implica una acción (golpear, abofetear, quemar, encerrar a una persona mayor, uso inapropiado de medicación, etc.) que causa, como consecuencia, daño o lesión física de forma intencional. Esta acción puede ser llevada a cabo por parte de:

- Otros: una persona causa lesiones o dolor a una persona mayor.
- Uno mismo: forma de maltrato físico que ocurre cuando una persona mayor se inflige lesiones o dolor a sí mismo.

Fuente: "Tipos de maltrato y/o negligencia hacia personas mayores". Pérez Rojo, Gema. Madrid: Portal Mayores, 2004. Informes Portal Mayores, núm. 15.

55. MALTRATO HACIA LAS PERSONAS MAYORES

i. El maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana. Puede ser de varios tipos: físico, psicológico/emocional, sexual, financiero o simplemente reflejar un acto de negligencia intencional o por omisión.

Fuente: Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2002.

ii. Acción u omisión que produce daño a una persona mayor y que vulnera el respeto a su dignidad y el ejercicio de sus derechos como persona.

Comprende:

- Maltrato físico
- Maltrato psicológico
- Abuso sexual
- Abuso patrimonial
- Negligencia en el cuidado
- Negligencia pasiva
- Auto-negligencia
- Abandono
- Maltrato estructural o societario

Fuente: Guía de prevención del maltrato en personas mayores. SENAMA. 2008.

56. MORTALIDAD

i. Número proporcional de muertes en una población y tiempo determinados.

Fuente: Diccionario terminológico de ciencias médicas. 13ª ed. Barcelona: Masson, 1992 (imp. 1996)

ii. Fenómeno en relación con las defunciones. La palabra hace a menudo referencia implícita a la frecuencia de

las defunciones en una población, es decir, a la tasa bruta de mortalidad. En este sentido hablaremos de mortalidad elevada o de mortalidad baja. Sin embargo, es más justo referirse en tal caso a una medida intrínseca de la mortalidad como la esperanza de vida al nacer llamada también vida media, índice que no se considera como la tasa bruta de mortalidad de un factor ajeno a los riesgos de defunción propiamente dichos.

Fuente: Pressat, Roland. Diccionario de demografía. Vilassar de Mar, Barcelona: Oikos Tau, 1987. Ciencias geográficas, 11.

iii. Defunciones ocurridas en una población determinada.

Se suele expresar en tasa por mil respecto del total de la población.

Fuente: "Glosario 2002. Anejo B". En Informe 2002. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Observatorio de personas mayores. Madrid: Imsero, 2002, pp. 557-577.

57. NÚCLEO FAMILIAR

Agrupar a parte de los miembros de un hogar, y se conforma por la presencia de una pareja, legal o de hecho, con hijos solteros dependan o no económicamente de la pareja y que no formen otro núcleo. También están en el mismo núcleo otros menores de 18 años, parientes o no parientes, que dependan económicamente de la pareja o del jefe de familia reconocido por el núcleo y que no tengan ascendientes directos en el hogar. Otros núcleos familiares los constituirán personas que cumplan parcialmente algunas de las especificaciones de la definición anterior, por ejemplo; padres solteros o separados con hijos, personas solas o con un pariente a su cargo.

Fuente: Manual para el Trabajo de Campo. Encuesta CASEN 2006.

58. NÚMERO ABSOLUTO DE PERSONAS MAYORES

Este indicador muestra el universo al que se enfoca las políticas sobre envejecimiento; contabiliza la cantidad de personas consideradas como parte de este grupo etario en un área geográfica determinada.

Fuente: Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006)

59. NUTRICIÓN

La ciencia de los alimentos; los nutrientes y otras sustancias existentes en los alimentos; su acción, interacción, y proporción en relación a salud y enfermedad.

Fuente: Decs. Descriptores en Ciencias de la Salud [en línea]. Ed. 2006. Brasil: BIREME, 2006. Disponible en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>.

60. OUTPLACEMENT

El Outplacement o Desvinculación Programada, es un proceso de asesoría, apoyo, orientación y capacitación dirigido a la persona por egresar o ser transferida para la búsqueda de un nuevo empleo o actividad de calidad, nivel y condiciones similares a las de su anterior ocupación, en el menor tiempo posible.

Fuente: La Desvinculación Asistida (Outplacement) y la continuidad en el empleo, Luis López-Mena. Revista de Psicología, Universidad de Chile, Vol. VI, 1997.

61. PENSIONES

Son prestaciones económicas de la Seguridad Social, de pago periódico y de duración normalmente vitalicia o hasta que el beneficiario alcanza una edad predeterminada. Pueden ser de modalidad contributiva (cuando se reconoce el derecho en virtud de las cotizaciones efectuadas) y de modalidad no contributiva (cuando se carece de rentas o ingresos suficientes y se cumplen las restantes condiciones establecidas por la Ley).

Fuente: Imserso. Glosario de términos [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, España, 2004. Disponible: http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/iO_glosa.html.

62. PLAN DE ACCIÓN INTERNACIONAL SOBRE ENVEJECIMIENTO

Resultado de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Viena en 1982, se proponía como metas principales las de fortalecer la capacidad de los países para abordar de manera efectiva el envejecimiento de su población y atender a las preocupaciones y necesidades especiales de las personas de más edad, así como fomentar una respuesta internacional adecuada a los problemas del envejecimiento mediante medidas para el establecimiento del nuevo orden económico internacional y el aumento de las actividades internacionales de cooperación técnica, en particular entre los propios países en desarrollo.

Fuente: Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (1ª. 1982. Viena). Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento [en línea]. Celebrada del 26 Julio a 6 de Agosto de 1982 en Viena, Austria.

63. PROPORCIÓN DE PERSONAS MAYORES EN RELACIÓN A LA POBLACIÓN TOTAL

$$\left[\frac{N_{60+}}{N} \right] * 100$$

Este indicador da cuenta del nivel de envejecimiento mediante el cálculo del porcentaje que representa la población de 60 años y más respecto del total de la población.

Fuente: Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006).

64. RAZÓN DE PERSONAS MAYORES DE 75 AÑOS

$$\left[\frac{N_{75+}}{N_{60-74}} \right] * 100$$

Este indicador permite verificar la importancia relativa de las personas en edades más avanzadas a través del tiempo.

Fuente: Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006).

65. REHABILITACIÓN

Según la ONU «Es un proceso de duración limitada y con un objetivo definido, encaminado a permitir que una persona con deficiencia alcance un nivel físico, mental y/o social funcional óptimo, proporcionándole así los medios de modificar su propia vida. Puede comprender medidas encaminadas a compensar la pérdida de una función o una limitación funcional (por ejemplo, ayudas técnicas) y otras medidas encaminadas a facilitar ajustes o reajustes sociales».

Fuente: IMERSO. Glosario de términos [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, 2004. http://www.seg-social.es/imserso/masinfo/iO_glosa.html.

66. TASA DE CRECIMIENTO ANUAL DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR

$$\left\{ \ln \left[\frac{N^{t+n}_{60+}}{N^t_{60+}} \right] \right\} * 100$$

Este indicador se calcula usando la fórmula de crecimiento exponencial, y se interpreta como el incremento anual en el número de personas mayores durante el período considerado por cada 100 personas mayores a su inicio.

Ln : Logaritmo natural.

N^{t+n}_{60+} : Población de 60 años y más al final del período.

N^t_{60+} : Población de 60 años y más al inicio del período.

T : Tiempo (número de años) entre el inicio y el final del período de análisis.

Fuente: Manual de indicadores de calidad de vida en la vejez (CEPAL, 2006)

67. TELEASISTENCIA

i. Es un servicio para la atención telefónica ininterrumpida, con un equipamiento de comunicaciones e informática específicos, que permite a las personas con discapacidad, que viven solas y/o con graves problemas de movilidad, mantener una comunicación inmediata con un centro de atención que presta la respuesta adecuada. De esta manera este servicio ofrece seguridad y tranquilidad ante situaciones de riesgo, propi-

cia además la permanencia en el domicilio, evitando la innecesaria institucionalización. [...] Es un servicio complementario de la ayuda a domicilio y aunque existen personas mayores que sólo tienen teleasistencia y no ayuda a domicilio de atención personal, lo más común es que ambas prestaciones se den juntas, sobre todo entre las personas mayores que viven solas.

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, IMSERSO, España, 2004.

ii. (Teleasistencia domiciliaria) Programa de Ayuda a personas mayores y personas discapacitadas que viven solas, y que proporciona comunicación, autonomía y seguridad en situaciones de necesidad, mediante un terminal conectado telefónicamente a una central de computadores y un colgante personal que activa el sistema. El usuario recibe respuesta instantánea y, si es preciso, se desplaza personal especializado para atenderlo con urgencia.

Fuente: Imsero. Glosario de términos [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, España, 2004. Disponible en: http://www.seg-social.es/imsero/masinfo/i0_glosa.html

iii. Conjunto de actividades promovidas por las TIC que normalmente implican el uso de datos digitalizados que se transmiten, almacenan y recuperan de forma electrónica con fines clínicos, educativos o administrativos, ya sea en una localización fija o a distancia.

Fuente: ESLEE. Proyecto Estudio de los lenguajes especializados en español (i). Elaboración y desarrollo de vocabularios científicos y técnicos, 2007. Disponible en: <http://www.eslee.org/proyecto.php>

68. VEJEZ

i. Período de la vida en que se presentan síntomas de involución en el aspecto somático y psíquico. Es muy arriesgado establecer un tope cronológico para la vejez, pero, en términos generales, podemos decir que es un proceso vinculado en cierto modo a las condiciones previas del organismo. Por ejemplo, en sectores geográficos en que reina la depauperación, el envejecimiento se produce con una gran rapidez. En la civilización occidental, por el contrario, un hombre de sesenta años puede mantenerse en perfectas condiciones físicas y mentales.

Fuente: Diccionario de ciencias sociales. Salustiano del Campo, dir. Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1975. 2 vols.

ii. La mayor duración de la vida gracias al progreso médico y sanitario y a la mejora de las condiciones de existencia (definición extraída de la voz “Envejecimiento”).

Fuente: “Glosario 2002. Anejo B”. En Informe 2002. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales. Vol. I. Observatorio de personas mayores. Madrid: Imsero, 2002, pp. 557-577.

69. VOLUNTARIADO

Participación en actividades desarrolladas por entidades sin ánimo de lucro y marcadas por su interés social, sea en el propio país o en otros que están en vías de desarrollo o sufren guerras o catástrofes. El voluntario puede en ocasiones recibir alguna contraprestación económica por su labor social, si bien en la mayor parte de los casos el voluntariado es ejercido de forma desinteresada.

Fuente: IMSERSO. Glosario de términos [en línea]. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad, 2004. Disponible en: http://www.seg-social.es/imsero/masinfo/i0_glosa.html

> Anexos

1. INFORMACION ESTADÍSTICA DEL SISTEMA PREVISIONAL

Afiliados activos

Como puede observarse en la tabla siguiente, los afiliados activos han ido en aumento. De 6.979.351 afiliados que se registraban en 2003, aumentaron a 7.683.451

en 2006, creciendo tanto los dependientes como los independientes.

Asimismo, se observa que entre los afiliados activos, en proporción, las mujeres son más dependientes que independientes en el ámbito del trabajo, ya que representan 43,55% de los trabajadores dependientes, mientras que entre los independientes representan 30,14%.

NÚMERO DE AFILIADOS ACTIVOS POR TIPO Y SEXO				
Tipo de filiación	2003	2004	2005	2006
Total Afiliados activos	6.979.351	7.080.646	7.394.506	7.683.451
Total dependientes	6.784.801	6.834.194	7.141.947	7.435.133
Dependientes hombres	3.829.945	3.825.006	3.979.626	4.093.435
Dependientes mujeres	2.954.856	3.009.188	3.162.321	3.341.698
Total independientes	194.550	246.452	252.559	248.318
Independientes hombres	108.910	139.355	141.240	138.623
Independientes mujeres	85.640	107.097	111.319	109.695
Total afiliados hombres	3.938.855	3.964.361	4.120.866	4.232.058
Total afiliadas mujeres	3.040.496	3.116.285	3.273.640	3.451.393

Fuente: Boletines estadísticos SAFP, cifras diciembre de cada año.

El panorama regional no es muy diferente. En todas las regiones se observa un aumento de los afiliados activos, siendo la excepción la Región Metropolitana, que muestra un decrecimiento en este segmento. De 3.429.539

afiliados activos en 2003, decae en 300.000 en 2004, comenzando a incrementar a partir del 2005, para llegar a 3.485.573 en el 2006.

NÚMERO DE AFILIADOS ACTIVOS POR REGIÓN				
Región	2003	2004	2005	2006
I	184.566	198.238	204.879	211.393
II	204.475	220.621	230.413	238.749
III	106.220	117.439	122.969	126.489
IV	220.669	249.081	262.005	271.431
V	635.998	691.553	716.991	735.820
VI	315.273	363.788	383.066	391.990
VII	355.608	396.943	417.405	428.789
VIII	688.416	744.795	772.107	797.623
IX	281.342	322.786	336.862	349.058
X	417.087	464.594	485.561	502.894
XI	41.394	47.293	48.943	50.213
XII	78.980	82.896	84.945	86.962
RM	3.429.539	3.142.354	3.296.650	3.485.573
SI	19.249	38.265	31.710	6.467
TOTAL	6.979.351	7.080.646	7.394.506	7.683.451

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

En cuanto a las edades de los afiliados activos, se observa que la mayor cantidad de éstos se encuentra entre los 25 y los 45 años. En el tramo de los adultos mayores se aprecia un total de 242.666. En este cohorte, el número

de afiliados ha ido en aumento, sobre todo entre los 60 y los 65 años: de 115.301 en 2003, aumentaron a 151.526 en 2006.

NÚMERO DE AFILIADOS POR GRUPO ETARIO				
Región	2003	2004	2005	2006
Hasta 20	210.002	165.671	284.863	331.538
+20-25	809.916	779.919	864.774	892.412
+25-30	1.059.678	997.015	1.013.080	1.020.499
+30-35	1.110.534	1.111.024	1.120.877	1.131.052
+35-40	1.129.783	1.110.567	1.109.286	1.126.765
+40-45	995.880	1.049.547	1.073.529	1.106.257
+45-50	716.841	788.117	817.157	871.776
+50-55	468.550	526.996	548.290	596.494
+55-60	285.219	326.790	334.869	362.748
+60-65	115.301	138.954	139.113	151.526
+65-70	32.221	37.349	37.231	39.977
+70	42.825	47.419	50.169	51.163
60 y más	190.347	223.722	226.513	242.666
TOTAL	6.979.351	7.080.646	7.394.506	7.683.451

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

El número de afiliados pensionados por vejez se ha incrementado en más de 80 mil personas entre 2003 y 2006. En cuanto al sexo de los afiliados, el incremento de hombres ha sido del 20%, mientras que el de mujeres se cifra en 30% entre 2003 y 2006. Entre los pensionados anticipados en tanto, el incremento ha sido de 30.000, con un aumento de 11% tanto de hombres como de mujeres. En total, el incremento del número de

pensionados, considerando aquellos que lo hicieron en la modalidad de jubilación anticipada y los que optaron por la pensión por vejez, ha sido de más de 100.000 personas, pasando de 486.959 a 598.680. En relación a la variable sexo de los afiliados, la tendencia es la misma, las mujeres llegan a las 200.000 pensionadas en 2006, mientras que los hombres a los 400.000.

PENSIONES

NÚMERO TOTAL DE AFILIADOS PENSIONADOS POR VEJEZ				
	2003	2004	2005	2006
Total Vejez Edad ⁽¹⁾	241.278	267.339	292.508	322.166
Pensionados Hombres	129.801	140.553	149.678	161.997
Pensionadas Mujeres	111.477	126.786	142.830	160.169
Total Vejez Anticipada ⁽²⁾	245.681	262.492	269.793	276.514
Pensionados Hombres	210.698	224.991	231.315	237.157
Pensionadas Mujeres	34.983	37.501	38.478	39.357
Total Vejez	486.959	529.831	562.301	598.680

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

(1) Incluye afiliados pensionados por vejez edad fallecidos de cada año.

(2) Incluye afiliados pensionados por vejez anticipada fallecidos de cada año.

En este análisis es importante considerar a los pensionados por invalidez, dado que se ha establecido que la población de mayores es la que tiene más prevalencia de discapacidad, por lo que además se encuentran en una condición especial de vulnerabilidad. Entre 2003 y 2006, los afiliados declarados inválidos definitivos aumentaron de 53.388 a 69.146. Dentro de este grupo, los parciales lo hicieron en una proporción mayor, de 5.393 a 8.900; los totales, en tanto, se incrementaron de 47.995

a 60.246. En cuanto al sexo de éstos, entre los inválidos parciales ambos se incrementaron, mientras los hombres pasaron de 3.717 a 6.023, las mujeres lo hicieron de 1.676 a 2.877 en los años contemplados.

Del mismo modo, los inválidos totales hombres aumentaron de 36.947 a 45.694 y las mujeres de 11.048 a 14.552, esto entre 2003 y 2006.

NÚMERO TOTAL DE AFILIADOS DECLARADOS INVÁLIDOS				
	2003	2004	2005	2006
Inválidos Definitivos ⁽¹⁾	53.388	57.741	63.654	69.146
Inválidos Parciales	5.393	6.179	7.972	8.900
Inválidos Parciales Hombres	3.717	4.227	5.423	6.023
Inválidos Parciales Mujeres	1.676	1.952	2.549	2.877
Inválidos Totales	47.995	51.562	55.682	60.246
Inválidos Totales Hombres	36.947	39.572	42.470	45.694
Inválidos Totales Mujeres	11.048	11.990	13.212	14.552
Inválidos Transitorios ⁽²⁾	40.624	45.988	37.151	38.386
Inválidos Parciales	9.010	10.428	7.774	7.854
Inválidos Parciales Hombres	5.983	6.894	5.189	5.216
Inválidos Parciales Mujeres	3.027	3.534	2.585	2.638
Inválidos Totales	31.614	35.560	29.377	30.532
Inválidos Totales Hombres	23.594	26.298	21.585	22.213
Inválidos Totales Mujeres	8.020	9.262	7.792	8.319
Inválidos Declarados 2º Dictamen ⁽³⁾	32.012	36.553	42.451	47.886
Inválidos Parciales	5.301	6.077	7.828	8.748
Inválidos Parciales Hombres	3.653	4.156	5.325	5.919
Inválidos Parciales Mujeres	1.648	1.921	2.503	2.829
Inválidos Totales	26.711	30.476	34.623	39.138
Inválidos Totales Hombres	20.095	22.799	25.714	28.908
Inválidos Totales Mujeres	6.616	7.677	8.909	10.230

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

(1) La fecha de declaración de la invalidez, corresponde a la fecha de la suscripción de la solicitud de pensión de invalidez del afiliado, que originó la emisión del primer dictamen de invalidez.

(2) Corresponden a declaraciones de invalidez notificadas a las AFP hasta el 31 de diciembre de cada año, corresponde a dictámenes de invalidez emitidos con las modificaciones al DL3500 introducidas por la Ley N° 18.964 del 10.03.1990.

(3) Corresponden a declaraciones de invalidez notificadas a las AFP hasta el 31 de diciembre de cada año, declarados inválidos mediante un segundo dictamen o un dictamen posterior.

COBERTURA

En cuanto a la cobertura de las pensiones, en 2003 se pagaron 519.905 pensiones, mientras que en 2006 se

pagaron 606.342. En cuanto al monto, el año 2003 el total fue de 16.920 U.F., en tanto que en 2006, la cifra llegó a 18.336 U.F.

NÚMERO DE PENSIONES PAGADAS EN EL MES Y MONTO PROMEDIO DE LAS PENSIONES EN UF								
	2003		2004		2005		2006	
	Nº	Monto promedio	Nº	Monto promedio	Nº	Monto promedio	Nº	Monto promedio
Cubierto por el Seguro ⁽¹⁾	17.249		16.628	7,27	16.299	7,29	16.019	7,62
Retiro Programado	184.860	12,35	197.525	5,06	214.239	5,07	232.398	5,39
Renta Temporal	5.981	25,91	6.132	27,46	6.917	25,61	6.818	26,26
Renta Vitalicia ⁽²⁾	311.815		320.039	9,27	336.556	9,37	351.107	9,53
Total	519.905		540.324	7,88	574.011	7,90	606.342	8,08
Valor UF (31/12)		\$16.920,00		\$17.317,05		\$17.974,81		\$18.336,38

Fuente: Boletines estadísticos SAFF, cifras diciembre de cada año.

(1) Corresponde a las pensiones que se están pagando de acuerdo a la modalidad "cubiertas por el seguro" existente antes de las modificaciones introducidas al DL 3500 por la Ley N° 18.646 del 29.08.1987.

(2) Fuente: Superintendencia de Valores y Seguros.

En cuanto a las pensiones asistenciales, el siguiente cuadro muestra que en el año 2006 se pagaron un número de 189.150 pensiones asistenciales de vejez, por un monto de \$8.899.372.000, mientras que en 2007 (promedio de enero hasta abril), se pagaron 201.369 pensiones, por un monto de \$9.940.442.000.

En cuanto a las pensiones de invalidez, se cubrieron 197.794, por un total promedio de \$8.609.328.000 en 2006, mientras que en los meses contemplados para el 2007 se pagaron 203.213, por \$9.311.794.

NÚMERO Y MONTO PROMEDIO MENSUAL DE CADA AÑO (EN MILES DE \$) DE PENSIONES ASISTENCIALES SEGÚN TIPO DE PENSIÓN ⁽¹⁾				
	2003		2005	
	Nº	Nº	Nº	Nº
	Monto promedio	Monto promedio	Monto promedio	Monto promedio
Vejez	189.150	8.899.372	201.369	9.940.442
Invalidez	197.794	8.609.328	203.213	9.311.794
Deficiente Mental	37.395	1.604.598	39.964	1.802.597
Total País	424.339	19.113.299	444.546	21.054.833

Fuente: Boletín Estadístico, SUSESO.

(1) Para el 2006 se consideran los promedios mensuales de todos los meses del año y para el año 2007 se considera el promedio mensual tomando los meses de enero a abril.

REFORMA PREVISIONAL

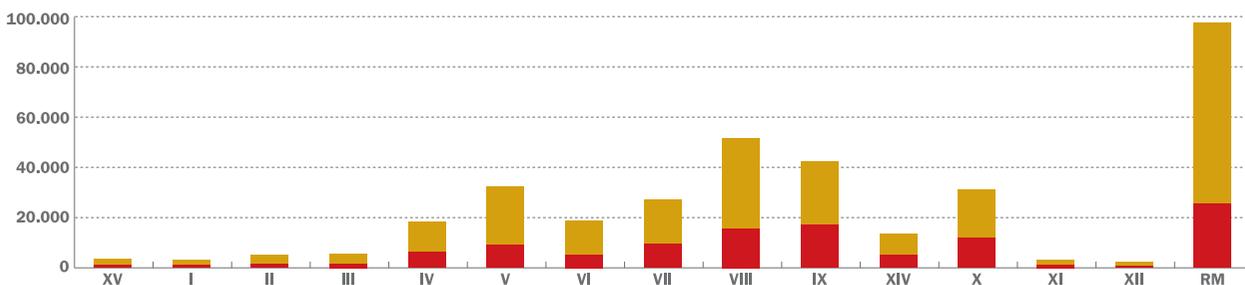
A partir de julio de 2008, fecha en que entra en vigencia la reforma previsional, hasta diciembre del mismo año, se entregó un total de 358.232 pensiones básicas a personas mayores distribuidas a lo largo del territorio, alcan-

zando en términos presupuestarios a M\$ 21.493.920. El valor de la pensión percibida es de \$60.000, en esta primera etapa.⁹⁷

De este total de adultos beneficiados, 113.579 son hombres y 244.653 mujeres.

97 El 1 de julio de 2009, la PBS alcanzará su valor de régimen de \$ 75.000.

GRÁFICO I: DISTRIBUCIÓN DE PENSIONES BÁSICAS SOLIDARIAS DE VEJEZ, POR SEXO Y REGIÓN. DIC. 2008



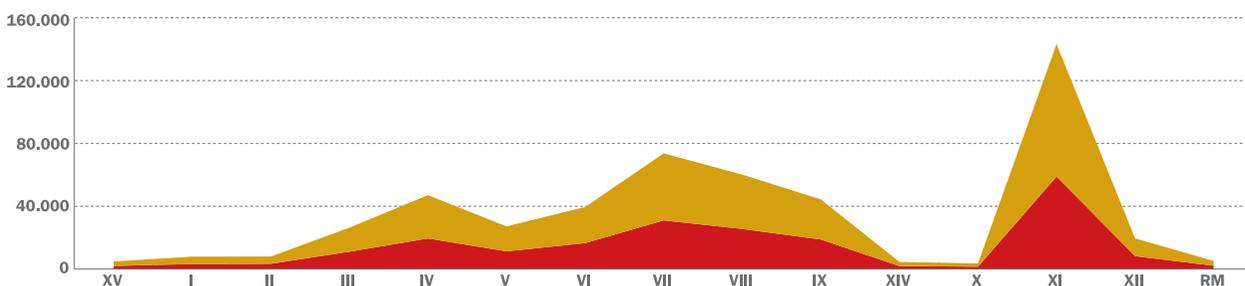
	XV	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	XIV	X	XI	XII	RM
Mujeres	2.408	2.241	3.823	3.875	12.195	23.286	13.571	17.995	35.888	25.311	8.596	19.464	1.859	1.681	72.460
Hombres	1.109	1.058	1.501	1.714	6.240	9.193	5.255	9.564	15.775	17.278	5.120	11.907	1.327	795	25.743

Fuente: Dimensiones del Envejecimiento y su Expresión Territorial. Diagnósticos y Avances para la Política Pública.

El total de recursos asignados en diciembre 2008 a pensiones básicas de vejez alcanzó a M\$21.493.920 y se proyecta para igual mes de 2009 un total de

M\$ 30.035.818, lo que en términos porcentuales significa un incremento de 39,7% entre ambos años.

GRÁFICO II: RECURSOS ASIGNADOS A PENSIONES BÁSICAS SOLIDARIAS DE VEJEZ, POR REGIÓN. M\$ DIC. 2008 Y PROYECTADO M\$ DIC. 2009



	XV	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	XIV	X	XI	XII	RM
Dic. '09	197.940	319.440	335.340	1.106.100	1.948.740	1.129.560	1.653.540	3.099.780	2.555.340	1.882.260	191.160	148.560	5.892.180	822.960	211.020
Dic. '08	287.468	471.846	464.096	1.529.344	2.761.333	1.587.605	2.300.774	4.269.516	3.458.975	2.555.915	264.280	211.979	8.438.486	1.128.858	305.341

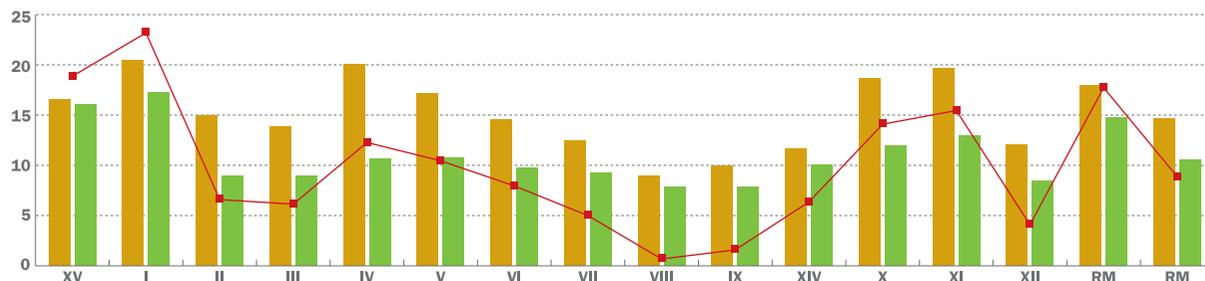
Fuente: Dimensiones del Envejecimiento y su Expresión Territorial. Diagnósticos y Avances para la Política Pública.

El incremento que se observa en todas las regiones se deriva tanto por el aumento del valor de la pensión básica solidaria que subió desde \$60.000 a \$75.000 a partir del 1 de julio de 2009, como también por el au-

mento de los receptores de este beneficio en el mismo período.

El gráfico III muestra el crecimiento proyectado de los beneficiarios, según sexo y región.

GRÁFICO III: CRECIMIENTO PROYECTADO DE BENEFICIARIOS DE PBS DE VEJEZ, SEGÚN SEXO POR REGIÓN. ENTRE DIC. 2008 Y DIC. 2009



	XV	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	XIV	X	XI	XII	RM	R
Mujeres	16,6	20,5	15,0	13,9	20,1	17,2	14,6	12,5	9,0	10,0	11,7	18,7	19,7	12,1	18,0	14,7
Hombres	16,1	17,3	9,0	9,0	10,7	10,8	9,8	9,3	7,9	7,9	10,1	12,0	13,0	8,5	14,8	10,6
Total	16,3	18,2	10,9	10,7	13,4	12,6	11,5	10,2	8,3	8,7	10,8	14,2	14,8	9,8	15,8	11,9

Fuente: Dimensiones del Envejecimiento y su Expresión Territorial. Diagnósticos y Avances para la Política Pública.

Se estima que en el período de referencia, los beneficiarios crecerán 11,9%, observándose en los hombres un incremento estimado de 14,7% y en las mujeres de 10,6%.

La Región de Tarapacá presenta el mayor incremento estimado de beneficiarios con 18,2% (20,5% los hombres y 17,3% mujeres) y el menor aumento esperado se observa en las regiones de Bío Bío y La Araucanía con 8,3% y 8,7% respectivamente.

2. ESTUDIOS DE SENAMA

Estudios Finalizados

Estudio situación de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial y sus cuidadores domiciliarios

La feminización de las labores de cuidado, y el modelo familista del mismo, implica repensar la manera en que la sociedad está dando respuesta las necesidades de cuidado que tienen los mayores dependientes; la incorporación de las mujeres al empleo y las modificaciones en los tipos de familia, ha generado un cambio importante en la manera en que estos cuidados han sido provistos.

A través de este estudio se recoge y analiza información relativa a la situación de las personas mayores que reciben pensiones asistenciales y de sus cuidadores domiciliarios, dando cuenta de la situación de vulnerabilidad que caracteriza a unos y otros. Se obtuvo una descripción del perfil de los mayores dependientes con pensión asistencial a lo largo del país, se caracterizó a sus cuidadores y se realizó un análisis de costos de la atención promedio, identificándose también buenas prácticas de cuidado.

Este estudio ha presentado información relevante para el diseño del Programa de Cuidado al Cuidador/a, en tanto ha demostrado la fuerte carga de trabajo que deben sobrellevar, las condiciones, intensidad y larga duración del mismo. Hoy en día es de gran importancia ampliar el círculo de la responsabilidad ante el cuidado, no sólo hacia el núcleo familiar cercano, sino también hacia la sociedad en su conjunto y sus instituciones.

Personas mayores

El estudio se centró en personas mayores con algún nivel de dependencia media o severa y que perciben pensión asistencial de parte del Estado

Los datos recogidos dan cuenta del importante nivel de analfabetismo, su escaso nivel educativo y la precariedad de su situación habitacional (40% vive allegado).

Se trata de personas que comparten un contexto común de pobreza y limitaciones económicas y de desarrollo personal, educativo y profesional en el que han construido sus trayectorias vitales.

La condición de exclusión de este sector refuerza a la vez su situación de dependencia, ya que para su desenvolvimiento personal y cotidiano, reciben apoyo principalmente de parte de familiares, y para su subsistencia económica, mediante las pensiones y otras ayudas recibidas. Todo lo anterior limita el ejercicio pleno de derechos de parte de este grupo.

Asimismo, el estudio dio cuenta de situaciones de abandono e inexistencia de vínculos que propicien una situación de cuidados de calidad.

La existencia de hijos/as tampoco debe ser vista como sinónimo de cuidado potencial, ya desde las experiencias recogidas se desprende que la relación con los/as hijos/as muchas veces es lejana o de apoyo sólo en términos materiales, con lo que el cuidado de los/as adultos mayores, especialmente los más dependientes, está sujeto a la buena voluntad de otros familiares.

La escasa relación de los AM con redes sociales e instituciones también remarca su situación de aislamiento social.

Cuidadores

Se observó un perfil claro de las personas que cuidan a adultos mayores: son mujeres, de edad adulta avanzada (la mayoría se concentra entre los 42 y 61 años), que se dedican al cuidado de forma solitaria y exclusiva y con algún vínculo de parentesco con el/la adulto mayor.

Comparten un perfil similar al descrito para los mayores, marcado por la vulnerabilidad: precariedad económica, proveniencia rural, abandono en la infancia, baja escolaridad (sólo un poco más alta que los AM derivado de la expansión general de la educación formal), deserción escolar, trabajo infantil temprano, precariedad laboral.

Al igual que las personas mayores, sus cuidadores son un grupo con un muy bajo nivel de capital humano (entendido como las capacidades personales, incluyendo la capacitación y educación, para desarrollar un proyecto de vida)⁹⁸ y capital social (es decir, capacidad de vinculación con redes de confianza y cooperación entre diferentes actores, que permiten dar y recibir apoyo social) limitaciones que se ven agudizadas también por las responsabilidades asumidas en el cuidado de un adulto mayor.

En este sentido, los/as cuidadores/as comparten con los AM su vulnerabilidad, su aislamiento social y su desconexión con las instituciones.

Diagnóstico de la situación de los adultos mayores residentes en establecimientos de larga estadía en regiones

Este estudio buscó aproximarse a la realidad de los mayores institucionalizados de las regiones V, VII, VIII y X, desde la percepción de la atención a sus necesidades tanto físicas como sociales y el grado de conformidad con el hogar en que residen, con la finalidad de contribuir a mejorar los servicios que son proporcionados en estas instituciones.

Uno de los principales hallazgos de este estudio tiene relación con la necesidad de considerar los aspectos subjetivos de las personas mayores al momento de identificar y definir buenas prácticas de cuidado y provisión de servicios en las Instituciones de Larga Estadía (ILE). La percepción de los mayores es que con su institucionalización han, “ganado” en ciertas seguridades, pero que también han visto debilitados aspectos relacionados con su vida social.

El diseño e implementación de políticas públicas que trasciendan el foco exclusivamente sanitario, debe considerar aspectos psicosociales de los servicios que se brindan a las personas mayores. De este modo, este estudio constituye un insumo para la mesa de trabajo que, en el marco del Plan Nacional Conjunto, trabajará en una propuesta de reglamento socio-sanitario para la autorización de Instituciones de Larga Estadía. Asimismo, será útil para el diseño y evaluación de un programa piloto de autorización de estas instituciones.

Situación de los cuidadores domiciliarios de los adultos mayores dependientes con pensión asistencial

Este estudio, a través de metodologías cuantitativas y cualitativas, recogió y analizó toda la información relativa a la situación de las personas mayores postradas y sus cuidadores, así como las lecciones aprendidas y las buenas prácticas. Por otra parte, permitió realizar una evaluación a la implementación de la medida presidencial 6B, a meses de su implementación.

Se estableció que, en la definición de población objetivo con que se trabajó la implementación de la medida, se deja sin derecho a estipendio a un grupo importante de personas que aún conservan ciertas capacidades (p. ej. trasladarse), pero que padecen de una demencia que los hace dependientes. Del mismo modo, señala la necesidad de incorporar mayores recursos a la implementación de la medida 6B, ya que los contemplados en el diseño original, no resultan suficientes para dar cumplimiento a los aspectos relacionados con la atención domiciliaria de las personas postradas.

El estudio ha logrado descubrir que la inexistencia de instructivos precisos y formularios ad hoc para efectuar los pagos, ha detectado que muchas municipalidades y/o servicios de salud no habían operacionalizado, a esa fecha, la entrega de la ayuda económica. Además se plantean exigencias para los equipos de atención primaria que no pueden ser cubiertos con los recursos existentes

⁹⁸ Una parte significativa de los/as cuidadores/as tiene algún grado de analfabetismo (6% de los/as cuidadores/as no sabe leer ni escribir y el 2% sólo lee). El 33% de los/as cuidadores/as tiene educación básica incompleta y sólo 18% terminó el ciclo escolar (educación media completa).

La medida contempla, además de la capacitación, sólo mínimas medidas para el cuidador, no se incluyen las medidas de contención y soporte psicológico necesarias para el control de situaciones de ansiedad, angustia y depresión.

La medida 6-b ha tenido un impacto en cuanto a revalorizar los valores de cuidado, mejorar la calidad del cuidado y la calidad del vida del postrado.

El estudio recomienda un monitoreo constante del programa, el fomento del voluntariado, el fortalecimiento de la capacitación y contención de los cuidadores, ampliar la definición de AM postrado y aumentar el recurso humano.

Este estudio ha servido de base para el diseño del Programa de Cuidado al Cuidador/a, que dé respiro e incorpore asistencia psicosocial, junto con la necesidad de integrar al sistema a aquellas personas mayores que no viven con su familia.

Estudio de la realidad social de los adultos mayores en la comuna de Santiago

A partir de este estudio, se elaboró un diagnóstico de la situación de las personas mayores en la comuna de Santiago, en grupos diferenciados según nivel de valencia (autovalentes, semivalentes, postrados). Al mismo tiempo, se realizó un análisis de brecha entre la oferta de servicios por parte del municipio y las demandas de los tres tipos de adultos mayores, para conocer hasta que punto se responde a las necesidades identificadas.

El estudio logra caracterizar a la población de adultos mayores de la comuna, aproximándose a su realidad. Se realizan recomendaciones en las áreas de salud, ingreso y empleo, participación y asociatividad, y percepción y autoestima.

Se realizaron una serie de recomendaciones para promover un rol más activo del trabajo municipal respecto de las personas mayores de la comuna, articulando distintas entidades para el desarrollo de iniciativas conjuntas. Se espera replicar este tipo de estudios en distintas comunas a nivel nacional. Entre las recomendaciones se encuentran:

1. Generar una figura articuladora municipal para la derivación de la persona mayor postrada o en riesgo, al nivel de atención correspondiente de salud.
2. Fortalecer el voluntariado para el cuidado de los postrados.
3. Desarrollo de un trabajo de prevención en salud y maltrato.

4. Enfatizar las potencialidades laborales de los mayores.
5. Gestionar programas conjuntos de fomento productivo entre distintas entidades, tanto públicas como privadas.
6. Fortalecer las organizaciones comunitarias, mediante apoyo constante.
7. Abrir nuevos espacios de participación e integración.
8. Realizar campañas de sensibilización de la comunidad.
9. Promover el uso de espacios públicos.
10. Promover la comunicación intergeneracional.

Estudio alternativas de empleabilidad en población mayor de 50 años

El estudio se propuso buscar nuevos horizontes de empleabilidad para personas mayores (50 años y más) que han sido desvinculadas del espacio laboral, realizando un análisis detallado de experiencias internacionales y nacionales en materia de reconversión laboral y outplacement.

A través del conocimiento de variables críticas para la reinserción laboral de las personas mayores de 50 años, se identificaron cuatro grupos de acuerdo a sus características y posibilidades de reinserción laboral.

Este estudio ha sido de utilidad para brindar asistencia técnica al diseño de políticas institucionales de desvinculación laboral, como en el caso del Programa de Preparación para el Retiro (PPR), de Gendarmería de Chile, el cual está dirigido a suboficiales con 28 y 29 años de servicio.

Estudio para el diseño de un sistema y plan de mejoramiento de calidad del servicio que ofrecen los hogares o establecimientos de larga estadía para adultos mayores, ELEAM

A partir de la revisión de experiencias internacionales y nacionales en modelos de acreditación y del levantamiento y análisis de información en Establecimientos de Larga Estadía del país, este estudio permitió determinar dimensiones e indicadores que servirán de base para el diseño e implementación de un sistema de mejoramiento de la calidad de los servicios que se ofrecen en estas instituciones, incluyendo, además, un diagnóstico de la situación de los mismos sobre la base de los indicadores definidos.

Este estudio ha sido utilizado en el diseño de la nueva política de vivienda, en lo referente a los Centros de Larga Estadía para personas Mayores semivalentes y/o postradas. Junto con lo anterior, sus resultados serán considerados en la elaboración de una propuesta de reglamento socio-sanitario para la autorización de Establecimientos

de Larga Estadía (ELE), como también para el diseño y evaluación de un programa piloto de autorización de ELE. Este estudio además entregó información valiosa para el diseño del diagnóstico de ELAM autorizados que se encuentra realizando SENAMA y que entregará orientaciones para el mejoramiento de las Instituciones.

Estudio del posicionamiento del valor social del adulto mayor en los textos escolares de enseñanza básica

Con este estudio se buscó analizar cómo se posiciona la imagen y cuál es el valor social que se otorga a las personas mayores en los textos de enseñanza básica (NB1 y NB2), particularmente en los subsectores de “Lenguaje y comunicación” y “Comprensión del medio natural, social y cultural”.

A partir del análisis del currículum, de los textos escolares y de entrevistas realizadas, se pudo demostrar que, más allá de no existir un tratamiento adecuado de la temática de los mayores en los textos escolares, simplemente se observa una invisibilización de los mayores, con lo que se pierde una importante oportunidad de influir positivamente en cómo las generaciones más jóvenes se preparan para vivir en una sociedad que envejece aceleradamente.

Este estudio logró realizar una propuesta relativa al tema del envejecimiento y la vejez para ser incluida como contenido en los textos de enseñanza básica (NB1 y NB2) entregados por el MINEDUC. En este sentido, se distinguen conceptos específicos a ser contemplados: Adulto mayor, envejecimiento, autonomía, ciclo vital, relaciones intergeneracionales y derechos de los adultos mayores. Se sugiere presentar y desarrollar estos conceptos, y además utilizarlos en el lenguaje de los textos, presentando la vejez como una etapa normal, que no se encuentra necesariamente relacionada a malas condiciones de salud o dependencia, reforzando el valor social positivo que se encuentra en los niños, y además estableciendo un lenguaje sin sesgos ni prejuicios, sin negación, visibilizando a los adultos mayores.

Al mismo tiempo, los resultados del estudio están siendo utilizados como material de apoyo para el rediseño del Programa Asesores Seniors, ejecutado por SENAMA.

Actualización Catastro Establecimientos de Larga Estadía

El catastro permite contar con información actualizada a nivel Nacional de los Establecimientos de Larga Estadía autorizados y permite recoger información institucional y técnica referida a aspectos relacionados con la calidad del recurso humano, el ámbito organizacional, la infra-

estructura, la seguridad, los costos del servicio, la alimentación y salud física y psicológica, el tipo de usuario atendido y el ámbito cultural/recreativo. Los resultados se pondrán a disposición de las personas mayores y de la comunidad en general, generando información funcional a la toma de decisiones al optar por uno u otro en caso de ser requerida la institucionalización.

Los datos podrán ser actualizados permanentemente, pues se contempló la implementación de un sistema informático de actualización, constituyéndose en un aporte al trabajo con el Ministerio de Salud en la mesa de trabajo de cuidados de largo plazo.

A partir de este estudio se ha iniciado un proceso de georeferenciación de las Instituciones de Larga Estadía del país, posibilitando intervenciones sobre criterios de focalización. Este esfuerzo está desarrollando por la Unidad de Estudio de SENAMA en conjunto con el Departamento de Competitividad Regional de MIDEPLAN.

Estudio de sistematización de estadísticas sobre el perfil de las personas mayores desde un enfoque de género

El estudio se basó en fuentes secundarias de datos, permitiendo identificar las principales brechas de género entre las personas, en función de distintas dimensiones referentes a sus condiciones de vida: salud, vivienda, trabajo e ingresos. A su vez, este estudio facilita al Servicio Nacional del Adulto Mayor orientar la formulación de políticas públicas y la realización de estudios o investigaciones para analizar las problemáticas de este segmento, contemplando las brechas identificadas, considerando el enfoque de género en el diseño, los análisis y la focalización de programas.

Estudios en ejecución

Caracterización comunal de la situación de los mayores

La Unidad de Estudios del SENAMA conjuntamente con el Departamento de Competitividad Regional de MIDEPLAN, se encuentran trabajando en una caracterización comunal de la situación de las personas mayores en base a datos secundarios. Con este estudio se dispondrá de una batería de indicadores calculados territorialmente, lo que permitirá la construcción de tipologías de comunas en base a características y necesidades de los mayores, pudiendo determinarse la demanda de servicios existente. A partir de las tipologías de comunas se emprenderán estudios complementarios para levantar información acotada a ciertos territorios, abocados a completar las brechas de información detectadas.

En una segunda etapa, se recogerá información sobre la oferta de servicios y programas existentes a nivel local para este grupo, tanto pública como privada, tanto desde fuentes primarias como secundarias. Todo lo anterior posibilitará determinar las brechas de cobertura respecto a la demanda potencial identificada.

Este estudio será un gran aporte para el diseño e implementación de políticas públicas y su focalización en el territorio, especialmente en lo relativo a servicios sociales para mayores.

Catastro organizaciones de mayores

Para el SENAMA es vital contar con información actualizada sobre el número y características de las organizaciones de mayores en el país, dado que parte importante del trabajo del Servicio está orientado directamente a su fortalecimiento y al financiamientos de las iniciativas que éstas lleven a cabo. Es un hecho demostrado que la organización tiene, especialmente en el caso de las personas mayores, gran impacto en la integración social y en el mejoramiento de la calidad de vida.

Por lo anterior, se está desarrollando un levantamiento a nivel comunal de las organizaciones de mayores. Esta información será de gran utilidad para el diseño e implementación de programas como el Fondo Nacional del Adulto Mayor.

Estudio cualitativo del trabajo doméstico y de cuidados que realizan las personas mayores

En nuestro país, las personas mayores, en especial las mujeres, realizan parte importante de las labores de cui-

dad de otros, tarea que conlleva una serie de problemáticas asociadas a la carga de trabajo que esto significa. Esto tiene un impacto tanto en aspectos sociales y económicos, como en la calidad del cuidado que se brinda y en la salud de quien provee la asistencia.

La comprensión integral de este fenómeno requiere de aproximaciones que permitan profundizar en las distintas condicionantes del cuidado. De esta manera, un análisis cualitativo realizado desde un enfoque de género permitirá adentrarse en la realidad del cuidado de otros, describir y analizar las brechas de género existentes en la definición de roles vinculados al trabajo doméstico y de cuidado de otros, y relevar su impacto a nivel familiar, social, económico y cultural.

Estudio personas mayores y sexualidad

A nivel social existen muchos mitos en torno a la sexualidad de las personas mayores, la mayoría de los cuales los considera como personas inactivas sexualmente. Sin embargo esto dista de la realidad ya que muchos mayores tienen una vida sexual activa y satisfactoria.

Este estudio busca indagar en el modo cómo los mayores experimentan su sexualidad, sin desconocer que los discursos del entorno impactan en los discursos y prácticas que, sobre su propia sexualidad, tienen las personas mayores. Los resultados de este estudio permitirán tener con información relevante a la hora de implementar planes sobre el ejercicio de derechos de los adultos mayores (con medidas de intervención directa), a la vez que permitirán establecer una línea base para impactar en los discursos sociales sobre la sexualidad de los mayores y en general de su imagen y valoración social.

**LAS PERSONAS MAYORES EN CHILE: SITUACIÓN, AVANCES
Y DESAFÍOS DEL ENVEJECIMIENTO Y LA VEJEZ.**

RPI Inscripción N° 181560

ISBN: 978-956-8846-00-8

Creación: Servicio Nacional del Adulto Mayor, SENAMA

Autores: Paula Forttes Valdivia, Directora del Servicio Nacional del Adulto Mayor; Cristián Massad Torres, investigador Unidad de Estudios SENAMA y equipo de colaboradores.

Imprenta: Maval.

Santiago de Chile, Julio de 2009 (primera edición).

Se prohíbe la reproducción total y parcial de este libro sin la autorización formal de SENAMA.

www.senama.gov.cl

Fono Mayor: 800 4000 35